

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
LICENCIATURA EN EDUCACION PARA LA SALUD

INFORME FINAL:

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y CREENCIAS QUE TIENEN ACERCA DE LAS
DISFUNCIONES SEXUALES LAS MUJERES Y HOMBRES QUE PERTENECEN A LA
DIVISIÓN DE EMERGENCIAS 911, DELEGACIÓN CENTRAL DE LA POLICÍA
NACIONAL CIVIL, SAN SALVADOR, EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2010.”**

PRESENTADO POR:

Br. KARLA NOHEMY GARCÍA
Br. KARLA ROXANA RODRÍGUEZ MEZA
Br. ANDREA MARGARITA ERROA MENÉNDEZ

DOCENTE DIRECTOR:

LIC. GERMAN PICHINTE SERRANO

CIUDAD UNIVERSITARIA, AGOSTO DE 2010.
AUTORIDADES

RECTOR:

MCS. RUFINO ANTONIO QUEZADA SÁNCHEZ

DECANA DE FACULTAD DE MEDICINA:

DRA. FÁTIMA TRINIDAD VALLE DE ZÚNIGA

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA:

LICDA. CRISTINA SOFÍA ALVARADO DE CABRERA

DIRECTORA DE CARRERA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD:

LICDA. SANDRA ELIZABETH CUBIAS DE CALDERON

SEMINARIO DE GRADUACIÓN APROBADO POR:

DOCENTE DIRECTOR:
LIC. GERMAN PICHINTE SERRANO

AGRADECIMIENTOS

Karla Roxana Rodríguez Meza

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

En toda la experiencia universitaria y durante el trabajo de tesis, ha habido personas que merecen las gracias por que sin su valiosa aportación no hubiese sido posible este trabajo, también hay quienes la merecen por haber plasmado su huella en mi camino.

A mis padres, en especial a mi madre, por su apoyo, su guía y su confianza en la realización de mis sueños, soy afortunada al contar siempre con su amor, comprensión y ejemplo.

A mi novio, por su paciencia, por su comprensión, por su empeño, por su fuerza, por su amor, por ser tal y como es, por apoyarme en todo momento, realmente él me llena por dentro para conseguir un equilibrio que me permita dar el máximo de mí.

A Andrea y Karla, por ser unas amigas increíbles, con las cuales he compartido muchos momentos que siempre llevaré en mi corazón.

A mi padrino, ya que ha contribuido a la realización de este sueño, por su apoyo, amistad y confianza.

Al Lic. Pichinte, por su paciencia, su dedicación, sus conocimientos y apoyo brindados.

Al Lic. Quintanilla, por su apoyo, amistad, consejos y comprensión.

A todas las personas que han dejado una huella en mi vida, y han sido fuente de alegría,

Gracias

Karla García

Le agradezco a DIOS por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Le doy gracias a mi madre por apoyarme en todo momento, por los valores que me ha inculcado, por haberme apoyado en el transcurso de toda mi vida, por comprenderme y orientarme en los momentos difíciles y sobre todo por un excelente ejemplo de vida a seguir.

A mi tía Estela por inspirarme y motivarme para superarme cada día, por que sin su ayuda no hubiese podido superarme profesionalmente. Este triunfo se lo dedico a ella. GRACIAS TIA.!!!

A mi hermano por confiar en mi, y que a pesar de la distancia siempre me dio palabras de aliento deseándome siempre lo mejor.

Gracias a la amistad brindada, las sugerencias y contribuciones que para este trabajo hicieron; Agradezco a mis amigas por su confianza, lealtad y ayuda brindada. Karla y Andrea.

Por último quiero dar las gracias a todos aquellos que me han devuelto una sonrisa, a todos aquellos que me ofrecieron un pan en tiempos difíciles, a todos aquellos que han puesto de su parte para que el trajín diario sea más llevadero y muy en especial a la vida.

A todos Uds. MIL GRACIAS de corazón, que dios los bendiga, por que han sido una bendición para mi.

Andrea Erroa

A Dios todopoderoso, por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida y lograr otra meta más en mi carrera, por haberme dado la sabiduría y la fortaleza para que fuera posible alcanzar este triunfo.

Gracias a mis padres Binicio y Beatriz, por su cariño, amor, comprensión y apoyo sin condiciones ni medida. Gracias por guiarme sobre el camino de la educación. Creo ahora entender porque me obligaban a terminar mi tarea antes de salir a jugar, a seguir leyendo cuando tenia parciales y muchas cosas más que no terminaría de mencionar. Y por tanto esfuerzo que han puesto para que yo alcanzara este triunfo. MIL GRACIAS LOS AMO.

A mis hermanos, por estar siempre conmigo por su comprensión, comentarios locos, sugerencias y opiniones. Además de ser una buena compañía para compartir el mismo techo. Gracias a mis amigos, por tu apoyo, compañía, comprensión y amor que me permiten sentir poder lograr lo que me proponga y llegar muy lejos. Gracias por escucharme, por sus consejos, por las locuras y aventuras (eso es algo que lo haces muy bien). Gracias por ser parte de mi vida; son lo mejor que me ha pasado. Franklin, Roberto, Ruth y Tatiana. JAH BLESS!!

A mis GRANDES AMIGAS Y COMPAÑERAS KARLA G. Y KARLA R., por hacer que cada momento de la U fuera ameno, por todo el tiempo compartido a lo largo de la carrera, por AGUANTARME mis locuras, por su comprensión, paciencia, aventuras y las pajariadas que nos dábamos en ingeniería y varios jardines de la U y por todos momentos difíciles que hemos pasado juntas y como olvidar a Glenda y Fátima las 4 son parte importante de mi vida.
LAS QUIERO PIRULAS!!!

Al Lic. Pichinte y Lic. Quintanilla, por sus consejos, paciencia y opiniones sirvieron para que nosotras pudiéramos realizar con éxito esta investigación y por todos esos conocimientos compartidos y enseñados a lo largo del desarrollo de la carrera y la tesis.

En fin a todos los que han hecho posible este triunfo y así podemos mencionar a un montón de gente a mi tía Eliza, a la lic. Calderón y a todos los docentes gracias por ayudarnos a llegar hasta donde estamos.

INDICE

Contenido	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	i
CAPITULO I	
1.0 El problema.....	10
1.1 Planteamiento del problema.....	10
1.2 Enunciado del problema.....	11
1.3 Justificación.....	12
1.4 Objetivos.....	13
CAPITULO II	
2.0 Marco Teórico	

2.1 Anatomía y fisiología de los órganos sexuales masculinos y femeninos.....	14
2.1.1 Anatomía y fisiología de los órganos sexuales masculinos.....	14
2.1.2 Anatomía y fisiología de los órganos sexuales femeninos.....	17
2.2 Sexualidad y erotismo.....	25
2.3 Respuesta sexual de la mujer y del hombre.....	27
2.3.1 La respuesta sexual en la mujer.....	27
2.3.2 Respuesta sexual masculina.....	29
2.4 Disfunciones sexuales.....	31
2.4.1 Clasificación de disfunciones sexuales.....	33
2.4.1.1 Disfunciones sexuales femeninas.....	29
2.4.1.2 Disfunciones sexuales masculina.....	41
2.4.2 Medidas preventivas sobre las disfunciones sexuales.....	48
2.4.3 Provisión de servicios para las disfunciones sexuales.....	49
2.4.4 Aspectos culturales relacionados a las disfunciones sexuales.....	52
2.5 Policía Nacional Civil, División de Emergencias 911.....	54
2.6 Modelo PRECEDE-PROCEED.....	57
2.7 Modelo de Creencias en Salud.....	60
2.8 Teoría de la Acción Razonada.....	61
2.9 Términos básicos.....	63
CAPITULO III	
3.0- Diseño metodológico	
3.1- Tipo de Estudio.....	69
3.2- Universo y Muestra.....	69
3.3- Unidades de Análisis.....	69
3.4- Técnicas e Instrumentos.....	70
3.5- Procedimiento.....	70
3.6- Plan de Tabulación y Análisis.....	70
3.7- Operacionalización de variables.....	71
CAPITULO IV	
4.1- Presentación de Resultados.....	73
CAPITULO V	
5.1-Análisis de Resultados.....	103
CAPITULO VI	
6.1- Conclusiones.....	102
CAPITULO VII	
7.1- Recomendaciones.....	107
CAPITULO VIII	
8.1-Fuentes de información.....	109
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

En esta investigación se abordó la temática de disfunciones sexuales desde un punto de vista

social, indagando los conocimientos, actitudes y creencias que tienen acerca de las disfunciones sexuales las mujeres y hombres que pertenecen a la División de Emergencias 911, sede central, San Salvador.

El presente documento, está estructurado de la siguiente manera: en el capítulo I, se describe el problema y se hace el planteamiento de éste, englobando los aspectos más relevantes sobre la temática a investigar. Además la justificación, en donde se realza la importancia de llevar a cabo la investigación y la finalidad de ésta. Asimismo se detallaron los objetivos que se pretenden lograr con la realización de esta investigación.

En el capítulo II, se presenta la base teórica que sustenta el tema, iniciando con la anatomía y fisiología de los órganos sexuales femeninos y masculinos, abarcando la sexualidad y el erotismo, la respuesta sexual en el hombre y en la mujer, disfunciones sexuales y clasificando éstas en: disfunciones sexuales masculinas y disfunciones sexuales femeninas, detallando cada una de ellas. Se establecen creencias que la población salvadoreña posee en relación a las disfunciones sexuales. Asimismo se describió la historia de la Policía Nacional Civil, división de emergencias 911, sede central, describiendo los explicativos como el Modelo de Creencias en Salud, Teoría de Acción Razonada y el modelo PRECEDE-PROCEED los cuales se aplicaron para el desarrollar de la investigación.

En el capítulo III, se explica el diseño metodológico, se establece el tipo de estudio que se va a realizar en esta investigación y se describe la población y la muestra con la que se trabajará, la unidad de análisis, las técnicas e instrumentos, el procedimiento que se realizará para recolectar la información, y para el manejo de ésta, en el plan de tabulación y análisis. Además se operacionalizan las variables, se definen, y luego se dividen en dimensiones e indicadores, para una mejor comprensión del estudio.

Al final se presentan las fuentes bibliográficas, el cronograma de actividades y anexos, respectivamente.

CAPITULO I

1.0 EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las disfunciones sexuales son problemas frecuentes que pueden presentarse en la vida de las personas, y que provocan grandes dosis de sufrimiento y dificultades no solo a los que las sufren directamente sino también a sus parejas. La mayoría de éstas disfunciones no tienen una causa física, sino que son debidas a factores psicológicos en los que intervienen la historia de aprendizaje, la cultura, la autoestima, la postura hacia las relaciones sexuales, etc[1].

Debido a factores culturales, sociales y de crianza, los problemas sexuales de los hombres y mujeres, fundamentalmente en relación a aquellas que le producen placer a ellos, han sido desde siempre un tema tabú.

Los mitos acerca de las disfunciones sexuales masculinas y femeninas comparten su multiplicidad con la mitología sexual que marca la cultura salvadoreña: se ve, se escucha y se sabe, sobre los temores que las personas tienen ante el padecimiento de una disfunción sexual.

La naturaleza se encarga de brindar un legado genital que ayuda a la hora de las definiciones sexuales; pero ni alcanza ni es suficiente por sí mismo. La genitalidad no es garantía de una determinada identidad sexual. La identidad sexual se enlaza profundamente en un contexto social y cultural que define el género masculino y femenino. Y determina no solamente los

comportamientos sociales sino también sexuales.

Así como se habla de frigidez femenina, vaginismo o trastornos menopáusicos, también la impotencia, la eyaculación precoz y anorgasmia masculina. Las disfunciones no son exclusivamente de hombres o mujeres; si bien es cierto que la naturaleza del orgasmo en la mujer le permitiría no hacer evidente al menos la frigidez. Una mujer puede, incluso para salvaguardar su identidad sexual, fingir orgasmos. Mientras que las disfunciones sexuales en el hombre son más evidentes, inocultables y por eso mismo, atemorizante y ansiógena.

Ante la presencia de estos problemas en salud sexual y reproductiva existen medidas preventivas para las disfunciones sexuales, las cuales debido a la falta de promoción, a las falsas creencias y a los conocimientos erróneos no son puestas en práctica, por lo cual es un problema muy importante para abordar, se determinarán los conocimientos, actitudes y creencias que tienen acerca de la prevención de las disfunciones sexuales las mujeres y hombres que pertenecen a la Policía Nacional Civil, División de Emergencias 911, Delegación Central. Si bien es un tema que no circula abiertamente por los medios de comunicación, la experiencia personal se transforma, la mayoría de las veces, en un relato frustrante, secreto y avergonzante.

1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y creencias que tienen acerca de las disfunciones sexuales las mujeres y hombres que pertenecen a la División de Emergencias 911, delegación central de la Policía Nacional Civil, San Salvador, en el primer semestre de 2010?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Hoy en día la sociedad se muestra más abierta a tratar temas como las Disfunciones Sexuales los cuales deberían ser abordados médicamente, pero aún muchos hombres y mujeres prefieren ocultar el problema para evitar ser juzgados o señalados por nuestra sociedad.

Alrededor de las disfunciones sexuales giran muchos mitos y tabúes que contribuyen a la creación de falsas creencias, en especial sobre las causas de las disfunciones antes mencionadas. Sin embargo no se conoce con exactitud la prevalencia de las disfunciones sexuales en la población en general, pero los datos existentes apuntan a que un porcentaje elevado de hombres y mujeres padece a lo largo de su vida alguna disfunción sexual, de hecho hay datos que señalan que cerca del 30% de las personas sufren alguna disfunción sexual durante su vida, de igual forma por la falta de conocimientos científicos y el aumento de las creencias populares, no se hace énfasis en las medidas preventivas para dichos problemas tanto en hombres como en mujeres[2]. Los datos de la Unidad de Prevención de la Policía Nacional Civil de El Salvador señalan que solo cerca de un 10% de personas con problemas sexuales acude a un especialista. Se manejan cifras en torno al 50% de las parejas heterosexuales, el 40% de los hombres en matrimonios relativamente felices, han padecido de enfermedades eyaculatorias o de la erección en algún momento de su vida sexual. Esta investigación ayudó a determinar conocimientos, actitudes y creencias que tienen acerca de las disfunciones sexuales las mujeres y hombres que pertenecen a la Policía Nacional Civil, División de Emergencias 911, Delegación Central, y con esto se pretende dar una base teórica científica para desarrollar intervenciones en promoción y educación para la salud con énfasis en salud sexual y reproductiva específicamente, relacionadas a las disfunciones sexuales en este grupo de población. Las investigaciones de disfunciones sexuales se dirigen en su mayoría hacia los aspectos fisiológicos y curativos de éstas, es por ello que esta investigación se enfocó en los factores predisponentes y que esto pueda servir a la sociedad para que este problema se vea desde un punto de vista integral teniendo en cuenta todos los aspectos relacionados a esta.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar los conocimientos, actitudes y creencias que tienen acerca de las disfunciones sexuales las mujeres y hombres que pertenecen a la División de Emergencias 911, delegación central de la Policía Nacional Civil, San Salvador, en el primer semestre de 2010.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

V Identificar los conocimientos que tienen acerca de las disfunciones sexuales las mujeres y hombres que pertenecen a la División de Emergencias 911, delegación central de la Policía Nacional Civil.

V Identificar las actitudes que tienen acerca de las disfunciones sexuales las mujeres y hombres que pertenecen a la División de Emergencias 911, delegación central de la Policía

Nacional Civil.

V Identificar las creencias que tienen acerca de las disfunciones sexuales las mujeres y hombres que pertenecen a la División de Emergencias 911, delegación central de la Policía Nacional Civil.

CAPITULO II

2.0- MARCO TEÓRICO

2.1 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LOS ÓRGANOS SEXUALES MASCULINOS Y FEMENINOS

2.1.1 Anatomía y Fisiología de los Órganos Sexuales Masculinos

Los órganos sexuales o genitales masculinos están formados por los testículos contenidos dentro del escroto, el pene y un conjunto de órganos accesorios: glándulas (vesículas seminales, próstata, glándula de Cowper) y conductos (epidídimo, deferente, eyaculador, uretra).

Los testículos o gónadas masculinas o glándulas sexuales masculinas están contenidos dentro del escroto. El escroto posee dos compartimentos, generalmente el de la izquierda más largo que el de la derecha.

Sus paredes están formadas por tejido cutáneo, una capa fibrosa y elementos musculares (el músculo cremaster).

La función del escroto es mantener y controlar la temperatura de los testículos. Éstos deben permanecer a una temperatura inferior a la del cuerpo; a la temperatura del cuerpo se inhibe la espermatogénesis, produciendo esterilidad en el varón. Cuando hace calor el músculo se dilata y cuando hace frío y durante la excitación se contrae.

Los testículos tienen forma ovoide y un tamaño promedio de 4,5 cm de largo y 3,5 cm de ancho. Posee dos funciones, la función endócrina o secreción interna la desarrollan produciendo la hormona masculina (testosterona), que es la que determina los caracteres sexuales secundarios; y la función gametogénica (origen y maduración de los gametos) o secreción interna que da origen a los espermatozoides (células sexuales masculinas o gametos).

En el interior de los testículos hay alrededor de 250 lóbulos que contienen los tubos seminíferos, lugar donde se originan los espermatozoides. La transformación de espermatogonia a espermatozoide se denomina espermatogénesis, y comienza en la pubertad continuando durante toda la vida.

Los túbulos seminíferos se unen a una red conductos mayores (red testicular) y de allí los espermatozoides pasan a través de los conductos eferentes al epidídimo.

El epidídimo es una estructura que se encuentra en la parte superior del testículo, mide aproximadamente 5 cm y está formado por un tubo replegado sobre sí mismo. En él los

espermatozoides terminan de madurar y se almacenan; en el caso de que no sean eyaculados, los espermatozoides se destruyen y son reabsorbidos.

Las vesículas seminales son dos glándulas de forma piriforme, que se encuentran por detrás y por sobre la vejiga, tienen la función de almacenar los espermatozoides maduros, producir parte del semen o esperma y proporcionar a los espermatozoides nutrientes (fructuosa) que les permitirá moverse con mayor facilidad.

Desde las vesículas seminales el semen circula a través de los conductos eyaculadores hacia un único conducto, la uretra, que se desplaza por dentro de la próstata.

La glándula prostática es única y está formada por tejido glandular y muscular se encuentra debajo de la vejiga y envuelve la parte superior de la uretra. Aumenta de tamaño con la edad, en el adulto tiene un tamaño aproximado de 4 cm de ancho y 3 cm de altura. Produce un líquido lechoso, alcalino, que va a formar parte del semen y lo provee de proteínas, calcio, ácido cítrico y otras sustancias.

Si el hombre siente u observa alguna anomalía al orinar o en la orina y alguna molestia durante las relaciones sexuales debe consultar con un profesional.

Por debajo de la próstata y en la base del cuerpo esponjoso de la uretra se encuentran dos glándulas llamadas glándulas de Cowper o bulbouretrales. Durante la excitación sexual y antes de la eyaculación, segregan un líquido alcalino que neutraliza la acidez de la uretra (secreción preeyaculatoria). Este líquido cuya salida no es percibida por el hombre puede contener espermatozoides y provocar un embarazo a pesar de no haberse producido la eyaculación.

Desde la próstata sale la uretra que va por el interior del pene, ella tiene dos funciones permitir que la orina circule desde la vejiga hacia el exterior y que el semen sea eyaculado, un sistema de válvulas impide que pasen ambos fluidos juntos.

El pene es el órgano copulador del hombre. Se localiza en la parte baja del abdomen, delante del pubis. Es un órgano formado por tejido eréctil, en estado de flacidez pende ante el escroto y por regla general tiene su misma longitud. A pesar de los mitos la potencia y el goce no están relacionados con su tamaño. En estado de flacidez puede tener una longitud de 4 cm a 10 cm y en erección una longitud de 13,5 cm a 16,5 cm. Está formado por un abultamiento llamado glande o cabeza, el reborde o corona, el cuerpo y la base.

El cuerpo esta formado por tres masas cilíndricas. En la parte anterior por dos cuerpos cavernosos que están atravesados por numerosos vasos sanguíneos, que durante la excitación se llenan de sangre y hacen que el pene se vuelva eréctil. Los problemas de erección son frecuentes, las causas por lo general son temporales y muchas veces se pueden superar modificando algunas conductas o el estilo de vida, en otros casos son más difíciles de anular (como en el caso de la diabetes, el haber fumado por mucho tiempo, el daño en el sistema nervioso, etc.).

El glande de forma cónica es el extremo terminal del pene, esta separado del cuerpo por la corona. Presenta abundantes terminaciones nerviosas por lo que es muy sensible a la estimulación erótica, especialmente la corona y el borde posterior. El pene esta recubierto por una piel muy fina, el prepucio, que en la base del glande forma un repliegue. En estado de reposo este repliegue cubre totalmente el glande, pero puede quedar al descubierto deslizando la piel hacia atrás. El prepucio esta unido a la parte posterior del glande por el frenillo. La extracción quirúrgica del prepucio se realiza por prescripción médica (en casos de fimosis o adherencias) o por motivos religiosos (religión judía) procedimiento al que se denomina circuncisión.

Anatomía del órgano sexual masculino.

2.1.2 Anatomía y Fisiología de los Órganos Sexuales Femeninos

Los órganos sexuales o genitales femeninos se dividen en internos relacionados con la reproducción y los externos relacionados con el placer.

Los órganos internos están contenidos dentro de la pelvis de la mujer y ocupan la zona entre la vejiga y el recto. Son: los ovarios, las trompas, el útero y la vagina.

Los órganos externos comprenden: la vulva formada por el monte de Venus, los labios mayores o externos, los labios menores o internos, el clítoris, el vestíbulo dentro del cual se encuentra el meato uretral y el introito vaginal.

También debemos considerar los senos que sin formar parte del aparato genital son un componente sexual importante.

Las glándulas sexuales femeninas o gónadas femeninas son los ovarios tienen forma de almendra y un tamaño de 2,5 cm por 1,5 cm. Poseen dos funciones una gametogénica y una endocrina. La función endocrina está dada por la producción de las hormonas estrógeno y progesterona, secretadas en dosis muy precisas en los distintos momentos de la vida de la mujer. La función gametogénica proporciona los óvulos, células reproductoras que se desprenden del ovario con una frecuencia y regularidad propia de cada mujer. Esto lo diferencia del sexo masculino donde la producción de espermatozoides es continua. Los óvulos que están en estado de latencia, comienzan a madurar en la pubertad, alrededor de los 12 años (señalado por la menarquia o primera menstruación) y este proceso continúa hasta el climaterio (señalado por la menopausia o última menstruación) que se produce entre los 45 y los 55 años.

Una mujer nace con unos 200.000 ovocitos en cada ovario, pero a lo largo de su vida reproductiva solo se liberan 400 a 500 óvulos.

Ciclo menstrual: es el tiempo transcurrido desde el primer día de una menstruación (primer día de sangrado) al primer día de la menstruación siguiente. Un ciclo normal oscila entre 21 y 35 días, como promedio se considera que un ciclo dura 28 días. Durante el ciclo podemos distinguir:

Una fase folicular que comienza el primer día de la menstruación, tiene una duración variable de 12-14 días; aumenta la secreción de la hormona FSH, que es la que interviene en la maduración del folículo primordial que va a convertirse en folículo De Graaf.

En esta etapa también asciende el nivel de estrógenos segregado por el folículo en maduración, encontrando su pico máximo inmediatamente antes de la ovulación; a partir del 5º día aproximadamente comienza en el útero la proliferación de la capa endometrial. Un brusco aumento de la LH, estimula la ovulación, esto significa que un óvulo se desprende, es captado por la trompa y se desplaza hacia el útero. Simultáneamente, comienza a elevarse ligeramente el nivel de progesterona.

Luego de la ovulación comienza la fase luteínica que dura alrededor de 14 días, los niveles de FSH y de LH comienzan a disminuir hasta alcanzar los valores más bajos hacia el final del ciclo. En esta fase aumenta la progesterona, producto de la secreción del cuerpo lúteo, que tiene como propósito prepararse para la gestación. En el útero, el endometrio continúa engrosándose, aumentando la proliferación de glándulas y vasos sanguíneos. Si no se produce la fecundación, el cuerpo lúteo degenera, y los niveles de estrógeno y progesterona descienden hasta valores muy bajos. Comienza la fase llamada de supresión hormonal, parte de la pared endometrial se desprende dando lugar a la menstruación.

Se define como menstruación, a la pérdida de sangre que se produce en forma periódica en la mujer cuando el óvulo no ha sido fecundado y que tiene como objetivo eliminar el endometrio que se había preparado para recibir al óvulo fecundado. Normalmente la menstruación, período o regla

dura entre 3 y 7 días.

Un ovario funciona en forma alternada en cada ciclo y se produce la maduración de un solo óvulo, pero puede suceder que madure más de un óvulo. También hay estudios que han demostrado que algunas mujeres tienen más de una ovulación durante el ciclo.

Las mujeres pueden tener modificaciones de su ciclo menstrual o padecer algún tipo de molestias antes y/o durante las menstruaciones, algunos de estos trastornos pueden ser normales y otros no. Algunas mujeres cuando les baja la menstruación tienen síntomas que pueden ser tolerados. En otros casos estas molestias interfieren con su vida, considerándose que padecen de síndrome premenstrual.

En muchos casos estos trastornos pueden superarse adoptando hábitos de vida saludable: seguir una dieta balanceada, dejar de consumir tabaco, alcohol y cafeína, realizar ejercicios en forma moderada y con regularidad, disminuir el stress, practicar técnicas de relajación, respetar los tiempos de descanso y sueño, disfrutar de momentos de esparcimiento y vida social. También la toma de un analgésico puede aliviar los dolores.

Cuando los síntomas interfieren con las actividades de costumbre, se sospecha de embarazo, hay sangrado abundante o cualquier otra anomalía que produzca preocupación se debe consultar con el médico.

Menopausia: Se produce cuando la producción de las hormonas estrógeno y progesterona comienzan a disminuir. Ninguna mujer es idéntica a otra, así que cada una pasará por la menopausia de una manera diferente.

Se denomina menopausia cuando ha pasado un año sin menstruar, sin que medien cirugías o intervenciones medicamentosas.

Entre los trastornos más frecuentes podemos citar:

V Menstruaciones irregulares durante un tiempo o éstas desaparecen de repente.

V Ataques de calor que se producen en forma repentina.

V Falta de lubricación y humedad en la vagina que puede causar dolor durante y después de las relaciones sexuales.

V Los cambios físicos y hormonales de la menopausia pueden producir cambios en el estado de ánimo. También existe relación entre el desgaste de los huesos (osteoporosis) y la disminución de estrógeno.

Se debe consultar con un profesional:

Si las reglas se vuelven más abundantes o irregulares o duran más de lo usual o si se vuelve a tener sangrado después de 6 meses de no menstruar.

Si los síntomas interfieren con su vida, la terapia con hormonas puede ser una opción.

Las trompas de Falopio también llamadas oviductos son dos conductos de 10-12 cm que van desde cada ovario a la parte más alta del útero. Se dividen en tres partes: la porción intramural es donde se une al útero, la porción ístmica y a continuación la ampular que se extiende en forma de embudo hacia la cavidad abdominal para formar el pabellón o infundíbulo que termina en pequeños repliegues llamados fimbrias. Tiene movimientos peristálticos y en su interior sus paredes están recubiertas con cilios que permiten el desplazamiento del óvulo hacia el útero.

Su función es permitir que los óvulos liberados lleguen al útero y es el lugar donde se produce la fecundación del óvulo maduro.

El útero también llamado matriz, es un órgano hueco cuyas paredes son musculares y gruesas. Situado detrás de la vejiga y delante de la ampolla rectal. Tiene forma de pera invertida. En las nulíparas (mujeres que no han tenido hijos) tiene un diámetro longitudinal de 6 a 7 cm, un

diámetro antero posterior de 3 a 4 cm y un diámetro transversal de 3 a 5 cm, en la multíparas estas dimensiones están aumentadas en 1 ó 2 cm. En el útero se distinguen dos partes el cuerpo y el cuello que están unidos por una estructura circular llamada istmo. La cavidad del cuerpo es aplanada con las caras anterior y posterior aplicadas una sobre otra. Su interior está recubierto por una mucosa llamada endometrio.

El cuello del útero se comunica con la vagina y está atravesado en su parte central por el canal cervical que comunica la cavidad intrauterina con la vagina. Su interior está recubierto de tejido glandular que produce el moco cervical, este fluido cambia de aspecto durante el ciclo menstrual. La función del útero es recibir, nutrir y posibilitar el desarrollo del huevo fecundado.

Es muy importante que la mujer se someta a los estudios de Papanicolaou y Colposcopia (Pap y Colpo) y a tactos vaginales con regularidad, generalmente se hacen durante la misma visita y permiten detectar posibles anomalías en los órganos reproductores.

El Papanicolaou y la colposcopia se hacen para detectar el cáncer de cuello de útero. Estos estudios se los deben hacer todas las mujeres que han comenzado a tener relaciones sexuales una vez por año o cada 6 meses según lo indique el médico. El tacto permite saber si el tamaño o la forma de los ovarios o de la matriz son normales.

La vagina es un conducto cilíndrico músculo membranoso que posee gran capacidad de expansión y contracción, conecta la vulva con el cuello del útero, está orientada en forma oblicua de adelante hacia atrás; tiene una longitud de alrededor de 8 cm. La parte interna es una cavidad virtual, ya que sus paredes se mantienen en contacto, es muy vascularizada, rugosa y está recubierta por células encargadas de producir la lubricación durante la excitación sexual. El tercio externo es el que posee sensibilidad. Es el órgano por donde fluyen hacia el exterior la sangre menstrual y las secreciones útero-vaginales, se introduce el pene durante el coito y por donde sale el recién nacido en un parto normal.

En la parte inferior de la vagina se encuentra el himen, es una membrana fina que está formada por un repliegue de la vagina, está naturalmente perforado. El himen no perforado es muy raro, y se detecta en la pubertad con la retención del sangrado menstrual. La estructura y la consistencia son variables, puede desgarrarse en la primera penetración, ser doloroso o no y producir una leve hemorragia a esto se lo denomina desfloración.

Puede suceder que el himen sea muy elástico y permita la entrada del pene sin desgarrarse a esto se le llama: himen complaciente. Si la penetración es muy dolorosa porque el himen es muy resistente es conveniente consultar. También se puede desgarrar en una caída, andando en bicicleta o por manipulaciones y juegos que realizan las niñas, pero hay que tener en cuenta que la apertura total del himen se produce en el parto en los casos que sea un parto vaginal.

La vulva está constituida por el conjunto de órganos genitales externos. Se ubica en el perineo y está comprendida por una zona central llamada vestíbulo rodeada por dos repliegues que son los labios mayores y los labios menores. En el vestíbulo se abren dos orificios, la salida de la uretra o meato uretral y la entrada a la vagina o introito vaginal.

El Monte de Venus situado sobre el pubis, está formado por una capa de tejido adiposo subcutáneo.

En la pubertad se cubre de vello adquiriendo una forma triangular característica. La piel que cubre el Monte de Venus posee terminaciones nerviosas que cuando son estimuladas pueden provocar excitación sexual.

Los labios mayores son dos pliegues de piel que se unen a nivel del monte de Venus, su cara exterior está cubierta de vello. Su cara interna tiene terminaciones nerviosas, es suave y brillante y posee glándulas sudoríparas y sebáceas.

Su función es proteger el vestíbulo. Los labios menores son estructuras de tejido mucoso que se unen en un vértice superior formando el capuchón del clítoris. Están muy vascularizados e inervados y poseen glándulas de producción sebáceas.

El clítoris es un órgano cilíndrico constituido por tejido eréctil, se encuentra situado por encima del vestíbulo, y en el borde inferior del pubis. Posee abundante inervación e irrigación, constituyéndose en la zona genital con mayor excitabilidad sexual. Al igual que el pene posee glándula, capuchón o prepucio, frenillo, cuerpo y raíces. El glándula es la única parte visible y accesible al tacto directo, está recubierto por la unión de los labios menores que forman el prepucio. El cuerpo posee dos prolongaciones o raíces que se extienden a ambos lados de la vagina.

El vestíbulo consta de dos partes principales la desembocadura de la uretra y la entrada a la vagina. El orificio uretral se ubica por debajo del clítoris y por encima del orificio vaginal. El introito vaginal es una zona que posee gran cantidad de terminaciones nerviosas y vasos sanguíneos, a cada lado del orificio se encuentran las glándulas vestibulares mayores o glándulas de Bartholin, que secretan pequeñas cantidades de líquido durante la excitación sexual.

Es necesario examinarse regularmente los genitales. Para ello en cuclillas y con la ayuda de un espejo, se puede observar la constitución de los órganos sexuales, el color, el tamaño y la forma; y se puede detectar algún cambio en el aspecto de los mismos, como llagas, verrugas, zonas hinchadas y rojas o flujo anormal. El flujo vaginal normal puede ser blanco o un poco amarillento, espeso o aguado y la cantidad puede cambiar a lo largo del ciclo menstrual; cada mujer es diferente. Con frecuencia hay mucho moco transparente y resbaloso durante la ovulación.

Un lugar idóneo para explorar los órganos sexuales es durante el baño. Se debe limpiar los pliegues que existen entre los labios, para evitar que el esmegma, sustancia de color blanco que es producida por las glándulas, se adhiera y produzca mal olor, irritación o infecciones.

Si cambia la cantidad, la textura y/o el olor del flujo; si hay alguna alteración en la zona genital o si hay molestias al orinar, como necesidad de hacer fuerza para que salga la orina o se siente dolor y ardor, se debe consultar con el médico.

En el caso de consultar con un profesional, no hacerse lavados vaginales, no usar cremas vaginales y no tener relaciones sexuales 48 horas antes. De lo contrario, podría ser más difícil diagnosticar el problema.

Los senos son órganos que se encuentran en ambos sexos, pero solo en las mujeres por influencia de las hormonas segregadas a partir de la pubertad se desarrollan las glándulas mamarias y los pezones.

Los pechos están estrechamente relacionados con la sexualidad y la reproducción. Cada seno contiene de 15 a 20 lóbulos, cada lóbulo está formado por alveólos (pequeños sacos productores de leche durante la lactancia) conectados entre sí por conductos, cada lóbulo desemboca en un conducto galactóforo que emite sus secreciones a través del pezón. Las glándulas están rodeadas de tejido graso y conjuntivo que son los que determinan el tamaño de la mama. Todas las mujeres tienen la misma cantidad de glándulas, que producen, más o menos la misma cantidad de leche.

Para cuidar la salud de las mamas y evitar el cáncer es necesario hacer una detección precoz de cualquier modificación que se produzca en ellas. Esto se puede realizar mediante la ecografía o la mamografía (radiografía de los senos), la revisión de los senos realizada por un profesional y la revisión personal.

Se recomienda:

Una ecografía a los 35 años, que sirve como referencia para estudios posteriores.

Mamografías: Entre los 40 y los 50 años debe hacerse una mamografía cada 1 ó 2 años y después

de los 50 años, una por año.

Si se tienen antecedentes de cáncer de mama en la familia (madre, hermana, etc.) consultar con el médico cuándo empezar a hacerse mamografías y con cuánta frecuencia.

Revisión de los senos efectuada por un profesional de salud: Para revisar los senos, el médico los mirará y los tocará suavemente en busca de bultos u otros cambios anormales. Es recomendable hacerse este tipo de revisión junto con el examen ginecológico.

Autoexamen mamario: Se recomienda comenzar a practicar este examen desde la adolescencia, es una técnica sencilla y permite conocer cómo son los senos normalmente y a reconocer cualquier modificación, pudiendo concurrir de inmediato al médico. Rol de las hormonas. La actividad hormonal puede afectar lo sexual de distintas maneras. Las hormonas enviadas a la corriente sanguínea estimulan los centros del sistema nervioso central vinculados con el despertar del deseo. Afectan el crecimiento y desarrollo de los órganos reproductores y de las características sexuales secundarias y actúan sobre la salud general, lo que repercute en la actividad sexual. En cuanto a las hormonas específicamente sexuales, existen en todas las personas hormonas masculinas y hormonas femeninas y no sólo las correspondientes a su sexo, lo distinto entre varones y mujeres es el predominio de una de estas hormonas. La actividad hormonal que rige la sexualidad depende del funcionamiento del eje hipotálamo hipofisiario gonadal. El cerebro a través del hipotálamo sincroniza e interactúa con el sistema endócrino. La hipófisis anterior produce entre otras, tres hormonas que regulan la función sexual denominadas gonadotropinas.

La hormona FSH o Folículo estimulante que en la mujer es responsable del desarrollo del folículo de Graaf y de la producción de estrógeno y en el hombre estimula los túbulos seminíferos y la espermatogénesis; la hormona LH o luteinizante que en el hombre estimula las células intersticiales que producen la testosterona y en la mujer estimula el cuerpo amarillo para producir la progesterona. La hormona prolactina que regula la producción de gonadotropinas y es la responsable de la producción de leche después del parto. La secreción de hormonas por la hipófisis depende de un mecanismo de retroalimentación o feed-back.

Los ovarios producen estrógeno que es el responsable de los caracteres sexuales secundarios, influye sobre los cambios producidos en el sistema reproductivo, tiene efectos metabólicos y posiblemente interviene sobre el comportamiento.

La progesterona participa en el engrosamiento del endometrio para favorecer la implantación y la conservación del embarazo.

Los testículos producen testosterona cuya secreción permite el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, el desarrollo de los órganos genitales y tiene posibles efectos sobre la libido y el comportamiento.

2.2 SEXUALIDAD Y EROTISMO

El erotismo es un componente fundamental en la sexualidad de la pareja, difícilmente se puede mantener encendidos el deseo y la pasión si se pierde o no existe el **erotismo** en la intimidad.

Es frecuente escuchar que se ha perdido el deseo, que no se siente excitación o no alcanza para llegar al orgasmo y los problemas de erección se convierten en algo tan común que se llegan a considerar normales.

Seguramente también se ha oído las quejas de alguno o ambos miembros de la pareja sobre lo esporádicos e insatisfactorios que son los encuentros sexuales. Se culpa al poco tiempo, al cansancio luego de largas jornadas laborales, cuidado de los niños, tareas domésticas, preocupaciones económicas e infinidad de problemas agobiantes.

No hace falta tener dotes adivinatorias para imaginar que esas relaciones sexuales carecen

totalmente de erotismo y se reducen a un contacto casi sin preámbulos, como una especie de trámite a cumplir en lugar de ser un momento que se disfruta.

Se puede pensar que la falta de **erotismo en la pareja** es algo que llega con el tiempo y no es así, muchos hombres y mujeres nunca tuvieron erotismo en sus relaciones sexuales, en cambio otros lo han mantenido e incentivado a lo largo de los años lo cual les proporciona el goce de una sexualidad satisfactoria.

V El erotismo es la forma de incentivar el deseo en la otra persona y demostrar el propio, con miradas, gestos, caricias y palabras. Una mirada cargada de erotismo puede despertar los deseos de la pareja sin necesidad de decir una sola palabra, en cambio una mirada indiferente puede ser un balde de hielo que apaga la pasión.[3]

Sexualidad: la palabra sexualidad no designa solamente las actividades y el placer dependientes del aparato genital, sino toda una serie de excitaciones y actividades existentes desde la infancia, que producen un placer que no puede reducirse a la satisfacción de una necesidad fisiológica fundamental y que se encuentra también a título de componentes en la forma llamada normal del amor sexual.

El amor humano no tiene que ver con el sexo solamente, el sexo es una de las cosas importantes que se da en el amor.

Todos los individuos tienen sentimientos, actitudes y convicciones en materia sexual, pero cada persona experimenta la sexualidad de distinta forma, porque viene por una perspectiva sumamente individualizada. Se trata en efecto, de una perspectiva que desprende tanto de experiencias personales y privadas como de causas públicas y sociales.

No podemos conocer la sexualidad humana, sin tener en cuenta sus múltiples dimensiones. El aprendizaje de la sexualidad en todas sus facetas no sólo se reduce al conocimiento del individuo y de la naturaleza del ser humano, sino que también viene determinada por el medio en que se encuentra.

La sexualidad es un tema que ha despertado el interés del hombre, desde los tiempos primitivos a nuestros días; y su estudio contribuye a una inmejorable preparación para el afrontamiento de distintos cambios sexuales, tanto fisiológicos como conductuales que se producen a lo largo de la vida.[4]

2.3 RESPUESTA SEXUAL EN LA MUJER Y EN EL HOMBRE

2.3.1 La Respuesta Sexual en la Mujer

Al igual que en el hombre, la respuesta sexual femenina se ha dividido en cinco fases: **deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución.**

La fase del deseo se conceptualiza como una apetencia o interés hacia la sexualidad. El deseo suele aparecer en forma de fantasías, expectativas positivas sobre futuros acontecimientos

sexuales y mediante la búsqueda y aproximación a actividades sexuales.

La fase de excitación se caracteriza por un aumento de la activación sexual. Los cambios fisiológicos más destacados son la lubricación vaginal, el engrosamiento de los labios menores, la elevación del útero junto con el engrosamiento del clítoris y la expansión de la vagina. Otros cambios que se observan son un aumento de los senos y la erección de los pezones.

En la fase de meseta se van aumentando los cambios producidos en la fase de excitación. La vaso congestión hace que los labios menores cambien a un color rojo, se produce un alargamiento de la vagina y un estrechamiento en el tercio inferior de la vagina debido a un engrosamiento de las paredes. El clítoris se retrae y queda escondido. La tensión muscular que ya existía en la fase anterior se hace más intensa y pueden aparecer respuestas de rubefacción o enrojecimiento de la piel en cara, pecho, muslos o estómago.



El orgasmo se caracteriza por la aparición de contracciones rítmicas en la zona del útero, la vagina y el recto. La tensión muscular llega a su punto máximo y aparece una experiencia subjetiva de placer. A diferencia del hombre, algunas mujeres son capaces de experimentar varios orgasmos seguidos, gracias a que el periodo refractario o tiempo necesario para experimentar otro orgasmo es mínimo.

En la fase de resolución se produce una disminución progresiva de todos los cambios fisiológicos previos, así la vaso congestión disminuye, el útero vuelve a su estado previo y la vagina recupera su tamaño normal.

Las disfunciones sexuales femeninas se han establecido en función de donde se ubique el problema en el desarrollo de la respuesta sexual.

Respuesta sexual	Disfunción sexual	
Deseo	Deseo hipoactivo, Aversión al sexo	
Excitación	Trastorno de la excitación sexual	
Orgasmo	Trastorno orgásmico	
Trastornos relacionados con el dolor	Dispareunia, Vaginismo	

2.3.2 Respuesta Sexual Masculina

Durante la fase de excitación, se da la erección, respuesta refleja que consiste en un aumento de volumen y tensión del pene debido a una mayor afluencia sanguínea en la zona. Así, mientras que en estado de reposo la sangre entra por las arterias y continúa su flujo por la salida venosa en el pene, durante la excitación esta salida se cierra de forma que la sangre se retiene en los genitales. Cuando la salida venosa se abre, con la relajación muscular que prosigue al orgasmo, se vuelve al estado de reposo o detumescencia del pene desapareciendo la erección.

Durante esta fase, además se tensa el escroto, los testículos ascienden y aumentan algo de volumen debido a la congestión.

Es también en un momento más avanzado de esta etapa cuando las glándulas de Cowper segregan el denominado líquido preseminal, cuya función es la de limpiar el conducto urinario de restos de semen y orina, por donde posteriormente se expulsará el semen durante la eyaculación. También responde a una función lubricante.

Aún cuando la cantidad segregada es de apenas unas gotas, este líquido contiene espermatozoides que aún en bajas concentraciones, no descarta un posible embarazo.

La fase de meseta consistirá en el mantenimiento de la excitación, y por lo tanto de la obtención de la tensión sexual necesaria para llegar al orgasmo manteniéndose las reacciones antes descritas.

Posteriormente se dará la fase del orgasmo, durante la cual habrá eyaculación aunque no necesariamente ambas respuestas van juntas.

La eyaculación consiste en la expulsión del semen por la uretra, gracias a las contracciones pélvicas que se suceden durante el orgasmo.

El orgasmo, tanto en el hombre como en la mujer, es la descarga mediante una serie de contracciones más o menos regulares, de la tensión o acumulación sanguínea alcanzada durante la excitación y meseta. Esta respuesta va acompañada de una sensación física de placer intenso, vivida psicológicamente de forma distinta por cada persona.

El semen está compuesto por espermatozoides que se forman en los testículos y del conjunto de líquidos segregados por las glándulas anejas (próstata, vesículas seminales y glándulas de Cowper).

Los espermatozoides, una vez producidos por los testículos gracias a la acción de las hormonas sexuales masculinas (andrógenos y testosterona), ascienden al epidídimo donde terminan de formarse. De ahí prosiguen su camino hacia el conducto deferente, haciendo parada en las vesículas seminales y posteriormente en la próstata, donde se mezclarán con líquidos lubricantes y con los nutrientes necesarios para su supervivencia, finalizando este recorrido con la eyaculación.

Por último, durante la fase de resolución, con la relajación o detumescencia del pene, descenderá la erección paulatinamente. Tras esta fase, no podrá haber erección durante un tiempo, que variará en función de la edad y las características físicas del hombre. Pasado este tiempo puede volver a haber erección acompañada nuevamente de orgasmo aunque la eyaculación será menos abundante o inexistente.

Respuesta Sexual Masculina

2.4 DISFUNCIONES SEXUALES

Las disfunciones sexuales son problemas en el funcionamiento erótico de las personas que usualmente impiden el desarrollo de una vida erótica plena, el desarrollo de vínculos eróticos satisfactorios en las parejas y que, muy frecuentemente deterioran la autoimagen y la autoestima de las personas. Sus determinantes pueden encontrarse en una variedad de niveles de nuestra naturaleza humana, desde nuestra constitución biológica, con los avatares que sobre la misma producen muchas enfermedades, nuestra naturaleza psicológica, que reclama la integración armónica de nuestras potencialidades eróticas dentro de la totalidad de nuestra persona, la naturaleza del vínculo de pareja y el ambiente social y cultural ante el erotismo. [5]

La experiencia de los investigadores los ha llevado a proponer que existen cuatro características presentes en todas las disfunciones sexuales:

1. Se trata de procesos de naturaleza erótica. Por erotismo entendemos a los procesos humanos en torno al apetito por la excitación sexual, la excitación misma y el orgasmo, sus resultantes en la calidad placentera de esas vivencias humanas, así como las construcciones mentales alrededor de estas experiencias. Convencionalmente limitamos el concepto de disfunción sexual a aquellos procesos eróticos que tienen que ver con el funcionamiento del cuerpo, es decir, en los que se "activan" o se desean activar los procesos de la respuesta sexual;
2. Son procesos que se consideran indeseables, es decir, existe acuerdo entre los miembros de una sociedad (o cuando menos entre los miembros de esa sociedad que elaboran las clasificaciones de salud) en que sería más deseable que las personas no vivieran sus procesos eróticos con las características de las disfunciones sexuales (por ejemplo sin orgasmos), en cuyo enunciamiento, descripción e intentos por tratarlos existe una afirmación sustentada en una ideología;
3. Son procesos que se presentan en forma recurrente y persistente en la vida erótica de las personas.
4. Se presentan en la práctica clínica en forma de síndromes, es decir, se presentan como un grupo de síntomas permite la identificación de grupos de personas con síntomas similares pero no permite la identificación del tipo de causas que las determinan.[6]

Por ello, definimos a las disfunciones sexuales como una serie de síndromes en los que los procesos eróticos de la respuesta sexual resultan no deseables para el individuo o para el grupo social y que se presentan en forma recurrente y persistente.

Se llama disfunción sexual a la dificultad durante cualquier etapa del acto sexual (que incluye deseo, excitación, orgasmo y resolución) que evita al individuo o pareja el disfrute de la actividad sexual.

Las disfunciones sexuales pueden manifestarse al comienzo la vida sexual de la persona o pueden desarrollarse más adelante. Algunas de ellas puede desarrollarse paulatinamente con el tiempo, y

otras pueden aparecer súbitamente como incapacidad total o parcial para participar de una o más etapas del acto sexual. Las causas de las disfunciones sexuales pueden ser físicas, psicológicas o ambas.

Nunca es fácil para nadie admitir que se tienen dificultades sexuales. Cuando el complejo mecanismo de la sexualidad presenta alteraciones de mayor o menor grado, nos introducimos en el mundo de las disfunciones sexuales.

Las disfunciones sexuales deben en gran parte su existencia a la falta de un correcto aprendizaje sexual. El desconocimiento y la poca orientación de los problemas sexuales más importantes es causa en los adultos de conductas primitivas en su vida amorosa.

En tanto mejor nos conozcamos a nosotros mismos y a nuestras formas de comportamiento sexual, nos será más fácil actuar modificando las alteraciones existentes.

La sexualidad es una vivencia compartida con otra persona y ésta, la pareja, es de suma importancia en el tratamiento de cualquier disfunción sexual [7]

2.4.1 CLASIFICACIÓN DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

2.4.1.1 Disfunciones Sexuales Femeninas

- V Deseo hipoactivo
- V Aversión al sexo
- V Trastorno de la excitación sexual
- V Trastorno orgásmico
- V Dispareunia
- V Vaginismo

No existen muchos datos consistentes sobre la prevalencia de los trastornos sexuales, ya que estos muestran una gran variabilidad debida a los diferentes métodos y definiciones utilizadas en los estudios. En general parece ser que el deseo sexual hipoactivo y el trastorno orgásmico son las disfunciones más frecuentes, mientras que la aversión al sexo es menos frecuente.

Muchas veces se pueden solapar y aparecer varias disfunciones sexuales, así problemas como la dispareunia, el vaginismo o un trastorno de la excitación pueden favorecer la aparición de un deseo sexual por debajo de lo normal.

La aparición de las disfunciones sexuales puede estar ligada a una disfunción previa de la pareja, por ejemplo, un problema de eyaculación precoz puede favorecer la aparición de un deseo sexual hipoactivo o un trastorno de excitación.

V Deseo Sexual Hipoactivo

El deseo sexual hipoactivo se caracteriza por una falta de interés en el sexo. Existe una ausencia de fantasías relacionadas con el sexo. Las mujeres con un deseo sexual bajo raramente buscan o inician algún tipo de relación sexual. Una vez iniciada el contacto sexual puede que este sea satisfactorio o bien puede pasarse a una actitud pasiva que impide disfrutar de la relación sexual. En estos casos el sexo puede pasar a ser vivido como una obligación y la oportunidad de una relación sexual puede ser evitada o postergada, disminuyendo así la ansiedad que puede acompañar el hecho de iniciar un contacto sexual.

La disminución del interés sexual puede ir acompañada de problemas de excitación sexual o dificultades para llegar al orgasmo. También puede darse el camino inverso y ser estos problemas previos a la disminución sexual. En la vida adulta la aparición de este problema suele estar asociado a situaciones de estrés y de tensión psicológica.

En algunos casos la disminución de los contactos sexuales puede ser un factor que genere

problemas de pareja. La negativa a mantener relaciones sexuales puede ser interpretada como un rechazo por la pareja y las peticiones de contactos sexuales pueden ser vividos como exigencias cada vez mayores, este proceso puede llevar a un deterioro de la relación de pareja.

La discrepancia en cuanto al número de contactos sexuales puede reflejar distintos niveles de deseo entre los miembros de la pareja, esto no significa que exista necesariamente un trastorno del deseo en algún miembro aunque sí puede generar malestar.

V Aversión al Sexo

La aversión al sexo se caracteriza por una sensación de desagrado, repulsión, asco o ansiedad ante situaciones de tipo sexual. Al igual que en otros trastornos en los que la ansiedad está presente la evitación o el escape de la situaciones temidas prolonga el problema.

Esta situación puede complicar la situación de la pareja ya que imposibilita el establecimiento de una relación sexual adecuada.

El grado de aversión puede variar y solo estar circunscritos a ciertas situaciones (sexo oral, besos en la boca, semen.) o puede haberse generalizado a cualquier situación relacionada con el sexo, incluyendo las fantasías.

V Trastorno de la Excitación Sexual

El trastorno de la excitación sexual se puede producir por una incapacidad por responder ante la estimulación sexual como caricias, besos, esta dificultad para excitarse se ve en la ausencia de las respuestas fisiológicas como la lubricación vaginal.

En algunos casos se puede responder en un principio a la estimulación sexual pero en un momento dado esta se pierde siendo muy difícil que se recupere la excitación.

V Trastorno Orgásmico Femenino o Anorgasmia

En este problema la excitación puede ser adecuada pero se experimenta una gran dificultad para llegar al orgasmo. El trastorno orgásmico puede ser primario (cuando nunca se ha tenido un orgasmo) o secundario (si se ha experimentado algún orgasmo).

En algunos casos la dificultad para alcanzar el orgasmo solo se presenta cuando existe una relación con la pareja, mientras que si se puede alcanza el orgasmo mediante la masturbación.

La dificultad para alcanzar el orgasmo no se refiere exclusivamente a relaciones coitales, puesto que la estimulación que este tipo de relaciones sexuales suele tener sobre el clítoris suele ser muy baja y por lo tanto es más difícil llegar al orgasmo únicamente mediante este tipo de acto. Se estima que solo un porcentaje de mujeres inferior a la mitad es capaz de llegar al orgasmo mediante la estimulación producida durante los movimientos del coito.

En algunos casos se puede llegar a fingir un orgasmo como un medio para evitar problemas con la pareja, si el problema se mantiene en el tiempo el sexo puede pasar a ser vivido con cierta ansiedad llegando a afectar a la pareja.

La anorgasmia es la inhibición recurrente y persistente del orgasmo, manifestada por su ausencia tras una fase de excitación normal, y producida a través de una estimulación que pueda considerarse adecuada en intensidad, duración y tipo. Es, junto con la falta de deseo, una de las disfunciones sexuales más comunes de la mujer. Puede haber anorgasmia en el hombre, pero es menos frecuente y difícilmente diagnosticada, ya que se oculta tras el prejuicio erróneo de que la eyaculación es un orgasmo.

Tipos de anorgasmia:

- V Anorgasmia primaria: la sufre quien nunca ha obtenido el orgasmo, ni a través del coito ni por masturbación.
- V Anorgasmia secundaria: la sufre quien, tras una época de haber tenido orgasmos con normalidad, deja de experimentarlos de forma sistemática.
- V Anorgasmia absoluta: cuando no es capaz de alcanzar el orgasmo mediante ningún procedimiento (autoestimulación, heteromasturbación).
- V Anorgasmia relativa: cuando obtiene el orgasmo de una forma determinada; por ejemplo, anorgasmia coital.
- V Anorgasmia situacional: cuando puede alcanzar el orgasmo sólo en determinadas circunstancias específicas.

Causas

En la fisiología del orgasmo femenino intervienen más factores que en el masculino, y por lo tanto es más compleja. Por ello, los trastornos del orgasmo son mucho más frecuentes en las féminas. En ellas, el orgasmo se acompaña de una serie de contracciones reflejas de ciertos músculos genitales localizados en la vagina. Cualquier enfermedad o traumatismo en dicha zona, al igual que la ingesta de cualquier droga, e incluso algún fármaco concreto, pueden ser causas orgánicas que inhiban el orgasmo.

Por su origen, la anorgasmia puede ser causada por diversos factores, entre los cuales destacan:

- V Los de origen orgánico - natural; como son el (embarazo, el climaterio, la vejez, etc.
- V Los de origen patológico y medicamentoso; como son las enfermedades que afectan la respuesta sexual; así como los medicamentos que alteran la respuesta sexual.
- V Los origen sociocultural y psicológicos; entre los cuales se encuentra la falta o mala educación sexual, vergüenza, culpa, pecado, fobias, neurosis, psicosis, mala relación de pareja actual o pasada, ambiente familiar alterado, exceso de estrés, sentimientos negativos hacia el propio cuerpo, problemas de autoestima , etc.
- V Mutilación de genitales.[8]

V Dispareunia

El dolor genital es el factor esencial de la dispareunia. Este suele aparecer cuando se produce un tipo de relación coital, el dolor puede aparecer al inicio de la relación sexual en la entrada de la vagina, o sentirse más profundamente.

La existencia de coitos dolorosos puede desembocar en un problema de vaginismo.

En algunos casos una falta de excitación puede producir algún tipo de molestia debido a que no se han producido los cambios fisiológicos que facilitan el coito, cierto tipo de medicamentos como los antihistamínicos pueden reducir la lubricación y producir algún tipo de dolor en el interior de

la vagina. En otros casos el problema puede ser debido a infecciones vaginales, cistitis o el deslizamiento del útero hacia el canal vaginal.

Por dispareunia o coito doloroso se entiende la aparición de dolor durante el coito, bien al principio, bien a lo largo del desarrollo del coito o al final del mismo.

El dolor causado por la dispareunia o coito doloroso, puede implicar sensaciones de ardor, quemadura, contracción o dolor cortante; y su localización puede estar en la parte externa de la vagina, en la parte interna o en la región pélvica y el abdomen.

La frecuencia de la aparición del coito doloroso es muy variada; en algunos casos puede presentarse en todos los intentos de coito; en otros casos sólo en contadas ocasiones, o sólo en determinadas posturas. Es más, la mayoría de las mujeres que sufren de dispareunia han experimentado dolor en alguna ocasión durante sus actividades sexuales, pero la dispareunia o coito doloroso hace referencia a una condición crónica, es decir, el dolor aparece con relativa frecuencia y durante amplios períodos de tiempo.

No es infrecuente que si este problema se mantiene, la mujer progresivamente vaya perdiendo interés en su actividad sexual, facilitándose la aparición de la anorgasmia y del deseo sexual inhibido.

V Vaginismo

El vaginismo se caracteriza por una contracción involuntaria de la musculatura del tercio exterior de la vagina que dificulta o impide la penetración. En los casos en los que se produce la penetración esta será dolorosa puesto que la contracción muscular impide la apertura necesaria. El problema puede afectar gravemente a la pareja si esta basa únicamente sus relaciones sexuales en el coito, no obstante la mujer puede llegar al orgasmo mediante otros juegos amorosos que no implique penetración. En los casos más graves las expectativas de relaciones dolorosas pueden haber llevado a la mujer a una evitación de cualquier tipo de relación sexual.

V Anafrodisia o deseo sexual inhibido en la mujer

El deseo sexual inhibido es una de las disfunciones sexuales más comunes en las mujeres, pero no es frecuente que las personas acudan a consultar a un profesional para solucionar el problema. Ante la **falta de deseo**, generalmente se piensa que ya pasará y que más adelante volverá, así van pasando los días, las semanas y los meses sin que la situación se revierta.

El deseo es la base de las relaciones sexuales, es el primer impulso que luego conduce a la excitación y a que se realice el acto sexual en todos sus términos.

Muchas veces oímos a personas que tienen problemas con la excitación cuando en realidad el verdadero problema se encuentra en la **falta de deseo** inicial ya que es difícil lograr la excitación si previamente no se siente deseo.

Muchos pueden ser los factores para la **falta de deseo sexual** a continuación se trata de analizar algunos de ellos y las soluciones correspondientes.[9]

Causas de la falta de deseo sexual

El estrés que se menciona como factor desencadenante de muchas enfermedades, es también una de las causas más comunes de problemas sexuales y entre ellos de la **falta de deseo** sexual.

Una persona que trabaja demasiado, está inmersa en constantes preocupaciones por las cosas cotidianas no tendrá tiempo para ocuparse de su sexualidad por lo tanto difícilmente sentirá **deseo**. Si lleva a cabo una relación sexual, tal vez sea en forma rápida, porque el cansancio o las

preocupaciones le impiden disfrutar del momento.

Estas situaciones llevan a que las parejas vayan perdiendo el **deseo** y con él la frecuencia en las relaciones sexuales.

Es importante poder separar las obligaciones de la vida sexual y afectiva, para eso es necesario reconocer cuales son las cosas verdaderamente importantes y darles el tiempo y el lugar que les corresponde.

La mala relación en una pareja es otro de los factores que influyen en la pérdida del **deseo**.

Las discusiones, peleas, falta de interés de uno hacia el otro, malos tratos o resentimientos diarios no contribuyen a incentivar el erotismo.

Muchas personas se preocupan porque tienen **falta de deseo sexual**, pero no toman en cuenta que el sexo es sólo una parte en la vida de una pareja, si la relación cotidiana es mala el sexo no puede ser la excepción.

Es necesario encontrar los problemas de fondo y tratar de resolverlos por medio de la comunicación.

El aburrimiento puede terminar con el deseo en una pareja si no se toma conciencia de que se está cayendo en la rutina, la **falta de deseo sexual** es uno de los primeros indicadores de este problema.

Cuando las relaciones sexuales se llevan a cabo el mismo día de la semana, a la misma hora, en la misma situación y exactamente de la misma manera, no es muy difícil imaginarse que en un momento dado estará todo tan automatizado que no producirá ninguna motivación.

Hay que buscar romper la rutina, introducir cambios constantemente para que la sexualidad no se torne aburrida, que el momento del encuentro sexual sea deseado y esperado en lugar de una obligación que cumplir.

La depresión es uno de los trastornos que llevan a la **falta de deseo sexual** y a una total apatía respecto al sexo.

La persona deprimida se siente desganada y abatida lo cual no le permite sentir deseo o algún tipo de interés hacia el sexo.

Cuando se está atravesando un cuadro depresivo es necesario recibir ayuda profesional ya que es muy difícil que estas situaciones se reviertan por si solas.

Si las relaciones sexuales no son satisfactorias o se padece alguna disfunción como la anorgasmia en la mujer o problemas de erección o de eyaculación en el hombre, aparecerá la **falta de deseo sexual** como forma de enmascarar el verdadero problema.

Si el acto sexual resulta fallido poco a poco se van espaciando los intentos y bloqueando psicológicamente al deseo ya que siempre va a estar asociado al mal momento, la vergüenza o la frustración.

En estos casos también es imprescindible la consulta con un profesional para encontrar y solucionar las verdaderas causas del problema.

El paso del tiempo, la etapa de la menopausia en la mujer y la andropausia en el hombre provocan un descenso en los niveles hormonales y eso puede llevar a la **falta de deseo sexual o anafrodisia**.

Si se mantiene el cuerpo sano cuidando la alimentación y realizando algún tipo de ejercicio físico, la edad no es impedimento para una buena sexualidad.

La baja autoestima produce **falta de deseo sexual**, una persona que se siente disminuida, poco atractiva, no deseable o no muy exitosa en despertar interés sexual, va bloqueando el deseo en el convencimiento de que no tendrá una respuesta satisfactoria por parte de una pareja.

La terapia psicológica es de gran ayuda para revertir los conceptos negativos que se tienen de si

mismo, gracias a lo cual se obtienen mejoras no sólo a nivel sexual sino en todos los aspectos de la vida.

Algunas de las causas de la **falta de deseo sexual** de origen orgánico pueden ser los bajos niveles de testosterona, el hipotiroidismo o el aumento de prolactina.

Estos problemas se resuelven consultando al médico y recibiendo la medicación adecuada.

Algunos medicamentos provocan **falta de deseo sexual** como los antidepresivos, betabloqueantes, algunos utilizados para la hipertensión, el colesterol, la próstata, los diuréticos, la cimetidina para trastornos gástricos, entre otros.

En estos casos siempre se debe consultar con el médico y explicarle la situación a fin de saber si esos fármacos pueden ser cambiados por otros que no afecten la sexualidad.

2.4.1.2 DISFUNCIONES SEXUALES MASCULINAS

Las disfunciones sexuales en el hombre son más notorias que si se comparan con las disfunciones sexuales femeninas a continuación se describen cada una de ellas:

V Impotencia Sexual

La impotencia sexual se define como la incapacidad reiterada o continua (durante un periodo de al menos tres meses) para lograr y mantener una erección suficiente que permita completar una relación sexual satisfactoria.

Se ha denominado tradicionalmente como impotencia sexual a la incapacidad de realizar el acto sexual por no alcanzar o mantener la suficiente erección del pene para introducirlo o mantenerlo introducido en la vagina de la mujer durante el tiempo normal del coito.

La impotencia sexual es también definida como disfunción eréctil. La impotencia es un problema muy común que afecta muchos hombres por lo menos una vez durante la vida.

Según una investigación llevada en Estados Unidos, la incidencia de la impotencia varía con la edad y se incrementa en proporción de los hombres afectados: de 7 a 8%, para hombres de 20 a 39 años de edad y de 55-60%, para hombres de más de 70 años.

El más gran incremento es notado para hombres de 60-69 años de edad. Solo en América del Norte, se ha estimado que por lo menos 10 millones de hombres son víctimas de la impotencia sexual crónica y que por lo menos 20 millones además, tienen una forma menos severa de disfunción eréctil asociada a la edad: problemas crónicas de salud o problema psicológicos.

Aunque en el pasado la impotencia sexual era considerada como consecuencia de crisis psicológicas, sabemos ahora que 85-90% de todas las causas de disfunción eréctil tienen orígenes orgánicas como problemas vasculares, diabetes, hormonas sexuales, efectos de medicamentos, etc. La impotencia sexual puede ser considerada a veces como un problema ocasional o una ausencia total de erección, a la vez causada por factores psicológicos y fisiológicos intrincados.

Las causas psicológicas son muy a menudo la fuente de una impotencia sexual: el temor, la cólera, la frustración, la angustia de la hazaña, son las razones más frecuentes.

El factor psicológico es siempre importante, porque la disfunción eréctil puede afectar gravemente

la autoestima, provocar ansiedad y depresión y agravar el problema, a causa de la combinación de factores físicos y orgánicos.

Entre las causas de origen orgánico de una impotencia sexual están las causas generales, como los problemas vasculares: espesamiento del casco arterial o hendidura venosa precoz.[10]

Eyacuación Precoz

La **eyacuación precoz** se da en aquellos casos en que el hombre eyacula antes de lo deseado, es decir, que es el reflejo involuntario que le impide al hombre poder **controlar su eyacuación**. Esta disfunción afecta a un 30% de la población masculina y ha aumentado considerablemente en los últimos tiempos.[11]

Las causas que originan la **eyacuación precoz** varían según el individuo; sin embargo en la mayoría de los casos se deben a factores psicológicos y emocionales.

Hay casos donde la **eyacuación precoz** es causada por alguna disfunción de carácter orgánico relacionado con la anatomía del hombre.

La eyacuación precoz es la segunda disfunción mas frecuente en el hombre (la mas frecuente es la disfunción eréctil), este problema afecta a un 30% de la población masculina; pudiendo variar este porcentaje según el país que se tenga en cuenta.

La realidad es que la eyacuación precoz afecta a un gran porcentaje de los hombres causando frustración, decepción, rechazo y miedos.

Algunos años atrás este problema no era considerado una disfunción sexual, contrariamente se percibía como un síntoma común dentro de la sociedad asociado a la impotencia. Con el paso de los años la **eyacuación precoz** fue evolucionando en aspectos tales como cantidad de afectados, agravamiento del problema, hábitos sexuales, etc.

Hoy en día es considerada una disfunción sexual y es la preocupación diaria de un gran porcentaje de los varones.

Hay varios grados de **eyacuación precoz**, algunos más leves y otros más severos:

V Los mas leves se dan en aquellos casos en que el hombre eyacula entre los 3 y 8 minutos luego de comenzado el acto, estos se pueden agravar si no se los soluciona a tiempo.

V Los grados mas severos son aquellos en que el hombre eyacula antes de penetrar a su pareja o lo hace apenas segundos después de comenzada la penetración. Estos son los casos más severos y merecen ser tratados cuanto antes para que no evolucionen con el tiempo.

La realidad es que en la actualidad dependemos del sexo para muchas cosas, por ejemplo, la incidencia en nuestro estado de ánimo. Está comprobado que un hombre que vive sexualmente insatisfecho traslada esa insatisfacción a su vida cotidiana y origina un peso negativo difícil de soportar. Es por eso que la **eyacuación precoz** afecta al hombre tanto en su vida sexual como en su accionar diario, en el trabajo, en la sociedad, en la familia, etc.[12]

La eyacuación precoz puede ser consecuencia de infecciones urogenitales de la uretra posterior y de la próstata, así como de alteraciones de tipo neurológico, trastornos degenerativos, alteraciones vasculares, fármacos (antidepresivos, antihipertensivos, estimulantes y antigripales que contienen pseudoefedrina), desequilibrios hormonales y todas aquellas enfermedades que alteran los mecanismos reflejos de la eyacuación.[13]

Las afecciones psiquiátricas, como el trastorno bipolar y el trastorno por estrés postraumático, pueden causar también disfunción sexual. En estos casos, la mejor recomendación ha sido el conversar abiertamente con el profesional de salud de preferencia.

Ciertos factores no físicos comúnmente contribuyen a una eyaculación precoz. Aun cuando los hombres ocasionalmente subestiman la relación que existe entre su bienestar emocional y un acto sexual satisfactorio, la eyaculación precoz puede ser causada, temporalmente, por depresión, estrés relacionado con asuntos económicos, expectativas poco realistas sobre su capacidad sexual, una historia clínica de represión sexual o una falta generalizada de autoconfianza. Las dinámicas interpersonales y de grupos contribuyen a mejoras en la función sexual, de modo que la eyaculación precoz puede ser causada por una falta de comunicación entre las parejas y sus círculos sociales, por heridas emocionales o por conflictos no resueltos que interfieran con la habilidad de lograr una intimidad emocional. La eyaculación prematura neurológica puede conllevar asimismo a otras formas de disfunción sexual, o bien intensificar el problema subyacente, especialmente al crear ansiedad y zozobra relacionada con su rendimiento sexual. En otro contexto menos patológico, la eyaculación precoz puede deberse simplemente a un estado de extremo deseo y excitación sexual.

Algunas de las más recientes investigaciones se han enfocado en el papel que puede jugar la pareja femenina. Parece que existe una mayor incidencia de eyaculación precoz en hombres que cuya pareja sufre una inhibición del deseo sexual, debido al incremento del periodo de latencia o el lapso que existe entre cada relación sexual, factor intensamente relacionado con la eyaculación precoz.[14]

Pueden ser: mensajes antisexuales en la infancia, falta de información sexual, presión por parte de la pareja, ambiente familiar problemático, ansiedad, estrés, miedo al fracaso, dificultad en controlar los estímulos. El alcoholismo transitorio suele incrementar la libido del sujeto, mientras que la acentuada intensidad erótica ocasionada por el alcoholismo crónico puede venir acompañada de disfunciones sexuales, como la eyaculación precoz y la disfunción eréctil.[15] La eyaculación precoz en adolescentes puede aparecer o sostenerse con el concepto de que la actividad sexual es pecaminosa.[16]

Eyaculación Retardada

La forma en que concebimos la vida es un factor determinante en la sexualidad. Los cambios ocurridos en las últimas dos décadas no sólo cambiaron la forma en que la población vive el sexo, sino también que originó nuevas alteraciones sexuales.

Tal es el caso de la eyaculación retardada, que es la situación en la cual el hombre logra excitarse, consigue una buena erección, pero no es capaz de desencadenar el reflejo eyaculatorio, y si lo logra, es tardíamente.

Muchos de estos hombres, ante la tensión que generan por no poder acabar con el acto sexual, recurren a varias maniobras. Por un lado, algunos fingen que terminan, otros siguen intentándolo hasta que pierden la erección y por ende acaba el acto sexual sin eyaculación. Otros solo pueden terminar con estimulación manual.

Todas estas situaciones colocan a la pareja en una disyuntiva muy difícil que la induce a intentarlo una y otra vez, con grandes fracasos en cada intento.

Para la mujer, la situación también es incómoda. Ella ya terminó su respuesta sexual y el hombre continúa con sus embestidas pélvicas tratando de eyacular. Pasa tanto tiempo que la lubricación vaginal desaparece y los movimientos de penetración se vuelven dolorosos hasta el punto que puede ser ella la que le manifieste al hombre que "algo anda mal".

Hoy sabemos que más de la mitad de los varones que padecen de una eyaculación retardada o

ausente tienen problemas hormonales de fondo. La otra mitad son hombres que están tan preocupados porque su pareja disfrute el acto sexual, que retrasan la eyaculación hasta un punto en que esta sencillamente desaparece.

Se ha descrito algunos casos donde la eyaculación retardada o ausente se presenta sólo con una pareja y no con otras personas. También se ha descrito en ciertas situaciones apremiantes y no en ambientes tranquilos, pero siempre está como una sombra en la mente del hombre, que teme no poder funcionar adecuadamente ante una nueva relación sexual.

Los tratamientos son simples, sencillos y van precedidos de una serie de preguntas y exámenes que nos permiten dilucidar la causa, para instaurar la solución

Causas psicopatológicas

Estas son algunas de las causas psiquiátricas más frecuentes que pueden ir asociadas con trastornos eyaculatorios:

- V Depresión
- V Trastornos de Ansiedad Generalizada (TAG)
- V Fobias
- V Astenia
- V Aversión sexual
- V Personalidades obsesivas
- V Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

V Coito doloroso en el hombre

Aunque por lo general se considera la dispareunia como un trastorno típico de la mujer, también puede producirse en el hombre, si bien su incidencia es muy escasa. En la mayor parte de los casos se refiere a dolor en la eyaculación, bien centrado en el pene (lo más frecuente), bien en los testículos o en los órganos internos. Lo más habitual es que se deba a infecciones de la uretra, vesículas seminales, glándula prostática o incluso de vejiga urinaria. Lo mismo que en el caso de la mujer, se suele imputar el dolor en causas orgánicas, como la inflamación o infección del pene, el prepucio, los testículos, la uretra o la próstata, o anormalidades estructurales del pene). No obstante, al menos en la mitad de los casos parecen fundamentales los factores psicológicos como educación inadecuada, miedo a la relación o a la penetración, aprendizaje de experiencias anteriores traumáticas.[17]

V Anafrodisia o deseo sexual inhibido

Es una inhibición persistente o difusa del deseo sexual o la libido existiendo un bloqueo en la apetencia sexual, con lo que la frecuencia de relaciones disminuye considerablemente, siendo a veces casi nula.

Existen algunos síntomas o manifestaciones algo comunes: si notamos que ya no nos apetece hacer el amor con nuestra pareja, ni perdernos en fantasías eróticas, que para excitarnos hemos de manipular antes nuestros genitales, e incluso sentimos rechazo ante la idea de compartir momentos íntimos con quien amamos, puede que seamos víctimas de esta disfunción sexual.

Entre las causas que pueden haber disminuido la libido podemos encontrar, por un lado, **alteraciones hormonales que han provocado una disminución en la producción de estrógenos en el caso de las mujeres, o la testosterona, tanto en el supuesto de hombres como**

de mujeres. Por ejemplo, tomar la píldora anticonceptiva puede ocasionar, como efecto secundario, la disminución o “desaparición” de la libido.

También el hecho de estar viviendo situaciones de **estrés, ansiedad, depresión, problemas afectivos, pueden provocar en nosotros sentimientos de** rechazo hacia el sexo. Nuestro estado de ánimo influye directamente en nuestro rendimiento sexual y si padecemos angustias vitales, terror al embarazo, o alteraciones emocionales, puede verse mermado nuestro deseo carnal.

La anafrodisia, si bien es más frecuente en mujeres, es entre los hombres donde produce mayor preocupación. Lo ideal, en todo caso, es poder hablarlo abiertamente con tu pareja y encontrar las causas subyacentes para así aplicar el tratamiento adecuado. Los conflictos surgidos por no coincidir a la hora de hacer el amor causan infelicidad, reproches y frustración en la relación, por lo que fomentar una **comunicación sana y sin complejos es la manera de comenzar a solucionar cualquier problema.**

Los adolescentes necesitan padres que los dejen crecer, no los sofoquen, puedan ir a su propio ritmo. Deben estar cerca sin agobiar. Los miedos de los padres pueden aparecer ante la posibilidad del inicio de los hijos en relaciones sexuales transmitiendo temor en los mismos, es de entender que el mismo aparece como una evitación de situaciones que pueden afectar negativamente en la vida emocional o familiar de los adolescentes, muchos se inician con sentimiento de culpa y angustia ante estos miedos paternos. Es muy importante que se fomente la educación y el diálogo con la familia

Las disfunciones sexuales son situaciones que se presentan con mucha frecuencia. Ante la presencia de cualquier tipo de disfunción sexual, se hace necesario tratar el tema, abiertamente, con la pareja, y consultar con el médico. Él es el más capacitado para indicar el tratamiento más adecuado.

Es muy importante recordar que, con los tratamientos que existen en la actualidad, se puede solucionar cualquier problema de disfunción sexual, permitiendo disfrutar de una vida sexual más placentera, sobre todo si se detectan precozmente.

La educación afectiva y sexual puede ser una oportunidad de conversar sobre los temas de interés de los adolescentes, una ventana para dialogar, no la sola entrega de información.

La educación afectiva y sexual es fundamentalmente un proceso basado en el día a día, comunicarse acerca de estos temas con naturalidad al ritmo que los adolescentes necesiten. Apoyarse en ejemplos: libros, revistas, videos; otras veces, simplemente aprovechar las oportunidades tal como se presentan a causa de un comentario, a raíz de una película o programa de TV. Así se puede aprovechar la ocasión para hablar de la sexualidad como algo cotidiano.[18]

2.4.2 MEDIDAS PREVENTIVAS SOBRE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

La prevención de cualquier evento es imposible si se desconocen sus causas, por ello, y más aun en torno a la sexualidad, para educar y atacar la raíz de las disfunciones sexuales es preciso determinar cuales son las causas, lo importante entonces es tener una vista clara de cual es el origen del trastorno, determinar sus estadios tempranos y observar su aparición en distintos niveles de la sociedad, escuelas, universidades; para proponer una conducta alternativa, como reza otro antiguo aforismo, se debe encontrar primero la tuerca suelta antes de intentar apretarlas todas.

La prevención no solo se refiere a eliminar aquellos patrones nocivos existentes, sino que se refiere a preparar al individuo para reaccionar frente a situaciones que le puedan provocar ansiedad interfiriendo en sus relaciones sexuales, esto mediante la educación o reeducación.

La prevención comienza por la educación, trabajando con el conocimiento de cada persona, es como tallar la madera, el conocimiento se construye y se enriquece con conceptos científicos y estadísticos, para lo cual los profesionales de la salud debemos capacitarnos.

La prevención de adicciones a las drogas legales como ilegales es muy importante en el origen de disfunciones sexuales, continuamente se observa los pasatiempos de diferente índole que alientan el consumo.

La Educación Sexual es una herramienta fundamental para la Prevención de las Disfunciones Sexuales, ayudaría a reducir los riesgos que corren nuestros jóvenes; adquirir experiencia con conocimiento formal previo en el terreno sexual evitando desarrollar conductas sexuales disfuncionales, ayudando a prevenir el embarazo no oportuno, las infecciones de transmisión sexual, adicciones, mediante la adquisición de conocimiento adecuado, útil, para llevar a cabo una vida sexual saludable, placentera y sin riesgos.[19]

[pic]

2.4.3 PROVISIÓN DE SERVICIOS PARA LAS DISFUNCIONES SEXUALES

En El Salvador el ente encargado de la provisión de servicios de salud es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el cual posee una serie de programas dirigidos a la población salvadoreña, uno de ellos es el programa de “atención integral al adulto masculino” en donde el objetivo principal es promover la adopción de estilos de vida saludable en los Adultos Masculinos, que contribuyan a modificar sus condiciones de salud a través de acciones integrales de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, involucrando la participación activa y efectiva multisectorial y comunitaria.

El programa cuenta con estrategias para llegar a cumplir el objetivo principal las cuales se enfocan en la promoción y facilitación de la atención integral en salud, fortalecimiento de la promoción en salud para promover la creación de ambientes saludables y la adopción de estilos de vida saludable, fortalecimiento de la intersectorialidad mediante la coordinación de acciones que integren a los diferentes actores relacionados con las actividades del programa, fomento de la participación social como elemento clave para alcanzar los objetivos del programa, fortalecimiento de la equidad en la atención y prevención en salud dirigida al adulto masculino, promoción y apoyo de los procesos para lograr el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud, desarrollar acciones para promover investigaciones sobre la situación de salud del adulto masculino, y fortalecimiento del recurso humano mediante la capacitación continua para mejorar la eficiencia en la provisión de servicios de salud.

Además cuenta con estrategias operativas para implementar lineamientos para la promoción de estilos de vida saludables, fortalecer las acciones de educación en salud sexual y reproductiva, con énfasis en planificación familiar, implementar mecanismos para la ampliación de la cobertura de atención, ejecución de proyectos de investigación sobre la situación de salud del adulto masculino y fortalecer la vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.

Entre los componentes y sus principales actividades que tienen relación a las disfunciones

sexuales están en el componente de “salud sexual” su actividades son promover métodos de planificación familiar, valoración de riesgo de ITS/VIH/SIDA, identificación de la pareja infértil, atención de la impotencia sexual y la andropausia, detección precoz del cáncer de próstata, promoción de la masculinidad y reproductiva.

El componente de “promoción de la Salud” desarrolla las siguientes actividades: implementar estrategias de promoción en salud dirigidas al Adulto Masculino, que incluyan el enfoque de género y desarrollen actividades de información educación comunicación sobre estilos de vida saludables

V Educación Nutricional.

V Promoción de la Salud Mental.

V Promoción de la Salud Bucal.

V Educación Sexual y Reproductiva.

V Prevención de Accidentes.

V Prevención de Intoxicaciones.

V Promoción para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles.

V Promoción de la Salud Ambiental.

V Promover la implementación de los servicios de salud ocupacional.

V Inmunización con DT Adulto. [20]

2.4.3.1 ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA MUJER

También en El Salvador existe un programa que esta dirigido a la atención integral a la mujer el cual tiene como objetivo el contribuir a mejorar el nivel de salud de la mujer, mediante el desarrollo de intervenciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud.

Teniendo los componentes programáticos contemplados en el PAO (Programa de Atención Obstétrico) 2,002 de la Gerencia de Atención Integral a la Mujer, toman como marco de referencia los componentes contemplados en el Programa Nacional de Atención a la Mujer, y la oferta de servicios definida por cada uno de ellos. Se ha incorporado la Investigación Operativa como base para la toma de decisiones en los niveles operativos.[21]

Los componentes programáticos y la oferta de servicios son:

| COMPONENTE

| OFERTA DE SERVICIOS

|

Promoción de la Salud	Prevencción del Abuso Físico.
	Promoción del autocuidado de la salud.
	Educación Nutricional.
	Educación en Salud Sexual y Reproductiva.
	Promoción y Educación en Salud Bucal.
Salud Sexual y Reproductiva	Atención del embarazo, parto y puerperio.
	Planificación Familiar.
	Cáncer Cérvico Uterino.
	ITS/VIH/SIDA.
Investigaciones Operativas	Investigaciones en Salud Sexual y Reproductiva.
	Investigaciones en ITS/VIH/SIDA.
	Investigaciones en Nutrición.
	Investigaciones en Salud Bucal.

2.4.4 ASPECTOS CULTURALES RELACIONADOS CON LAS DISFUNCIONES SEXUALES

En la sociedad salvadoreña se ve que los aspectos culturales ya sea sociales o educativos ocasionan disfunciones sexuales entre los que se puede mencionar están:

El factor económico influye en el comportamiento sexual de las personas. Cuando se vive en familias numerosas y se vive en una sola habitación por falta de recursos, la sexualidad carece de privacidad y por tanto se ve alterada. Las familias de escasos recursos también presentan escaso nivel cultural y podremos encontrar mayor represión hacia la sexualidad de las mujeres y los hombres. Las presiones por la falta de trabajo o la escasez de medios económicos generan estrés y presión de la propia familia, lo cual también afecta los estados emocionales de las personas y por lo tanto su desempeño sexual se ve alterado.[22]

Las malas experiencias sexuales es otro aspecto que en muchas personas se presentan alteraciones de la respuesta sexual a causa de algún evento sexual traumático. Es muy sabido de las secuelas en niños o niñas atacados sexualmente. Además existe secuelas por la primera experiencia sexual cuando ha sido frustrante o dolorosa, o los que se dan en los muchachos o muchachas que al ser sorprendidos masturbándose, reciben fuertes castigos o amenazas sobre el daño que este acto puede ocasionarles. En nuestro país es muy frecuente que las mujeres sufran de abuso sexual a edades tempranas.[23]

Otro aspecto muy importante es la educación tanto la que se recibe en el hogar, en la escuela y en la sociedad, puede dejar una profunda huella en la personalidad y en su comportamiento. Así mismo, en el comportamiento sexual. Por ejemplo, las personas que tiene la creencia de que la sexualidad es pecado y algo de lo que hay que avergonzarse, puede ver limitada su capacidad de disfrutar las relaciones sexuales, así como el valor extremo que se le confiere a la virginidad y a la castidad[24].

La falta de información seria de la sexualidad, también genera disfunciones sexuales, ya que se tienen ideas erróneas que generan mitos y limitaciones para ejercer la sexualidad por ejemplo la mujer tiene menos apetencia o deseo sexual que el hombre, para que una relación sexual sea plena tiene que haber coito, El orgasmo tiene que ser conseguido por los dos miembros de la pareja a la vez, la disfunción eréctil significan lo mismo que la eyaculación precoz, Si las relaciones sexuales no son siempre satisfactorias eso significa que la relación de pareja no funciona, etc. Tal es el caso de las mujeres que sienten la presión por ser la mejor amante para que su pareja no las

abandone, lo cual conlleva a sentimientos de desvalorización.

Como hemos visto, la sexualidad es muy vasta y sus formas de disfrute y de alteración del disfrute de la sexualidad son muy variadas y por lo tanto al presentarse cualquier incomodidad física, emocional o psicológica, se debe recurrir al Sexólogo que es el especialista adecuado para tratar este tipo de alteraciones[25].

Es diferente la atención a hombres y mujeres, ya que ambos géneros enfrentan las disfunciones sexuales de distinta forma.

Por razones culturales o de educación, los hombres tienen muy presente el concepto del 'rendimiento', de la necesidad de satisfacer a la pareja. Su enfoque es más competitivo, por lo que cuando presentan algún problema se sienten muy afectados en su ego masculino.

“Para las mujeres es muy importante que su pareja sea quien disfrute y aún cuando se habla mucho de que las nuevas generaciones están más conectadas con su cuerpo y con su propio placer, no son muchas las que de verdad lo ven así y terminan postergándose, llegando luego a la frustración y a la insatisfacción”.

En este tema existen muchos condicionantes sociales y culturales, así como también muchos mitos. Esto condiciona la vida sexual de las parejas a ciertos parámetros o conductas esperadas[26].

2.5 POLICÍA NACIONAL CIVIL, DIVISIÓN DE EMERGENCIAS 911

El 16 de enero de 1992 se firmaron los Acuerdos de Paz entre el Gobierno de El Salvador y la Comandancia General del FMLN que dieron fin a una guerra civil de más de 11 años. Con la firma, se estampaba el inicio de un nuevo El Salvador, y con él una nueva Policía Nacional Civil, la cual sería regida por un verdadero espíritu de servicio a favor de la dignidad humana.

El acuerdo firmado incluía también la creación de la Academia Nacional de Seguridad Pública, la cual se encargaría de entrenar y capacitar académicamente a todos los ciudadanos salvadoreños que conformarían la nueva Policía Nacional Civil.

El entonces Presidente de la República de El Salvador Lic. Alfredo Cristiani Burcard, dio el primer paso firme en cumplimiento de la firma de los Acuerdos Paz, cuando en 1993 nombro como primer Director de la Policía Nacional Civil al Lic. José María Monterrey.

En este contexto y mientras se preparaban los nuevos agentes y oficiales de policía, que suplantarían a la Policía Nacional de aquel entonces, se creó la Policía Auxiliar Transitoria (PAT) integrada por alumnos de la naciente Academia Nacional de Seguridad Pública.

Por fin llegó el primer e histórico despliegue de la recién nacida Policía Nacional Civil el 13 de marzo de 1993, en el norteño Departamento de Chalatenango, lugar que fue sede de la primera reunión entre representantes del FMLN y el ex Presidente de la República José Napoleón Duarte en 1986. Por la búsqueda de la Paz.

En este marco, la Policía Nacional Civil inicio su proceso interno de profesionalización, con fuertes cursos de adiestramiento en el extranjero, en donde la comunidad internacional jugo un papel muy importante con nuestros policías.

Así, la Policía Nacional Civil, inicio su proceso de creación de Áreas Especializadas, como la División de Fronteras, Finanzas, Antinarcóticos, Medio Ambiente, Investigación Criminal, (apoyada por el Laboratorio Científico del Delito), Transito Terrestre, Seguridad Publica, Emergencias 911 (apoyada por la Unidad de Mantenimiento del Orden), y la División de Armas y Explosivos, esta ultima se encargaría de terminar con el rastreo de armas enterradas, remanentes de la recién acabada guerra; una tarea que inicio el Programa Desminado de las Naciones Unidas.

Con todo esto, en 1994, se termino la totalidad del despliegue de la nueva Policía Nacional Civil a nivel Nacional, con 19 Delegaciones y 151 puestos policiales. [27]

La visión principal de la PNC se basa en ser una institución policial moderna y profesional, con alto prestigio nacional e internacional que goce de la confianza y credibilidad ante la población salvadoreña, por la eficacia de sus servicios orientados a la comunidad.

Con esta visión la institución esta dedicada a proteger y garantizar los derechos y libertades de las personas, con estricto apego al respeto de los derechos humanos, al servicio de la comunidad creada para garantizar el orden y la tranquilidad pública a fin de contribuir al desarrollo integral del país y con ello al fomento de un auténtico estado de derecho y democracia.

Dentro de la Policía Nacional Civil existe la unidad de Emergencia 911, la cual proporciona un servicio oportuno de atención al ciudadano, ante cualquier emergencia o en aquellas situaciones de socorro y servicio que requieran el inmediato accionar policial ya sea de carácter preventivo o represivo. Presta sus servicios las 24 horas del día.

La División de Emergencias 911 tiene como objetivo principal único y exclusivo objetivo el brindar auxilio inmediato ante cualquier situación de Emergencia tanto delincencial como social, a toda la ciudadanía a nivel nacional; asimismo el desarrollar actividades de carácter preventivo antidelinquenciales a través de los patrullajes permanentes durante las 24 horas, garantizando así la tranquilidad y seguridad en las diferentes zonas de responsabilidad.[28]

Organización de la División de Emergencias 911

Sub comisionado

Inspector Jefe

Personal administrativo (14)

Rescate (13)

Sargentos (3)

Sub inspectores (9)

Cabos (7)

Agentes (260)

2.6 MODELO PRECEDE-PROCEED

El Modelo PRECEDE fue construido bajo una visión multidisciplinaria e intersectorial, por Green, Kreuter, Deeds y Partridge, quienes lo publicaron en 1980 en la obra titulada: Health Education Planning. A diagnostic Approach. En 1991, Green y Kreuter publicaron la primera edición de Health Promotion Planning. An Educational and Ecological Approach, en la cual, en una reorientación teórica, incorporaron lo ambiental y ecológico al Modelo PRECEDE y los factores de política, normativos y organizacionales en el desarrollo educacional y ambiental, lo cual denominaron PROCEED.

El Modelo PRECEDE/PROCEED por sus siglas en inglés (PRECEDE) Predisposing, Reinforcing, and Enabling constructs in educational/environmental diagnosis and evaluation, (factores predisponentes, reforzadores y facilitadores en el diagnóstico educacional y ambiental y su evaluación), (PROCEED) Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development (Factores Políticos, Reguladores y Organizacionales en el Desarrollo Educacional y Ambiental), está fundamentado entre otras, en las ciencias sociales y del comportamiento, en la epidemiología, administración y educación. Como tal, se reconoce que el proceso salud-enfermedad en sus diversas expresiones, tiene múltiples causas, las cuales deben ser evaluadas con la finalidad de asegurar una adecuada intervención educativa para la promoción de la salud. La naturaleza amplia del Modelo permite ser aplicado tanto a nivel individual como colectivo y en una variedad de escenarios: escuelas, hospitales, ambiente laboral, comunidades. Los autores explicitan la fortaleza teórica-metodológica del Modelo en las posibilidades que ofrece para la planificación, necesidad central de la promoción y de la educación para la salud.

Luego de ser transformado el PRECEDE en PRECEDE/PROCEED, el Modelo pasó de siete fases a nueve, a saber:[29]

1. Diagnóstico social.
2. Diagnóstico epidemiológico.
3. Diagnóstico ambiental y del comportamiento.
4. Diagnóstico educacional y ecológico.
5. Diagnóstico administrativo y de políticas.

6. Implementación.
7. Evaluación del proceso.
8. Evaluación del impacto.
9. Evaluación de resultados.

Para fines de esta investigación se trabajó con la fase 4 del Modelo PRECEDE-PROCEED “Diagnostico Educativo y Organizacional”. Esta fase esta dirigido a la base de la investigación acumulativa acerca de conductas sociales o de salud, esta fase abarca tres factores; factores predisponentes, factores facilitadores y factores reforzadores de estos se tomará en cuenta los factores predisponentes, como son conocimientos, actitudes y creencias en este caso, que tienen acerca de las disfunciones sexuales las mujeres y hombres que pertenecen a la Policía Nacional Civil, División de Emergencias 911, Delegación Central.[30]

Modelo PRECEDE – PROCEED

2.7 MODELO DE CREENCIAS EN SALUD

El modelo de creencias en salud fue inicialmente desarrollado en los años cincuentas por un grupo de psicólogos sociales en el servicio de salud pública de los Estados Unidos en un esfuerzo por explicar la falla muy generalizada de la gente para participar en programas preventivos y detectar enfermedades.

El modelo de creencias en salud creció en base a preocupaciones reales sobre el éxito limitado de varios programas del servicio de salud pública, muchas investigaciones han ayudado a expandir y clarificar el modelo de creencias en salud y extenderlo más allá de las investigaciones para la detección precoz para incluir todas las acciones preventivas, comportamiento de la enfermedad, y comportamientos del rol del enfermo. Ahora se cree que los individuos van a tomar acción para detectar tempranamente o para controlar condiciones de enfermedad si ellos se ven como susceptibles a la condición, si ellos creen que esto tiene potencialmente serias consecuencias, si ellos creen que un curso de acción disponible para ellos sería beneficioso para reducir ya sea la susceptibilidad o la gravedad de la condición, y si ellos creen que las barreras anticipadas de tomar acción son excedidos por sus beneficios.[31]

Componentes del modelo

- Susceptibilidad Percibida

Se refiere a la percepción subjetiva de uno, del riesgo de contraer una condición de salud

- Gravedad percibida

Sentimientos concernientes a la seriedad de contraer una enfermedad o de dejarla sin tratar.

- Beneficios percibidos

Creencias con respecto a la efectividad de varias acciones disponibles para reducir la amenaza de la enfermedad.

- Barreras percibidas

Posibles aspectos negativos de una acción particular de salud

El cambio de conducta ocurre si el individuo teme las consecuencias de su conducta, este cambio le trae beneficios a un costo aceptable, y cree que pueden vencer las barreras que se le presenten. Teniendo en cuenta lo anterior se toma como referencia este modelo para investigar las creencias que tienen acerca de las disfunciones sexuales las mujeres y hombres que pertenecen a la Policía Nacional Civil, División de Emergencias 911, Delegación Central, para poder de esta manera sustentar con base teórica este documento y poder profundizar en un mundo de mitos, tabúes y los grados de susceptibilidad, gravedad, beneficios y barreras percibidas de esta población.[32]

2.8 TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA

Los esfuerzos de Fishbein para entender los procesos psicológicos fundamentales por los cuales las actitudes podrían servir como causa de comportamiento, primero aparecieron en la literatura publicada en los años sesenta (Fishbein, 1960). Aun que algunos investigadores de actitudes han afirmado que la atención a los procesos psicológicos que fundamentan las correlaciones comportamiento-actitud es un desarrollo relativamente reciente en la psicología social (ejemplo Zannaifazio, 1982), esta afirmación no es del todo exacta.

El modelo de Fishbein, el cual, él y Ajzen más tarde llamaron la Teoría de la Acción Razonada, fue presentada cerca de 20 años atrás y sin duda provee de los procesos psicológicos que median

relaciones observadas entre actitudes y comportamientos.

Construyendo sobre una teoría que Dulany (1961-1968) propuso para explicar el rol de la conciencia en condicionamiento verbal, fishbein sugirió que la causa próxima del comportamiento es la intención para incurrir en el comportamiento. Las actitudes influyen en el comportamiento por su influencia en las intenciones, las cuales son decisiones para actuar de manera en particular. La clase de actitudes tomadas en consideración en la teoría de la acción razonada son las actitudes hacia el comportamiento, éstas entran al modelo como una de las determinantes de la intención.

El modelo causal resume la teoría de la acción razonada:

- (a) El comportamiento es determinado por la intención de incurrir en el comportamiento,
- (b) La intención es determinada por la actitud hacia el comportamiento y la norma subjetiva,
- (c) La actitud es determinada por las creencias de comportamiento y la evaluación de los resultados obtenidos y
- (d) La norma subjetiva es determinada por las creencias normativas y la motivación para cumplir con los referentes.

La teoría tiene un carácter razonable inherente que está correctamente capturado por el nombre Teoría de la Acción Razonada.[33]

La teoría de la acción razonada toma en cuenta las actitudes, comportamientos, y la intención de las personas, es por ello que se ha utilizado para respaldar y sustentar la investigación en relación a uno de sus componentes, las actitudes que tienen acerca de las disfunciones sexuales las mujeres y hombres que pertenecen a la Policía Nacional Civil, División de Emergencias 911, Delegación Central. Y poder de esta forma lograr obtener un resultado objetivo y que sirva para la realización de intervenciones a futuro.

2.9 TÉRMINOS BÁSICOS

A

V Actitud: Actitud es un estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones.

V Ansiedad: es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel adecuado, o por el contrario ante el temor de perder un bien preciado.

V Anafrodisia: O deseo sexual inhibido se trata de una inhibición de la excitación en general. Se presenta por una falta de sentimientos eróticos, siendo para estas personas la relación sexual como un castigo. La situación provoca insatisfacción y depresión, formulando constantemente excusas como posibilidad para evitar una relación sexual.

C

V Clímax: es el punto de mayor intensidad o fuerza en una serie creciente; esto es, la culminación. El término "clímax" tiene muchas connotaciones específicas y usos

V Comportamiento: Es la manera de conducirse las personas u organismos, en relación con su entorno o mundo de estímulos. El comportamiento puede ser consciente o inconsciente, voluntario o involuntario, público o privado, según las circunstancias que lo afecten.

D

V Disfunción: Es una alternación de una función orgánica.

V Disfunciones sexuales: Se llama disfunción sexual a la dificultad durante cualquier etapa del acto sexual (que incluye deseo, excitación, orgasmo y resolución) que evita al individuo o pareja el disfrute de la actividad sexual.

V Depresión: Es un trastorno del estado de ánimo que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

E

V Erotismo: Connota y denota a todo lo relacionado con la sexualidad y no simplemente con el acto sexual físico sino también todas sus proyecciones.

V Esmegma: es una secreción que suele acumularse en el espacio balanoprepucial (entre el prepucio y el glande del pene) tanto en los varones incircuncisos como en el clítoris de las mujeres. Esta secreción procede del recambio celular del glande y de la porción interna del prepucio, junto con el sebo proveniente de las glándulas de Tyson.

V Estrés: Es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.

V Eyaculación: Es la expulsión o emisión de semen a través del pene, acompañada de sensaciones placenteras. Las primeras eyaculaciones se suelen producir mientras se tiene un sueño erótico. A esas primeras emisiones se les llama torarquía o semenarquía.

V Erección: Consiste en el proceso de endurecimiento, tumefacción y elevación del pene. Se produce como respuesta a estímulos sexuales y también se puede producir durante el sueño o por una estimulación física.

V Estimulo sexual efectivo (ESE): Cualquier situación, acción, objeto, que provoque una respuesta sexual se le denomina ESE, el cual es capaz de iniciar una respuesta sexual en el ser humano. Los estímulos pueden provenir del propio organismo o del exterior.

V Excitación: Es la fase en la que se identifica en la mujer la lubricación y en el hombre la erección. La erección del pene en el hombre y la lubricación vaginal en la mujer son respuestas a estímulos sexuales con los que estamos en contacto y que producen una respuesta sexual y la energía corporal, emocional y erótica provocan respuestas en los órganos sexuales.

F

V Falocentrismo: Característica de las sociedades que, simbólicamente y en la práctica, avalan el predominio de los hombres sobre las mujeres con base en una mayor valoración del órgano sexual masculino (falo) como centro de la creación humana, de tal forma que dichas sociedades no sólo están dominadas por los “machos” (portadores del falo), sino también lo exaltan como valor y referencia absoluta.

H

V Hipotiroidismo: es la disminución de los niveles de hormonas tiroideas en plasma sanguíneo y consecuentemente en tejidos, que puede ser asintomática u ocasionar múltiples síntomas y signos de diversa intensidad en todo el organismo.

I

V Intención: es un constructo psicológico que representa la motivación de la persona en el sentido de su plan conciente para esforzarse para llevar a cabo el comportamiento.

L

V Libido: Significa deseo sexual, la conducta sexual y también es identificada como energía psíquica, fisiológica y emocional, energía asociada a la conducta sexual.

M

V Machismo: es el conjunto de actitudes y prácticas sexistas vejatorias u ofensivas llevadas a cabo contra las mujeres.

V Meseta: Si el estímulo sexual sigue siendo efectivo, se llega al punto máximo de la excitación y se pasa a la fase de transición hasta que se llega al umbral donde se desencadena el orgasmo, la cual se conoce como meseta.

V Masculinidad: Se entiende por masculinidad un conjunto de atributos asociados al rol tradicional de la categoría hombre. Algunos ejemplos de esos atributos son la fuerza, la valentía, la virilidad, el triunfo, la competición, la seguridad, el no mostrar afectividad etc. De manera que a lo largo de la historia de (al menos) los países occidentales, y todavía hoy día, las personas consideradas hombres han sufrido una gran presión social para responder

delante las demás con comportamientos asociados a esos atributos.

V Mitos: es un relato tradicional de acontecimientos prodigiosos, protagonizados por seres sobrenaturales o extraordinarios, tales como dioses, semidioses, héroes o monstruos.

O

V Orgasmo: Es el clímax explosivo de una relación sexual. Es la liberación repentina, placentera hasta un punto casi insoportable, de tensión sexual que se va acumulando de manera continua desde que se inicia la excitación.

P

V Patriarcado: la condición sociológica en que los miembros masculinos de una sociedad tienden a predominar en posiciones de poder; mientras más poderosa sea esta posición, más probabilidades que un miembro masculino retenga esa posición.

V Predisposición: Es la preparación o inclinación de algo para algún propósito, pero no implica ni conduce necesariamente a su logro o culminación.

V Pene: es el órgano copulador masculino, que interviene, además, en la excreción urinaria.

V Período refractario: Fase en la cual la respuesta sexual esta disminuida, también se puede entender como el tiempo de reposo necesario para poder desencadenar la respuesta sexual ante un estímulo sexual efectivo.

R

V Resolución: Consiste en la involución de los fenómenos que originaron las fases anteriores. Es el retorno a las condiciones basales del organismo y de las emociones.

S

V Sexualidad: Es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan cada sexo. También es el conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo.

T

V Tendencia: Es la dirección en la cuál se mueven los activos estudiados. La causa por la cual existen éstas tendencia es el equilibrio entre la oferta y la demanda.

V Tabú: Esta palabra designa a una conducta, actividad o costumbre prohibida por una sociedad, grupo humano o religión, es decir, es la prohibición de algo natural, de contenido religioso, económico, político, social o cultural por una razón de utilidad social.

CAPITULO III

3.0- DISEÑO METODOLÓGICO

3.1- TIPO DE ESTUDIO

Según el análisis y el alcance de los resultados el estudio fue descriptivo porque sirvió de base para otras investigaciones y estuvo dirigido a determinar como es y como está la situación de la variable que se estudió en la población.

Según el periodo y secuencia del estudio la investigación fue transversal porque se estudiaron las variables simultáneamente en determinado momento haciendo un corte en el tiempo.

3.2- POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1- POBLACIÓN

La población estuvo constituida por 382 agentes de la Policía Nacional Civil, División de Emergencias 911 De los cuales 325 son del sexo masculino y 57 del sexo femenino.

3.2.2- MUESTRA

La muestra estuvo constituida por el 20% de la población, dando un total de 76 agentes de la Policía Nacional Civil, División de Emergencias 911. De los cuales 65 son hombres y 11 mujeres.

3.2.3- TIPO DE MUESTREO

Se seleccionó el muestreo estratificado debido a las características del universo, ya que éste fue dividido en dos grupos, (hombres y mujeres).

3.3- UNIDADES DE ANALISIS

Hombres y mujeres que pertenecen a la Policía Nacional Civil, División de Emergencias 911, Delegación Central

3.4- TECNICAS E INSTRUMENTOS

V TECNICA: Encuesta

V INSTRUMENTO: Cuestionario

3.5- PROCEDIMIENTO

Por medio de la gestión del grupo investigador con las autoridades de la División de Emergencias 911 Delegación Central se obtuvo el permiso para llevar a cabo la investigación en dicha institución, se hizo un recorrido por las instalaciones para la identificación de las diferentes áreas existentes. La recopilación de datos para la investigación se hizo a través de cuestionarios que complementaron las mujeres y hombres que laboran en la División de Emergencias 911, Delegación Central, de los 4 diferentes grupos de agentes policiales en horarios accesibles, en el transcurso del primer semestre del año 2010. Previo a la administración de los instrumentos en la institución antes mencionada se realizó una prueba piloto en una instancia de la misma institución pero diferente población para la comprobación y aceptación de la encuesta, antes de administrar

los instrumentos a los objetos de estudio se les adiestro para el manejo y complementación de este. Después de la validación del instrumento con la prueba piloto se administro el cuestionario a la población meta; teniendo completos los instrumentos se procedió a la respectiva tabulación y análisis de los datos obtenidos para concluir en la socialización con las autoridades involucradas.

3.6- PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS

Los datos recolectados en la investigación fueron procesados en el programa EXCEL, en el cual cada instrumento fue registrado en dicho programa de forma digital pudiendo obtener los datos necesarios de forma clara y ordenada; luego estos fueron ubicados en tablas y gráficos que atendiendo los objetivos permitieron presentar la información en forma clara y sistemática. Pudiendo así facilitar la metodología para el análisis de los datos de la respectiva investigación.

3.7- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

Variable	Definición operativa	Dimensiones	Sub dimensiones	In
Conocimientos, actitudes y creencias que tienen acerca de las disfunciones sexuales las mujeres y hombres que pertenecen a la división de emergencias 911, delegación central de la policía nacional civil.	Elementos cognitivos, tendencias y mitos que tienen hombres y mujeres acerca de dificultades durante cualquier etapa del acto sexual (que incluye deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución) que evita al individuo o pareja el disfrute de la actividad sexual.	Conocimientos	Tipos	Ca co di se
		Actitudes	Predisposición	Im ad ac di se
			Intención	Op ac di se
			Norma subjetiva	Im ch la di In
Creencias	Tabúes y mitos	Op Fa Am Co	Im ch no di Mi di se	

|
|
|
|
|
|
|

|
|
|
|
|
|
|

|
|
|
|
|
|
|

|
|
|
|
|
|
|

Expectaciones

Amenaza

Ta
di
se
Be
pe
Ba
Gr
Su
pe

CAPITULO IV

4.1 PRESENTACION DE RESULTADOS

Datos Generales

Tabla 1. Edad de los encuestados

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
20-25	27	36%
26-30	34	45%
31-35	11	14%
36-40	3	4%
41+	1	1%
Total	76	100%

En el gráfico se muestra que el 36% de la población estudiada tiene entre 20 y 25 años, el 45% tiene entre 26 y 30 años, un 14% se ubica entre las edades de 31 a 35 años, obteniendo los menores porcentajes con 4% las edades de 36 a 40 años y con el 1% de 41 años a más, lo cual significa que la población estudiada es relativamente joven, al encontrarse en su mayoría entre los 20 a 30 años de edad.

Tabla 2. Sexo de los encuestados

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	65	86%
Femenino	11	14%
Total	76	100%

En el gráfico anterior se observa que el 86% de la población estudiada es de sexo masculino y el 14% es de sexo femenino, es notorio que hay un predominio del sexo masculino, con ello se refleja una mayor tendencia a optar por este tipo de trabajo en su mayoría por hombres.

Tabla 3. Cargo de los encuestados

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Agentes	74	97%
Sub inspectores	2	3%
Total	76	100%

En el gráfico 3 se representa el cargo que posee cada parte la población estudiada en la Policía Nacional Civil obteniendo que el 97% de la población son agentes y el 3% son sub inspectores, con lo que se puede observar una población homogénea en cuanto al cargo.

Tabla 4. Estado civil del grupo meta

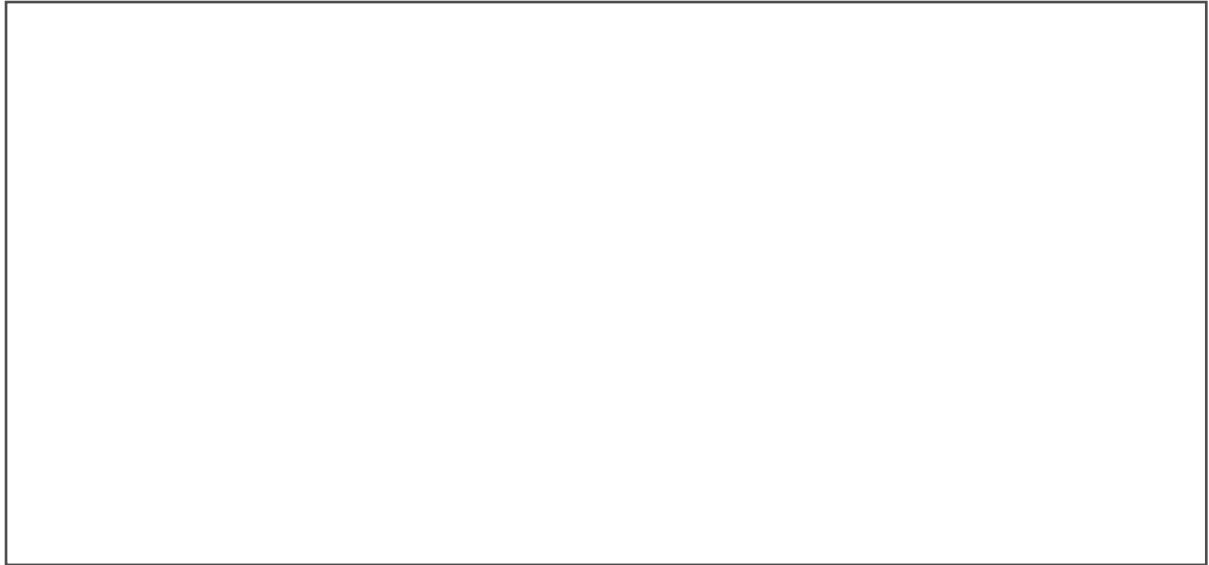
Indicador	Frecuencia	Porcentajes
Soltero (a)	37	48%
Casado (a)	27	36%
Acompañado (a)	10	13%
Divorciado (a)	2	3%
Total	76	100%



En cuanto al estado civil observamos que el 48% del grupo meta están solteros, el 36% casados, el 13% acompañados y el 3% divorciados, es notorio que en su mayoría de los encuestados son solteros.

Tabla 5. Religión del grupo meta

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Católica	24	32%
Evangélica	20	26%
Ninguna	32	42%
Total	76	100%



En el gráfico anterior y de acuerdo a la religión observamos que en el grupo meta existen diferentes ideologías religiosas de las cuales el 42% dijo no pertenecer a ninguna religión, el 32% pertenecen a la religión católica y el 26% pertenecen a la religión evangélica.

Tabla 6. Escolaridad del grupo meta

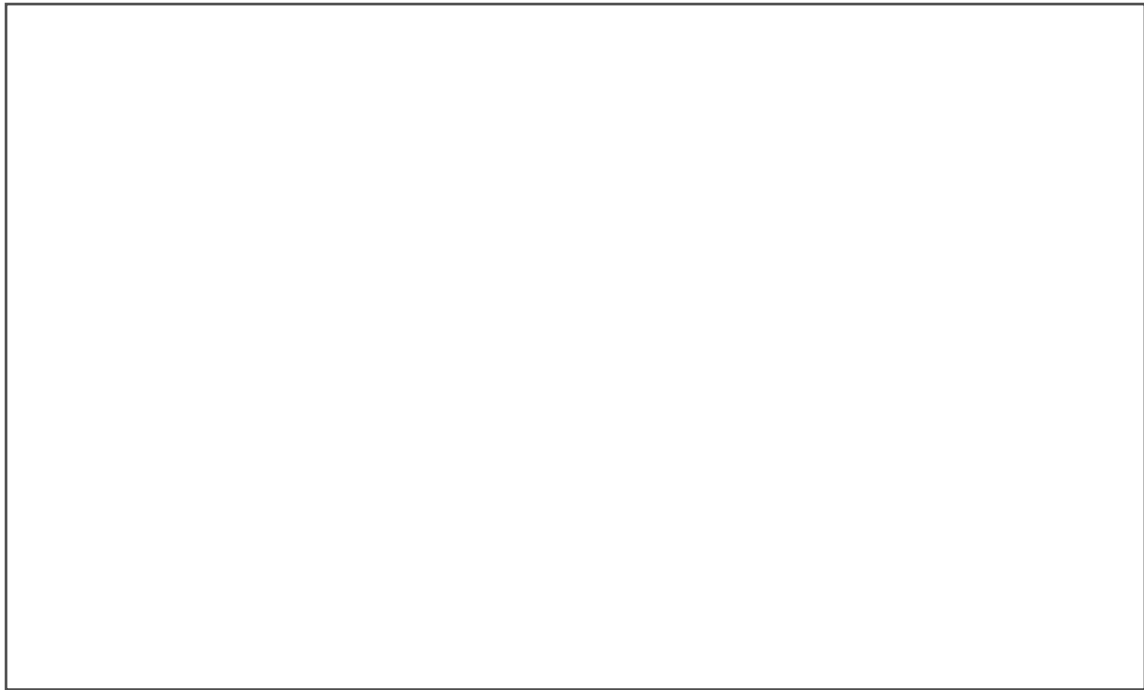
Indicador	Frecuencia	Porcentaje	
Bachiller	65	85%	
Universitario	9	12%	
Técnicos	2	3%	
Total	76	100%	



En el gráfico 6 se observan los datos correspondientes al grado de escolaridad de la población estudiada, observando que el 85% ha obtenido el título de bachiller, el 12% tienen título universitario y el 3% son técnicos, de acuerdo a la escolaridad no se encuentra ningún agente policial con un nivel educativo inferior a la educación media, ya que es un requisito para ingresar a esta institución.

Tabla 7. Información sobre disfunciones sexuales

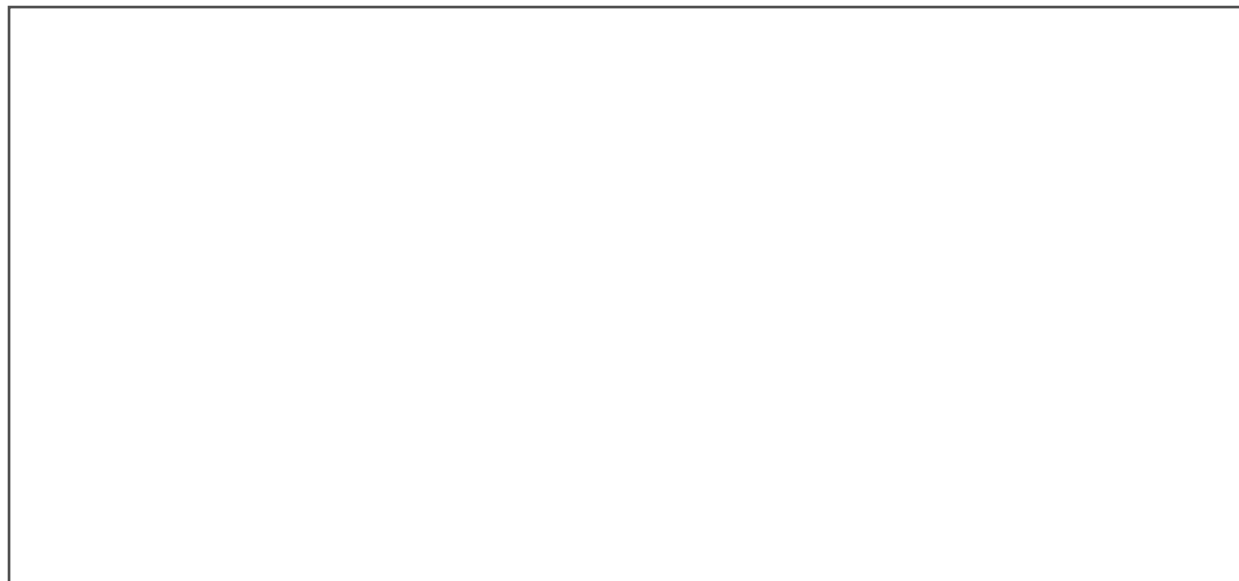
Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Si	46	61%
No	30	39%
Total	76	100%



En el gráfico anterior observamos datos correspondientes a que si el grupo meta ha obtenido información con respecto a las disfunciones sexuales, de los cuales el 61% dijo tener información y el 39% dijo no tenerla.

Tabla 8. Formas de obtención de información acerca de las disfunciones sexuales

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Charlas	37	49%
Otros	34	45%
Taller	2	3%
Capacitación	1	1%
Diplomado	1	1%
Curso	1	1%
Total	76	100%



Con respecto a las formas de obtención de información acerca de las disfunciones sexuales el gráfico refleja que el 49% la obtuvo a través de charlas, el 45% afirma haber obtenido por otros medios, el 3% a través de taller, 1% a través de cursos, 1% a través de capacitación y otro 1% a través de diplomado.

Tabla 9. Concepto de disfunción sexual

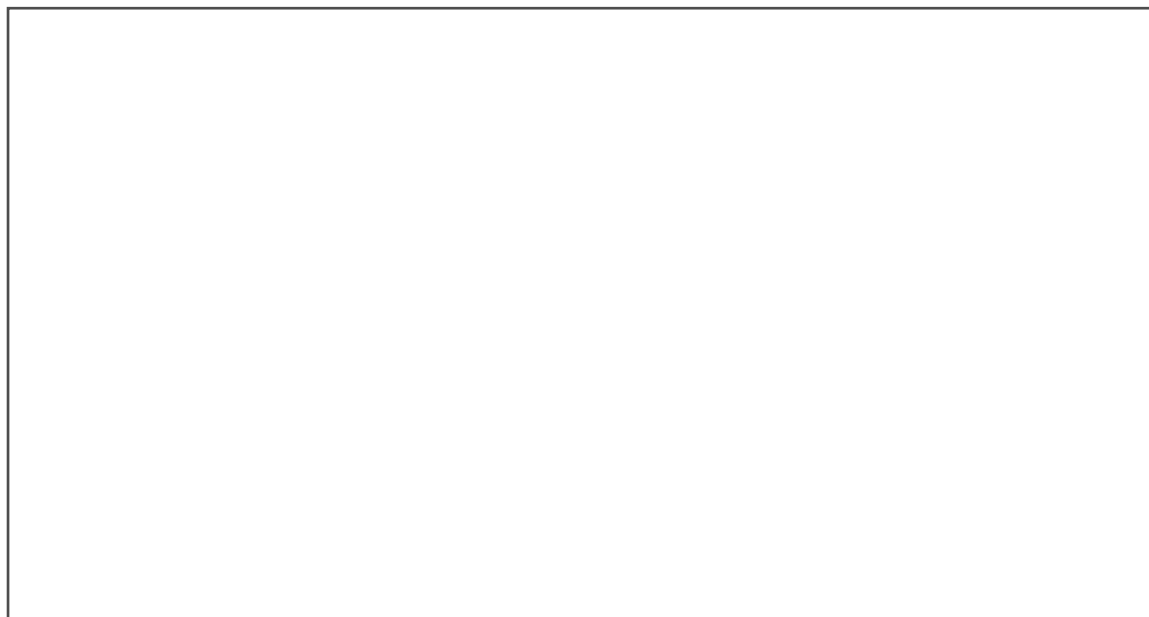
Indicador	Frecuencia	Porcentaje
A) La dificultad durante cualquier etapa del acto sexual que evita al individuo o pareja el disfrute de la actividad sexual.	57	75%
B) Es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas afectivas que caracterizan cada sexo.	14	18%
C) Son enfermedades de los hombres que les impiden tener relaciones sexuales.	3	4%
D) Son síndromes que afectan a las mujeres que no les permiten tener una vida sexual plena.	2	3%
Total	76	100%

En el gráfico anterior se observa que el 75% del grupo meta conoce la definición correcta sobre

disfunciones sexuales, el 18% lo relaciona con las características de cada sexo, el 4% asegura que son enfermedades de los hombre y el 3% que son síndromes que afectan a mujeres. Con los resultados anteriores podemos decir que la mayor parte del grupo meta tiene un concepto acertado sobre disfunciones sexuales, mientras que el 25% tienen una idea errónea de este concepto.

Tabla 10. Conocimiento de causas de disfunciones sexuales

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	28%
No	55	72%
Total	76	100%

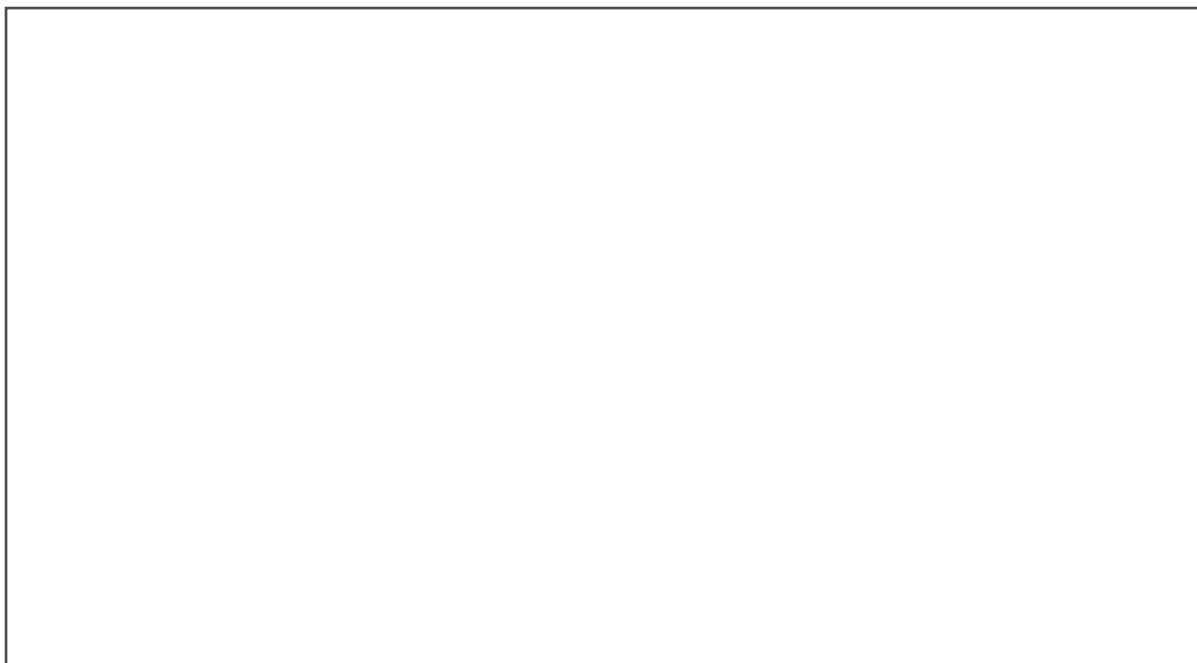


En cuanto al conocimiento de causas de las disfunciones sexuales se observa en el gráfico anterior que el 72% aseguró no conocerlas y el 28% afirmó si conocerlas.

Tabla 11. Conocimiento de los tipos de disfunciones sexuales

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Disfunción eréctil	23	30%
Eyaculación precoz	22	29%
Eyaculación retardada	12	16%
Anorgasmia	6	8%
Aversión al sexo	6	8%
Deseo sexual hipoactivo	3	4%

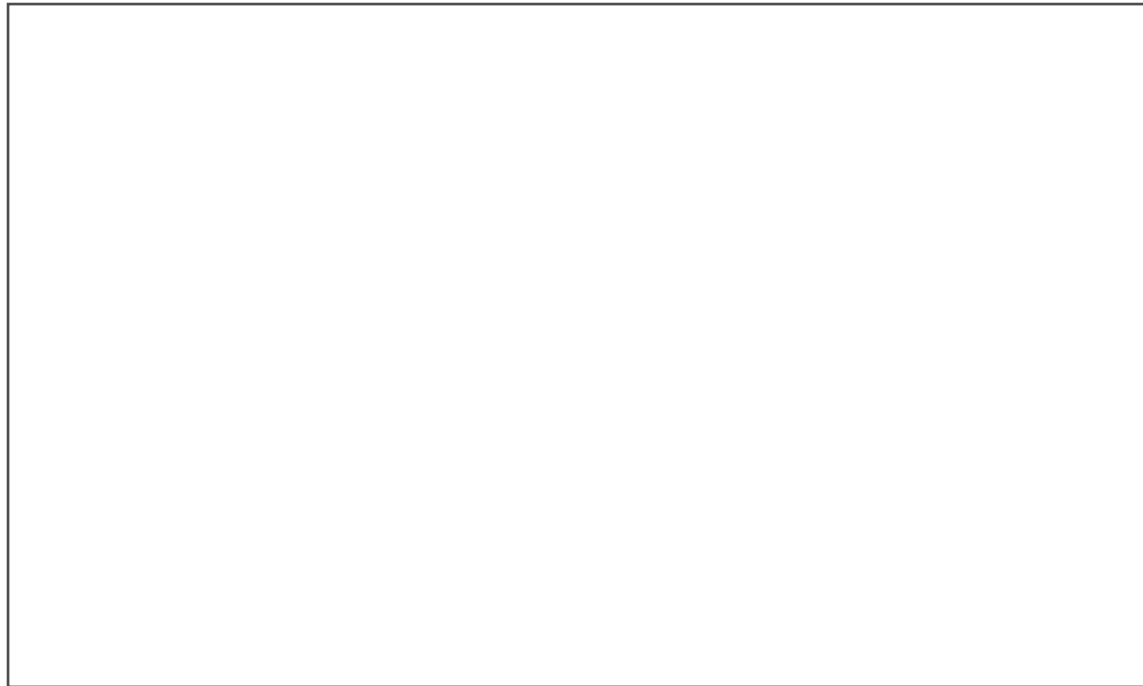
Priapismo	2	3%	
Vaginismo	1	1%	
Deseo sexual inhibido	1	1%	
Total	76	100%	



En cuanto al conocimiento de los tipos de disfunciones sexuales en el gráfico 11 se indica que, el 30% conoce la disfunción eréctil, el 29% de la población meta conoce la eyaculación precoz, el 16% la eyaculación retardada, el 8% conoce aversión al sexo, el 8% anorgasmia, el 4% el deseo sexual hipoactivo, el 3% conoce el priapismo, el 1% conoce el vaginismo y 1% el deseo sexual inhibido, de las 10 disfunciones sexuales que se mencionan tanto en hombres como en mujeres, sobresalen tres, una de ellas es la eyaculación precoz, otra es la disfunción eréctil y la eyaculación retardada de las cuales el 100% son disfunciones sexuales masculinas, y con ello es notorio el desconocimiento de las disfunciones sexuales femeninas.

Tabla 12. Conocimiento acerca de medidas preventivas de las disfunciones sexuales

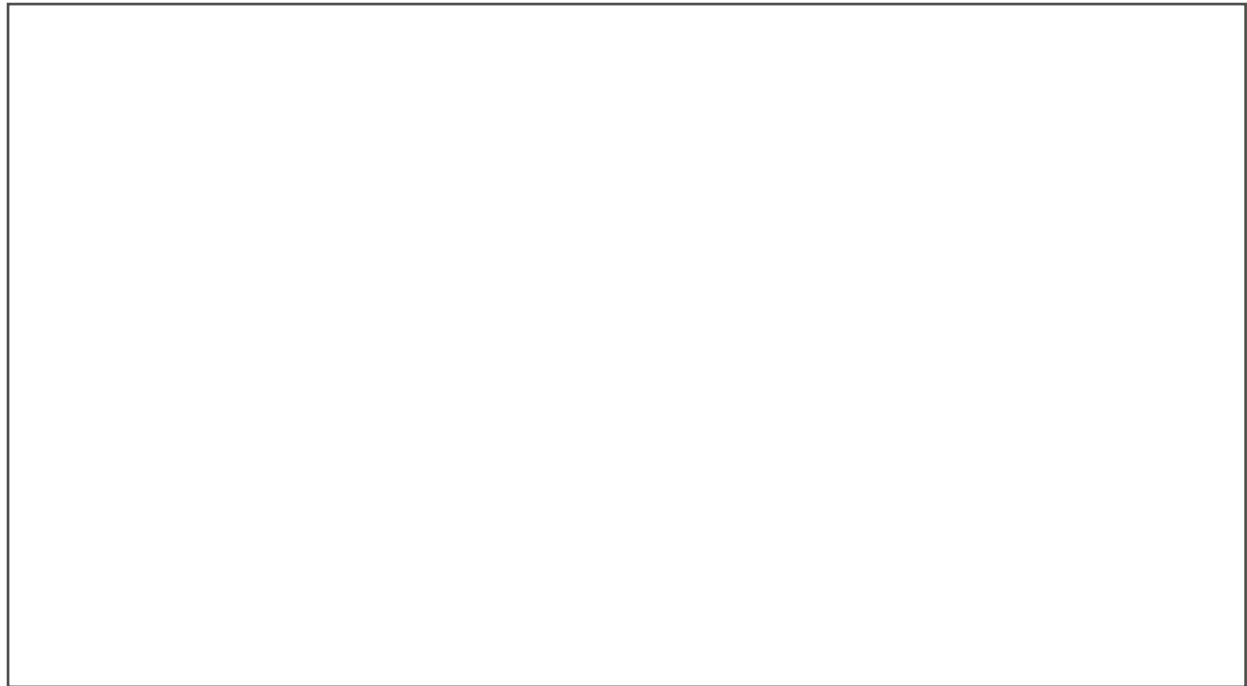
Indicador	Frecuencia	Porcentaje	
Si	66	87%	
No	10	13%	
Total	76	100%	



En cuanto a las medidas preventivas de las disfunciones sexuales el 87 % dijo que no las conocía y mientras que el 13% afirmó conocerlas.

Tabla 13. Conocimiento de la existencia de un programa para la prevención de las disfunciones sexuales

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
No	65	86%
Si	11	14%
Total	76	100%



En el gráfico anterior se refleja si la población objetivo conoce si existe algún programa para la prevención de las disfunciones sexuales en donde el 86% de la población estudiada asegura que no y el 14% afirma que si. Con lo cual se evidencia la inexistencia o falta de promoción de programas para la prevención de disfunciones sexuales.

Tabla 14. Importancia de adquirir información sobre disfunciones sexuales

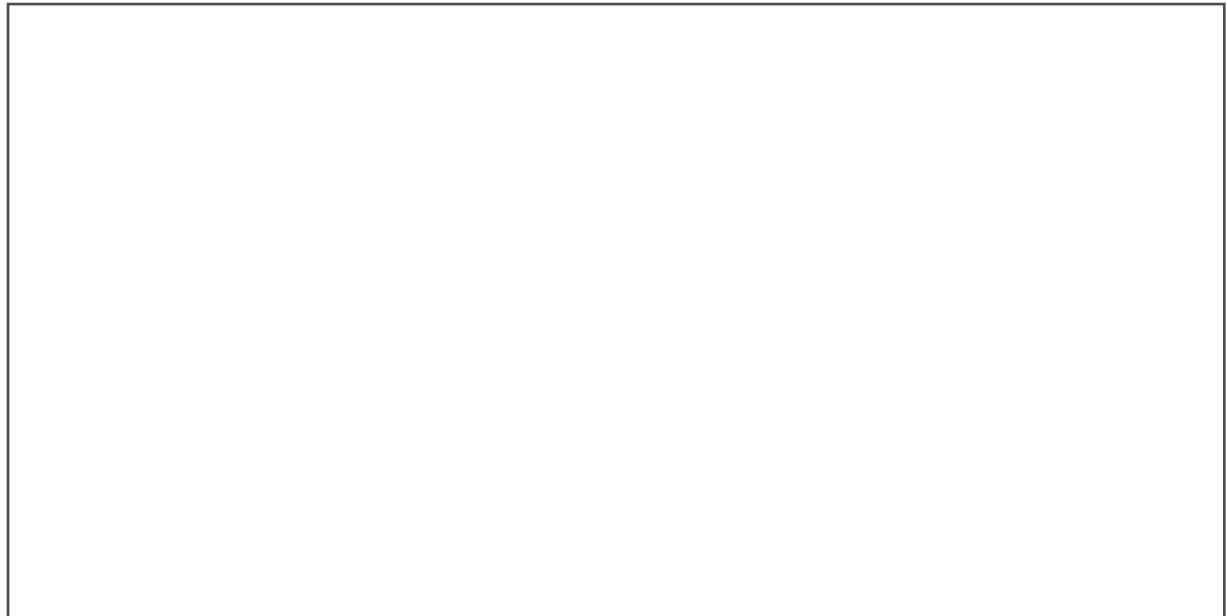
Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Muy importante	57	75%
Importante	18	24%
No sabe/ No Responde	1	1%
Total	76	100%



Para la mayoría de los encuestados (75%) resulta muy importante el hecho de adquirir información sobre las disfunciones sexuales, ya que consideran que es un tema del cual no tienen mucho conocimiento y que genera curiosidad. Para el 24% es importante y el 1% no sabe.

Tabla 15. Importancia de asistir a un chequeo médico

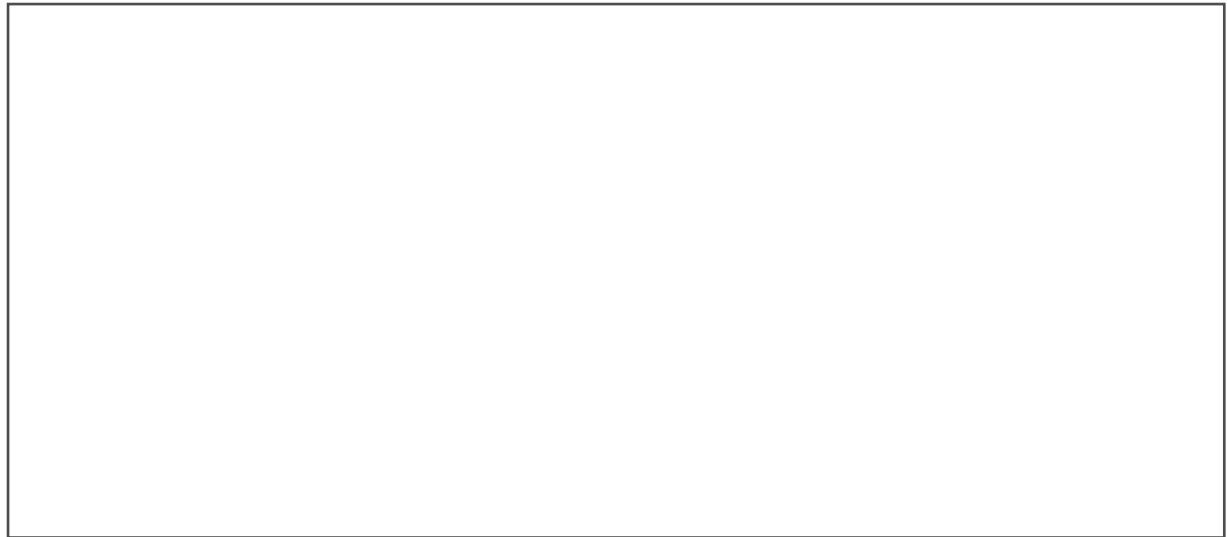
Indicadores	Frecuencia	Porcentaje
Muy importante	52	69%
Importante	20	26%
No sabe/ No Responde	3	4%
Poco importante	1	1%
Total	76	100%



La actitud hacia asistir a un chequeo médico es muy favorable ya que el 69% lo considera muy importante, el 26% importante, el 4% afirmó no saber y podemos notar que solamente el 1% piensa que es poco importante.

Tabla 16. Actitud de los encuestados ante la posibilidad de que su pareja sufriera una disfunción sexual

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Muy grave	33	43%
Grave	27	36%
No sabe/ No Responde	12	16%
Poco grave	4	5%
Total	76	100%



Una disfunción sexual en la pareja sería muy grave para el 43% de los encuestados, grave para el 36%, el 18% no sabe o no respondió, y poco grave para el 5% de la población.

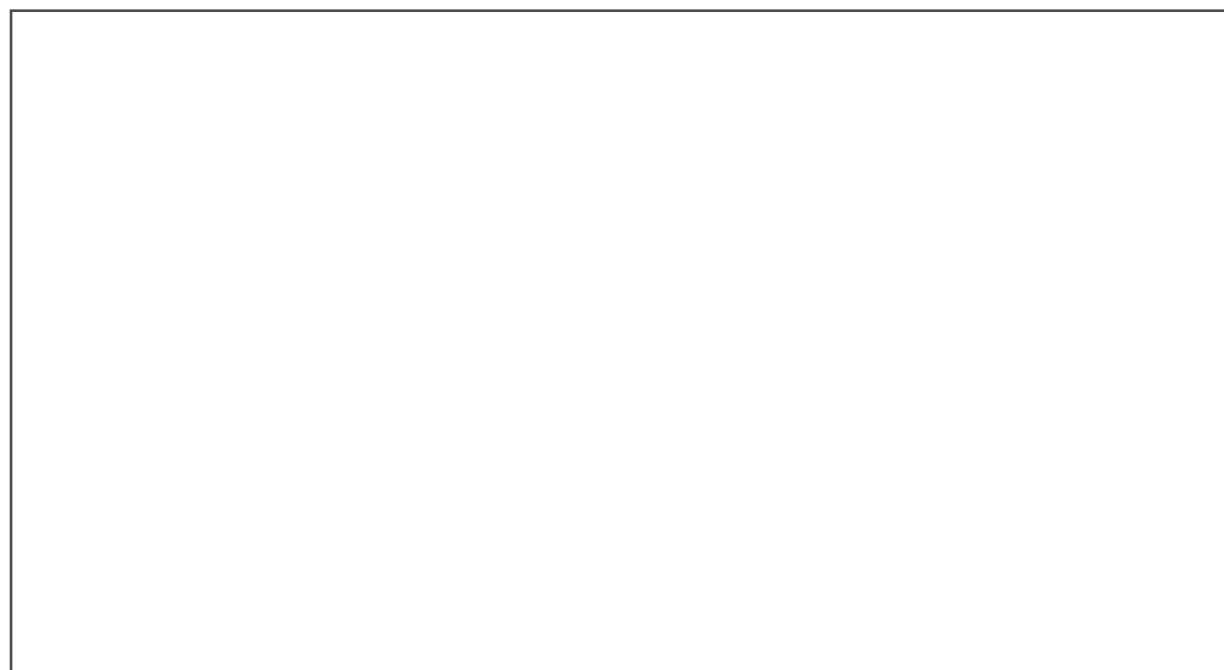
Tabla 17. Valoración personal a cerca de la prevención de las disfunciones sexuales

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Muy importante	49	65%
Importante	26	34%
No sabe/ No Responde	1	1%
Total	76	100%

En relación con la prevención de las disfunciones sexuales, el 65 % considera muy importante realizar acciones de prevención, el 34% piensa que es importante y el 1% no sabe o no respondió.

Tabla 18. Importancia de la opinión que tienen los amigos acerca del padecimiento de una disfunción sexual.

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Grave	24	31%
No sabe/ No Responde	18	24%
Muy grave	15	20%
Nada grave	10	13%
Poco grave	9	12%
Total	76	100%



Que los amigos se enteraran que padece de una disfunción sexual sería grave para el 31%, mientras que el 24% no respondió o no sabía, muy grave lo considera el 20%, nada grave para el

13 % y poco grave para el 12% La norma social subjetiva influye grandemente sobre los individuos.

Tabla 19. Importancia de la opinión de la familia ante el padecimiento de una disfunción sexual.

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Grave	19	25%
Muy grave	15	20%
No sabe/ No Responde	25	33%
Poco grave	6	8%
Nada grave	11	14%
Total	76	100%



Para los individuos la opinión de la familia ante el padecimiento de una disfunción, el 33% afirmó no saber o no respondió ante la interrogante, el 25% opina que grave, el 20 % muy grave, para el 14% nada grave y 8% poco grave.

Tabla 20. Importancia de la opinión de los compañeros ante el padecimiento de una disfunción sexual.

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Grave	19	25%
Muy grave	15	20%
No sabe/ No Responde	20	26%
Poco grave	14	18%
Nada grave	8	11%

| Total

| 76

| 100%

|



En relación a la opinión de los compañeros el 26% no sabe o no respondió, el 25 % afirmó que grave, el 20% dijo lo considerarían muy grave, el 18% poco grave y el 11% nada grave.

Tabla 21. Importancia personal de un chequeo medico para no padecer una disfunción sexual.

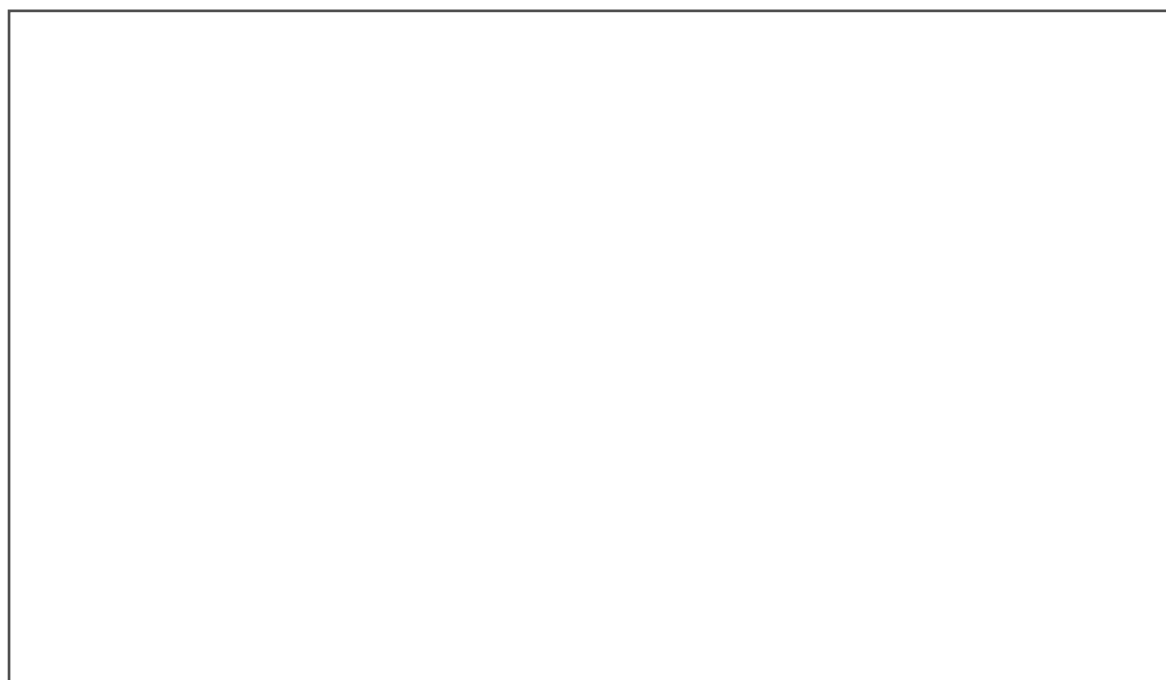
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy importante	46	61%
Importante	17	22%
No sabe/ No Responde	13	17%
Total	76	100%



El chequeo médico para no padecer una disfunción sexual se considera muy importante para el 61% de la población objetivo, importante para el 22% y el 17% no respondió o no sabía.

Tabla 22. Consideraciones acerca de como afecta las disfunciones sexuales de acuerdo al sexo en hombres

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	3	4%
No	56	74%
No sabe	17	22%
Total	76	100%



En los datos mostrados en el siguiente gráfico se observan las creencias del grupo meta en cuanto a que las disfunciones sexuales solo afectan a hombres, de las cuales un 74% considera que no, un 22% no sabe y el 4% considera que si afectan.

Tabla 23. Consideraciones acerca de como afecta las disfunciones sexuales de acuerdo al sexo en mujeres

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	2	3%
No	57	75%
No sabe	17	22%
Total	76	100%



De acuerdo a los datos mostrados en este gráfico se pueden evidenciar las creencias del grupo meta en cuanto a que las disfunciones sexuales solo afectan a mujeres, de las cuales el 75% considera que no, el 22% no sabe y el 3% considera que si afectan.

Tabla 24. Creencia acerca de la probabilidad personal de padecer de una disfunción sexual

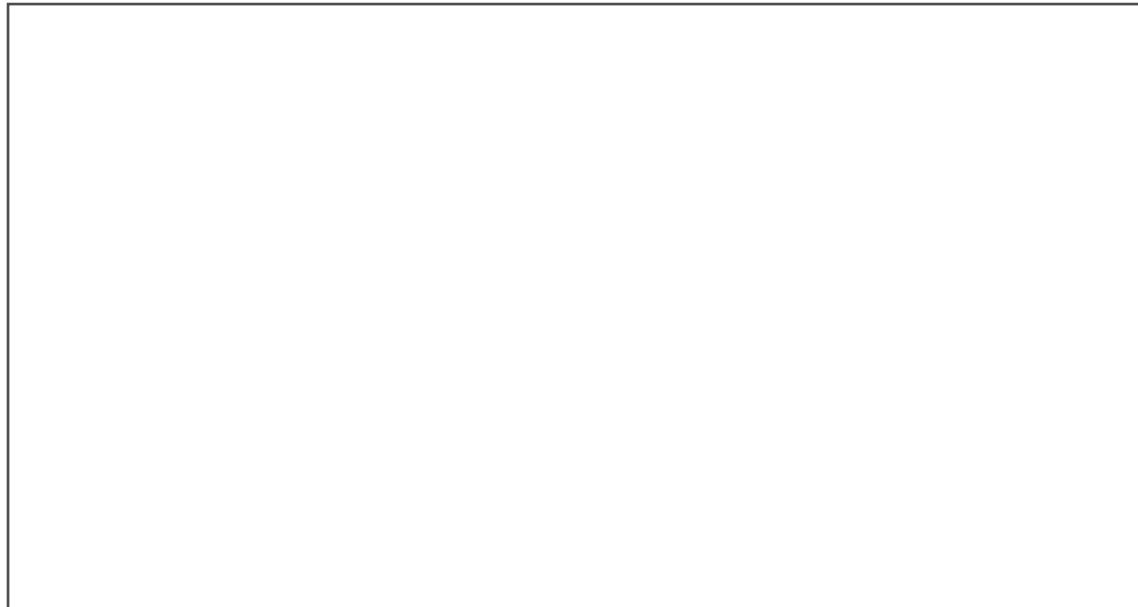
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	41	54%
No	12	16%
No sabe	23	30%
Total	76	100%



En el siguiente gráfico se presentan los datos referentes a que si el grupo meta cree que puede padecer de alguna disfunción sexual de las cuales, el 54% cree que si, el 30% no lo sabe y el 16% cree que no.

Tabla 25. Opinión a cerca de la gravedad de las disfunciones sexuales como un problema de salud

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	41	63%
No	12	13%
No sabe	23	24%
Total	76	100%



En cuanto a la opinión de población estudiada referente a que las disfunciones sexuales representan un grave problema de salud el 63% opina que si, el 24% opina que no sabe y el 13% opina que no, por lo tanto podemos observar que el grupo meta no ven el padecimiento de las disfunciones sexuales como un problema que puede llegar a ser mortal para quienes la padecen.

Tabla 26. Opinión acerca de si las disfunciones sexuales causan miedo a las personas que las padecen.

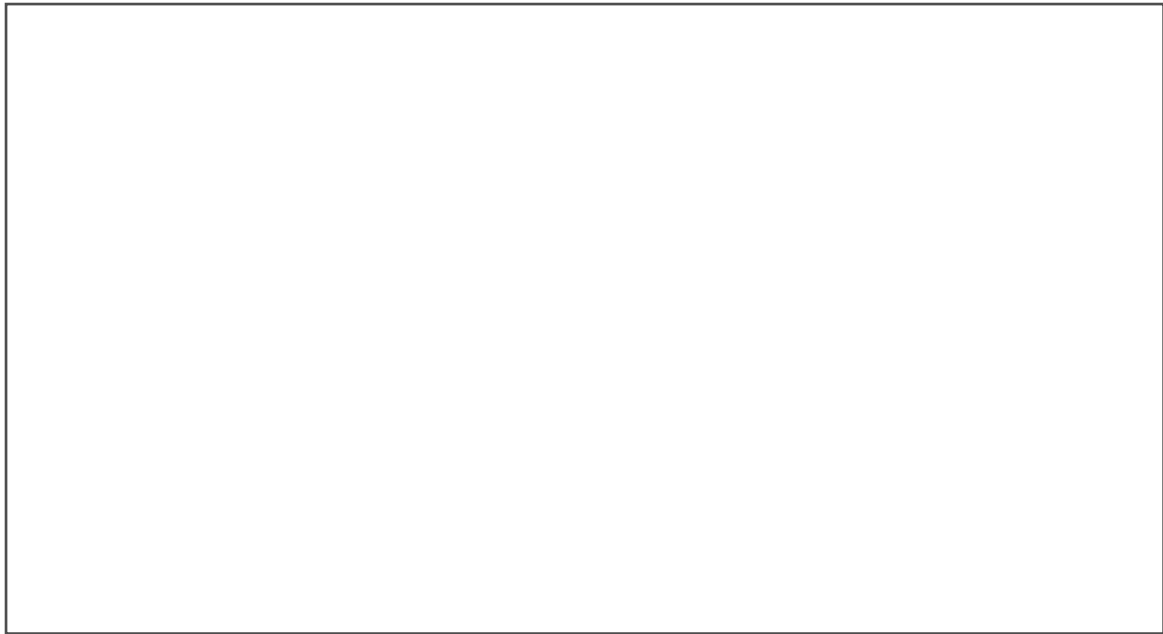
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	53	70%
No	7	9%
No sabe	16	21%
Total	76	100%



En cuanto a la opinión acerca de si las disfunciones sexuales causan miedo a las personas que las padecen, el gráfico anterior se refleja que el 70% considera que si, el 21% expreso no saber y el 9% que no, lo cual indica que a la mayor parte de la población el padecer de una disfunción sexual es causa de miedo.

Tabla 27. Creencias acerca de que las disfunciones sexuales solo suceden en la primera relación sexo coital

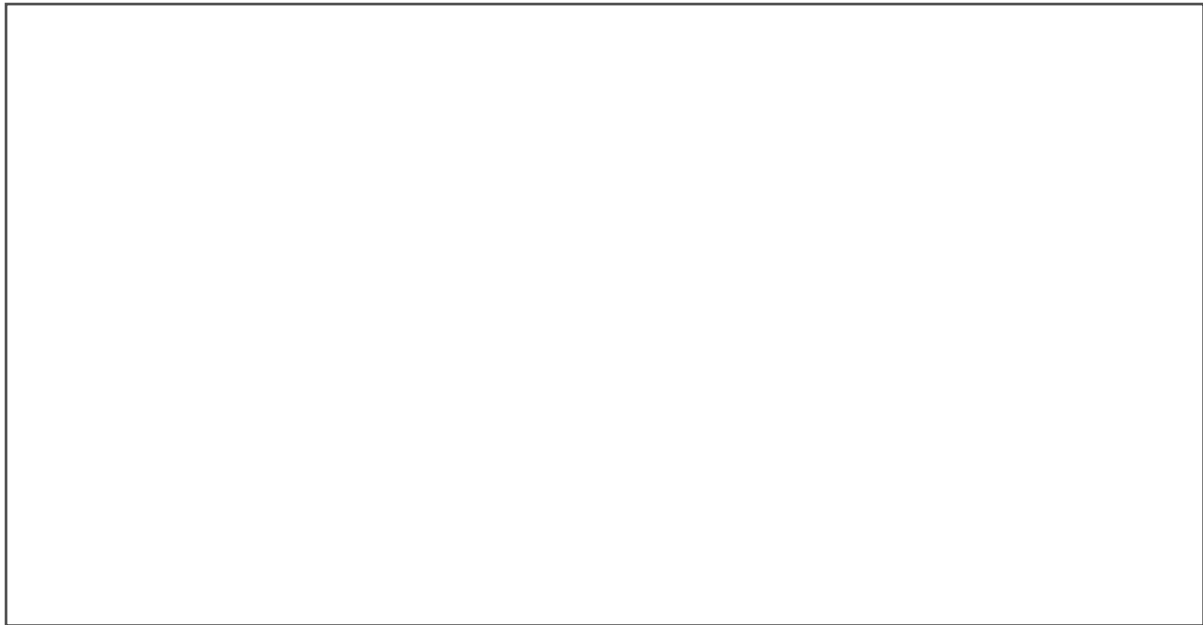
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	3	4%
No	51	67%
No sabe	22	29%
Total	76	100%



En el gráfico 27 se observan las creencias acerca de que las disfunciones sexuales solo suceden en la primera relación sexo coital, en donde se muestra que el 67% afirma que no, el 29% no sabe y el 4% de la población meta asegura que si.

Tabla 28. Creencias acerca de que las disfunciones sexuales pueden ser mortales si no se tratan oportunamente.

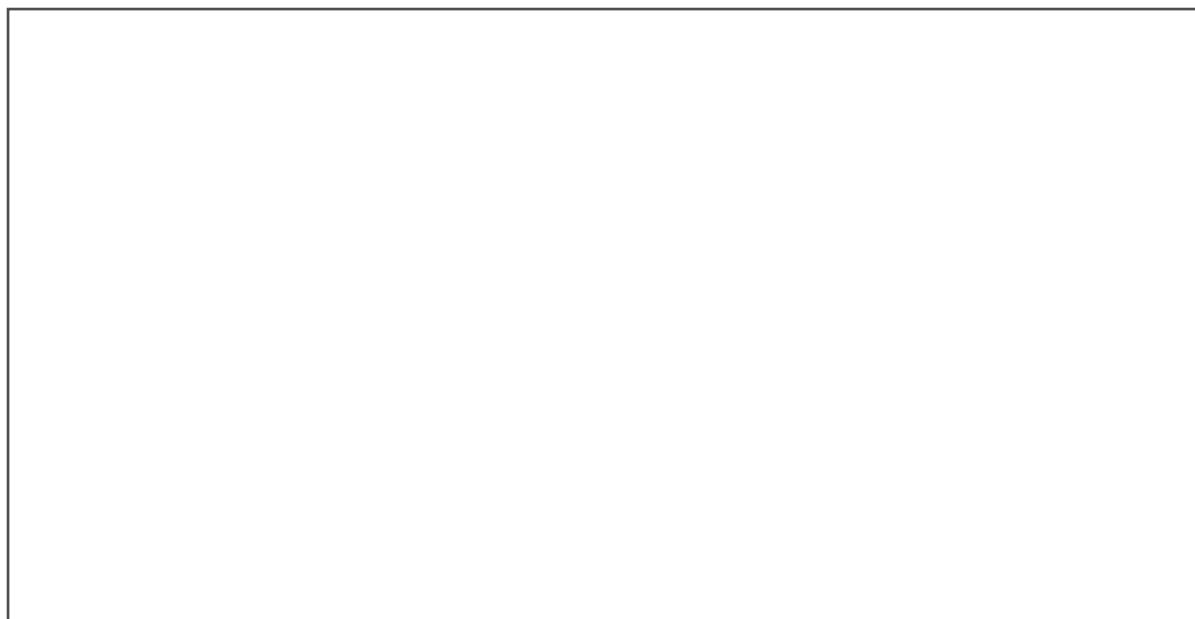
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	22	29%
No	24	32%
No sabe	30	39%
Total	76	100%



En cuanto a las creencias acerca de que las disfunciones sexuales pueden ser mortales si no se tratan oportunamente, en el gráfico anterior se observa que el 39% afirmó no saber, el 32% opina que no y el 29% asegura que si.

Tabla 29. Creencias acerca de que las disfunciones sexuales solo las padecen los adultos mayores.

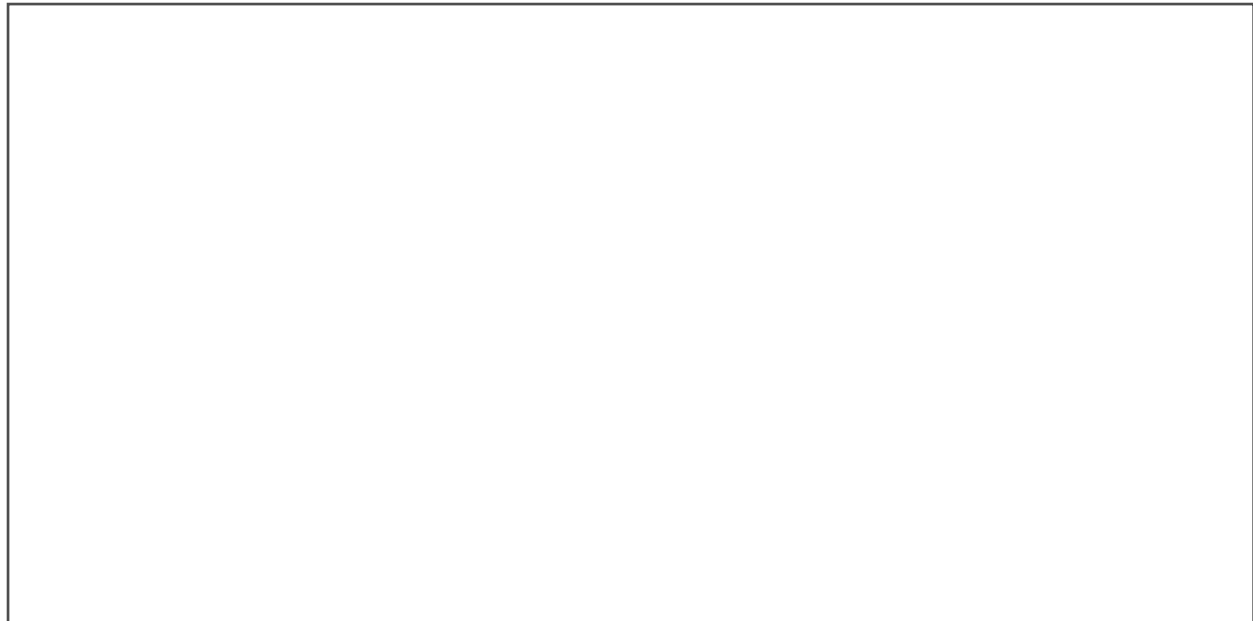
INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	3	4%
No	55	72%
No sabe	18	24%
Total	76	100%



En el gráfico 29 se observan las creencias acerca de que las disfunciones sexuales solo las padecen los adultos mayores, dando como resultado que el 72% asegura que no, el 24% no sabe y el 4% afirma que sí. Se puede observar que la mayor parte de la población considera una creencia errónea y que las disfunciones sexuales no solo las padecen los adultos mayores.

Tabla 30. Creencias a cerca de que las disfunciones sexuales es un castigo que Dios pone a todas las personas promiscuas

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	1	1%
No	56	74%
No sabe	19	25%
Total	76	100%



En cuanto a las creencias acerca de que si las disfunciones sexuales son un castigo que Dios pone a todas las personas promiscuas, en el gráfico se observa que el 74% cree que no, el 25% no sabe y el 1% cree que si. Se puede observar que la mayoría de la población meta afirma que esta creencia es falsa y un 25% no cree contar con los conocimientos necesario para responder.

CAPITULO V

5.1 ANALISIS DE RESULTADOS

Conocimientos

Las Disfunciones sexuales son un tema que concierne a todos y todas, independientemente del sexo, religión, estado civil, status social o nivel académico; sin embargo, el conocimiento generalizado con el que cuentan los hombres y mujeres que pertenecen a la Policía Nacional Civil, División de emergencias 911, Delegación central, San Salvador, son escasos, ya que los datos obtenidos durante la investigación indican que, si bien es cierto, un alto porcentaje de la población estudiada afirma haber recibido charlas sobre disfunciones sexuales, otro porcentaje similar sostiene haber obtenido la información por otros medios, tales como; círculos de amigos, compañeros de trabajo y medios de comunicación, información que no es completa, ni correcta en la mayoría de casos.

De la gran variedad de disfunciones sexuales existentes, la población objetivo conoce en su mayoría tres tipos: eyaculación precoz, disfunción eréctil y eyaculación retardada, todas disfunciones sexuales masculinas, lo que señala poco conocimiento de las disfunciones sexuales femeninas, esto se debe a que el sexo masculino representa el 86% del grupo meta, también a la cultura machista de la sociedad salvadoreña, en la cual son promovidas mayormente las disfunciones sexuales masculinas, causando mayor temor en esta población a causa del falocentrismo y de la inexistencia de programas educativos sobre disfunciones sexuales.

Asimismo se involucran las creencias muy arraigadas que poseen el grupo meta en relación a las disfunciones sexuales. Otro factor que interviene es la edad porque el mayor porcentaje es de población relativamente joven, cuyas edades oscilan entre los 20 y 30 años, intervalo en el cual no son muy comunes las disfunciones sexuales, por lo tanto, no existe interés por informarse sobre el tema.

La mayor parte de los encuestados desconocen sobre la prevención de disfunciones sexuales, y de la existencia de programas encaminados a éstas. Una pequeña parte afirma que se pueden prevenir mediante el manejo adecuado del stress y evitar el consumo de tabaco y alcohol, lo cual si tiene que ver con la prevención de éstas.

Otra pequeña cantidad de la población asegura saberlas, relacionándolas con tratamiento farmacéutico, argumentando que existen pastillas para prevenir las disfunciones sexuales, con esto se refleja el poco conocimiento sobre el tema, ya que no existe un tratamiento profiláctico consistente en medicamentos.

Actitudes

Las actitudes del grupo meta en relación a las disfunciones sexuales, son muy favorables hacia la prevención de éstas, ya que gran parte de la población objetivo se muestra abierta hacia la posibilidad de adquirir conocimientos sobre el tema y considera importante el hecho de asistir a un chequeo médico en el caso de presentar una disfunción sexual.

En relación a la prevención de las disfunciones sexuales un alto porcentaje afirma que es muy importante realizarla, más no cuentan con el conocimiento necesario para poder practicar estas medidas. El chequeo médico para no padecer una disfunción sexual es considerado muy importante por la mayoría, esto se relaciona al hecho de percibir las disfunciones sexuales como un problema de salud un muy grave, y a no contar con la información necesaria y correcta sobre la temática.

En el caso de ser la pareja de los individuos la que presentara una disfunción sexual, sería muy grave para la mayoría, lo cual refleja poco conocimiento sobre la temática, y un alto nivel de gravedad percibida, ya que en realidad no representa un grave problema de salud.

La norma social subjetiva que tienen los individuos acerca de la opinión de la familia, amigos y compañeros ante el padecimiento de disfunciones sexuales es relativa, ya que no representa un porcentaje significativo que tenga influencia directa sobre el grupo meta.

Se puede observar mediante los datos obtenidos como la predisposición, intención, norma subjetiva y motivación, juegan un papel importante dentro del componente actitud, y que la interacción de éstos, logra en el grupo meta la creación de una actitud positiva que los lleva a un mayor interés por la temática, lo que les permite poder romper mitos, aclarar ideas, y enriquecer los conocimientos existentes.

Creencias

No existen muchas creencias del grupo meta, en relación a las disfunciones sexuales, que jueguen un papel fundamental en la investigación, ya que la mayoría de la población está consciente que éstas no son exclusivas de un determinado sexo, y consideran estar expuestos a padecer de una disfunción sexual, con lo cual se puede evidenciar la susceptibilidad percibida del grupo meta en

relación a las disfunciones sexuales.

El mayor porcentaje de los encuestados aseguró que las disfunciones sexuales no ocurren únicamente durante la primera relación sexocital, ni son exclusivas de los adultos mayores, también afirman que no son un castigo que Dios pone a todas las personas promiscuas, por lo cual, éstos mitos no influyen significativamente en la opinión de la población.

Al hablar de que si las disfunciones sexuales pueden ser mortales, la mayor parte respondió no saber, por lo que es evidente la deficiencia de educación adecuada en cuanto a la temática.

El grupo meta considera un grave problema de salud las disfunciones sexuales, por lo que opinan que son causa de miedo para las personas que las padecen, con ello se manifiesta la gravedad percibida por la población encuestada y el desconocimiento una vez más se hace notorio.

CAPITULO VI

6.1 CONCLUSIONES

Se concluye que:

1. Los hombres y mujeres que pertenecen a la Policía Nacional Civil, División de emergencias 911, Delegación central, San Salvador presentan un bajo conocimiento en cuanto a las disfunciones sexuales, sus causas y medidas preventivas.
2. El conocimiento juega un papel importante para la modificación de actitudes y creencias de la población objetivo, y que interviniendo sobre él, se puede contribuir al desarrollo de la salud sexual y reproductiva del grupo meta
3. La mayoría del grupo meta, reconoce la importancia de tener información adecuada sobre disfunciones sexuales y tienen una actitud favorable hacia la adquisición de ésta para la prevención y manejo de las disfunciones sexuales.
4. Las actitudes del grupo meta en relación a las disfunciones sexuales son positivas hacia la prevención de éstas, a pesar de desconocer sobre la temática y de tener creencias erróneas sobre ella, lo que hace factible la creación de programas de educación para la salud.
5. Las creencias que posee el grupo meta son a causa de la desinformación sobre las disfunciones sexuales y la inexistencia de programas educativos dirigidos hacia ellas.
6. El grupo meta posee creencias erróneas relacionadas a las disfunciones sexuales lo cual afecta significativamente la gravedad percibida ante ellas.
7. En la población objetivo la susceptibilidad percibida se hace notoria ya que la mayor parte de la población se considera en riesgo de padecer una disfunción sexual.

CAPITULO VII

7.1 RECOMENDACIONES

Se recomienda:

A La Policía Nacional Civil, División de emergencias 911

1. Que la jefatura de la División de emergencias 911, Delegación Central, San Salvador, brinde el apoyo necesario con la finalidad de poder instalar programas permanentes de salud sexual y reproductiva, haciendo énfasis en las disfunciones sexuales.
2. Que el grupo meta establezca espacios donde se fomente la educación y ayuda mutua entre pares, ya que es importante fomentar actitudes positivas entre los/as mismos/as compañeros/as de trabajo, consolidando una educación integral.

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

3. Que diseñe, implemente y promueva programas de educación en salud sexual y reproductiva, con énfasis en las Disfunciones Sexuales.
4. Proporcione información clara, verídica y oportuna sobre disfunciones sexuales para la promoción de conductas saludables.

A la Universidad de El Salvador

5. Que la Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina, Licenciatura en Educación para la Salud, incorpore dentro de sus lugares de práctica de intervenciones a la Policía Nacional Civil, División de emergencia 911, Delegación Central, San Salvador, para contribuir al desarrollo de programas de educación para la salud que permitan la modificación de mitos y creencias relacionadas a las disfunciones sexuales de los hombres y mujeres que pertenecen a dicha institución.
6. Que la Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina, Licenciatura en Educación para la Salud, diseñe estrategias innovadoras, apropiadas y adecuadas al grupo meta para la

realización de intervenciones educativas sobre disfunciones sexuales.

CAPITULO VIII

8.1- FUENTES DE INFORMACIÓN

8.1.1 Fuentes Electrónicas

1. <http://bireme.vr>
2. <http://medline.gov/spanish>
3. <http://bvs.isciii.es>
4. http://www.cpkpsicologos.com/disfunciones_sexuales_mujer.htm#2a
5. <http://www.dmedicina.com/enfermedades/ginecologicas/disfuncion-sexual-femenina>
6. www.aprendameas.com/cursos/masters-sexologia-psicologia--sexualidad-y-salud.jpg
7. <http://www.esmas.com/salud/home/sexualidad/438816.html>
8. <http://www.laimpotenciasexual.com/>
9. <http://www.laimpotenciasexual.com/cigarrilloimpotencia.html>
10. www.consultasexual.com.mx
11. <http://www.aprendemas.com/cursos/masters-sexologia--psicologia--sexualidad-y-salud--orientacion-y-terapia-sexual-en-madrid-239154.html>
12. <http://www.tnrelaciones.com/anexo/sexo/>
13. www.infosexual.net/index.php/2008/08/01/el-erotismo-en-la-sexualidad-de-la-pareja/
14. Centre de Sexologia Sabadell E mail: info@sexologias.com
15. www.consultasexual.com.mx
16. http://www.tuguiasexual.com/disfunciones_sexuales.html
17. www.infosexual.net/index.php/2008/08/01/el-erotismo-en-la-sexualidad-de-la-pareja/
18. gersanperez@pnc.gob.sv
19. www.pnc.gob.sv
20. http://www.rpp.com.pe/2009-10-21-mas-de-la-mitad-de-mujeres-latinas-padecen-disfunciones-sexuales-noticia_217036.html

21. www.mspas.gob.sv
22. <http://www.mundobelleza.com/Bellinterior/HombresigloXXI/masculinidad403.htm>
23. http://www.sapena.com.py/articulos/articulo_45.html
24. <http://www.lukor.com/hogarysalud/08052102.htm>
25. www.consultasexual.com.mx
26. http://www.consultasexual.com.mx/Documentos/deseo_mujer.html
27. <http://www.adaptogeno.com/svms/noticias/noticia548.asp>

8.1.2 Fuentes Bibliográficas

28. Lawrence W. Green & Marshall W. Kreuter (1991). HEALTH PROMOTION PLANNING an Educational and Environmental Approach. Second edition, USA.
29. Rosentock, I.M. (1990) the health belief model: explaining health behavior through expectancies. In: glanz, K., F. M lewis & B.K. Riner (eds) (1990): "health behavior and health education: theory, research and practice; capitulo III. San Francisco: Jossey-Bass publishers. ISBN 1-55542-243-8.
30. EAGLY, A.H. & S. CHAIEEN (1993) the Psychology of Attitudes, Capitulo 4 Forth Worth: Harcourt Brace Jacovich College Publishers. ISBN 015-5-00097-0
31. Alvarez-Gayou, Juan Luis - Sexoterapia Integral - editorial Manual Moderno, México, 1992.
32. Isbelia M. Segnini y Alfadil Ediciones (2000) Adán y Eva en búsqueda de la felicidad
33. Julia R. Heiman , Joseph Lo Piccolo (2000) Alcanzar el orgasmo; Océano
34. Barbach, L.(1991). Los secretos del orgasmo femenino. Barcelona. Martínez Roca. Un libro que habla claramente de como una mujer puede conseguir un orgasmo
35. Jongeward, Dorothy - Mujer triunfadora - fondo educativo Interamericano, S.A., México, 1979.
36. Meyer, Jon K. - Tratamiento clínico de los trastornos sexuales - editorial ESPAXS, Barcelona, 1979
37. Alvarez-Gayou, Juan Luis - Sexoterapia Integral - editorial Manual Moderno, México, 1992.
38. Isbelia M. Segnini y Alfadil Ediciones (2000) Adán y Eva en búsqueda de la felicidad
39. Julia R. Heiman , Joseph Lo Piccolo (2000) Alcanzar el orgasmo; Océano
40. Barbach, L.(1991). Los secretos del orgasmo femenino. Barcelona. Martínez Roca. Un libro que habla claramente de como una mujer puede conseguir un orgasmo
41. Jongeward, Dorothy - Mujer triunfadora - fondo educativo Interamericano, S.A., México, 1979.
42. Meyer, Jon K. - Tratamiento clínico de los trastornos sexuales - editorial ESPAXS, Barcelona, 1979
43. Alatorre, Javier (2001), *Paternidad responsable en el Istmo Centroamericano*, México, CEPAL.
44. (2000), *La participación de los varones en la reproducción y paternidad: Un marco de referencia*, México, CEPAL.
45. Alvarez-Gayou, Juan Luis - Sexoterapia Integral - editorial Manual Moderno, México, 1992.
46. Isbelia M. Segnini y Alfadil Ediciones (2000) Adán y Eva en búsqueda de la felicidad
47. Julia R. Heiman , Joseph Lo Piccolo (2000) Alcanzar el orgasmo; Océano

48. Barbach, L.(1991). Los secretos del orgasmo femenino. Barcelona. Martínez Roca. Un libro que habla claramente de como una mujer puede conseguir un orgasmo
49. Jongeward, Dorothy - Mujer triunfadora - fondo educativo Interamericano, S.A., México, 1979.
50. Meyer, Jon K. - Tratamiento clínico de los trastornos sexuales - editorial ESPAXS, Barcelona, 1979
51. Castañeda, M. (2007). El machismo invisible regresa. México: Taurus.
52. Gallego Martín, C. (2008). Por ellas, para ellas... y de ellos. Lulu.
53. Programa de prevención de disfunciones Sexuales. Sara Escudero Núñez* Centro de Psicología BERTRAND RUSSELL. Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual 3 (2005), 94-139
54. La Nueva Terapia Sexual. Helen Singler Kaplan. Alianza Editorial
55. Sexualidad Humana Aspectos a desarrollar docencia y educación sexual. Stella Cerruti y Cols. OPS.
56. PROAGO. Avances diagnósticos y tratamientos de Disfunciones sexuales. Editorial Panamericana 9º Ciclo Tomo 2.
57. Informe Argentina de Educación olimpiadas@escuelas.edu.ar
58. La Familia y el Adolescente. Artículo publicado por Viviana Sosman, psicóloga de la Universidad Diego Portales, especialista en adolescentes. MEDLINE PLUS.

ANEXOS

ANEXO 1

Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Escuela de Tecnología Médica
Lic. En Educación Para la Salud

Cuestionario para la recolección de datos sobre Disfunciones Sexuales

Objetivo: Conocimientos, actitudes y creencias que tienen acerca de las disfunciones sexuales las mujeres y hombres que pertenecen a la división de emergencias 911, delegación central de la policía nacional civil en el primer semestre de 2010.

Indicaciones: Marque con un **X** la respuesta que usted considere correcta y complete lo que se le pide. La información obtenida será utilizada exclusivamente para esta investigación es estrictamente confidencial.

Datos Generales:

Edad:	Sexo:	Cargo:	
Escolaridad:	Estado civil:	Religión:	

Conocimientos:

1. ¿Ha obtenido usted información sobre disfunciones sexuales?

Si	No	
----	----	--

Donde:

Trabajo		
Escuela		
Circulo de		
amigos		
Hogar		
Iglesia		
Otros		

2. ¿Como obtuvo la información acerca de las disfunciones sexuales?

Curso		
Charlas		
Taller		
Capacitación		
Diplomado		
Maestría		
Otros		

3. ¿para usted cual es el concepto de disfunciones sexuales?

A) La dificultad durante cualquier etapa del acto sexual que evita		
al individuo o pareja el disfrute de la actividad sexual.		
B) Es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y		
psicológicas afectivas que caracterizan cada sexo.		
C) Son enfermedades de los hombres que les impiden tener relaciones		
sexuales.		

|D) Son síndromes que afectan a las mujeres que no les permiten tener una vida sexual plena. | |

4. ¿Conoce usted las causas de las disfunciones sexuales?

|Si| |No| |

Si su respuesta es afirmativa mencione algunas:

5. ¿Cuales disfunciones sexuales conoce?

Eyaculación precoz	Eyaculación retardada	
Dispareunia	Anorgasmia	
Disfunción eréctil	Deseo sexual	
	hipoactivo	
Priapismo	Vaginismo	
Aversión al sexo	Deseo sexual inhibido	
Ninguna		

6. ¿Conoce las medidas preventivas para las disfunciones sexuales?

|Si| |No| |

Si su respuesta es afirmativa mencione algunas:

7. ¿Conoce usted si existe algún programa para la prevención de las disfunciones sexuales?

|Si| |No| |

Si su respuesta es afirmativa menciónelos:

Actitud

8. Para usted adquirir información sobre las disfunciones sexuales es:

Muy importante		
Importante		
No sabe/ No		
Responde		
Poco importante		
Nada importante		

9. Para usted asistir a un chequeo médico al presentar una disfunción sexual es:

Muy importante		
Importante		
No sabe/ No		
Responde		
Poco importante		
Nada importante		

10. Si mi pareja sufriera de una disfunción sexual para mi sería:

Muy grave		
Grave		
No sabe/ No		
Responde		
Poco grave		
Nada grave		

11. Para mí prevenir las disfunciones sexuales es:

Muy importante		
Importante		
No sabe/ No		
Responde		
Poco importante		
Nada importante		

12. Para mí el que mis amigos se enteren que padezco de una disfunción sexual sería:

Muy grave		
Grave		
No sabe/ No		
Responde		
Poco grave		
Nada grave		

13. Para mi familia que yo padeciera una disfunción sexual sería:

Muy grave		
Grave		
No sabe/ No		
Responde		
Poco grave		
Nada grave		

14. ¿Para mis compañeros que yo padeciera una disfunción sexual sería?

Muy grave		
Grave		
No sabe/ No		
Responde		
Poco grave		
Nada grave		

15. ¿Para mi un chequeo medico para no padecer una disfunción sexual es?

Muy importante		
Importante		
No sabe/ No		
Responde		
Poco importante		
Nada importante		

Creencias

16. ¿Considera usted que las disfunciones sexuales solo afectan a hombres?

Si		No		No	
				sabe	

17. ¿Considera usted que las disfunciones sexuales solo afectan a mujeres?

Si		No		No	
				sabe	

18. ¿Cree usted que puede padecer de alguna disfunción sexual?

Si		No		No	
				sabe	

19. ¿Opina usted que las disfunciones sexuales representan un grave problema de salud?

Si		No		No	
				sabe	

20. ¿Usted piensa que las disfunciones sexuales causan miedo para las personas que las padecen?

Si		No		No	
				sabe	

21. ¿Considera usted que las disfunciones sexuales solo suceden en la primera relación sexo coital?

Si		No		No	
				sabe	

22. ¿Cree usted que las disfunciones sexuales pueden ser mortales si no se tratan oportunamente?

Si		No		No	
				sabe	

23. ¿Cree usted que las disfunciones sexuales solo las padecen personas de la tercera

edad?

| Si | | | No | | | No | | |
| | | | sabe | | |

24. ¿Cree usted que las disfunciones sexuales es un castigo que Dios pone a todas las personas promiscuas?

| Si | | | No | | | No | | |
| | | | sabe | | |

!!!GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!!

ANEXO 2

Fotografías tomadas durante la recolección de datos

[1] <http://www.psicologia-online.com/formacion/cursos/sexuales/CURSOSex.pdf>

[2]

http://www.avizora.com/publicaciones/sexualidad_humana/textos/disfunciones_no_organicas_0038.htm

[3] www.infosexual.net/index.php/2008/08/01/el-erotismo-en-la-sexualidad-de-la-pareja/

[4] <http://www.tnrelaciones.com/anexo/sexo>

[5] <http://www.amssac.org/biblioteca%20las%20disfunciones%20sexuales.htm>

[6] <http://www.amssac.org/biblioteca%20las%20disfunciones%20sexuales.htm>

[7] <http://usuarios.lycos.es/puntodevista/Pr/tema1/tema1.html>

- [8] www.consultasexual.com.mx
- [9] <http://www.infosexual.net/index.php/2007/10/16/la-mujer-y-el-sexo/>
- [10] <http://www.virilplant.com/impotencia-sexual.htm>
- [11] <http://www.disfunciones-sexuales.com/>
- [12] <http://www.disfunciones-sexuales.com/definicion-eyaculacion-precoz.htm>
- [13] [de Urología y Andrología de Madrid]. «EYACULACIÓN PRECOZ» (en español). Diciembre, 2007.
- [14] http://es.wikipedia.org/wiki/Eyaculaci%C3%B3n_precoz
- [15] Roberto Lazcano; Juan Carlos Romi. «La sexualidad frente al consumo de drogas, fármacos y alcohol su importancia médico-legal» (en español). *Psiquiatría Forense - Sexología - Praxis. Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis. Organó de difusión de la AAP - Asociación Argentina de Psiquiatras. Asociación Argentina de Psiquiatras.*
- [16] Manual Merck - Capítulo 88: Trastornos Mentales (2005). «Trastornos de la función sexual» (en español).
- [17] Centre de Sexologia Sabadell E mail: info@sexologias.com
- [18] <http://www.educarparaelpacer.com/textocomp.asp?id=47>
http://puntomujerblog.emol.com/archives/2008/01/_prevencion_par.asp
- [19] <http://www.monografias.com/trabajos15/disfuncion-sexual/disfuncion-sexual.shtml>
- [20] http://www.mspas.gob.sv/p_attadulmasculino.asp
- [21] http://www.mspas.gob.sv/p_attmujer.asp
- [22] http://www.consultasexual.com.mx/Documentos/deseo_mujer.html
- [23] http://www.consultasexual.com.mx/Documentos/deseo_mujer.html
- [24] http://www.consultasexual.com.mx/Documentos/deseo_mujer.html
- [25] http://www.consultasexual.com.mx/Documentos/deseo_mujer.html
- [26] <http://www.adaptogeno.com/svms/noticias/noticia548.asp>
- [27] www.pnc.gob.sv
- [28] www.pnc.gob.sv
- [29] http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/modelo_precede_proceed2.pdf
- [30] Lawrence W. Green & Marshall W. Kreuter (1991). *HEALTH PROMOTION PLANNING an Educational and Environmental Approach. Second edition, USA.*
- [31] Rosentock, I.M. (1990) the health belief model: explaining health behavior through expectancies. In: glanz, K., F. M lewis & B.K. Riner (eds) (1990): “health behavior and health education: theory, research and practice; capitulo III. San Francisco: Jossey-Bass publishers. ISBN 1-55542-243-8.
- [32] Rosentock, I.M. (1990) the health belief model: explaining health behavior through expectancies. In: glanz, K., F. M lewis & B.K. Riner (eds) (1990): “health behavior and health education: theory, research and practice; capitulo III. San Francisco: Jossey-Bass publishers. ISBN 1-55542-243-8.
- [33] EAGLY, A.H. & S. CHAIEEN (1993) the Psychology of Attitudes, Capitulo 4 Forth Worth: Harcourt Brace Jacovich College Publishers. ISBN 015-5-00097-0

Fase 5
Diagnostico educacional y organizativo

Fase 2
Diagnostico epidemiológico

Fase 3
Clasificación de factores conductuales y ambientales

Fase 4
Diagnostico comportamental y ambiental

Factores Predisponentes

Promoción de la salud

Conducta y estilo de vida

Educación para la salud

Factores
Reforzadores

Salud

Calidad de vida

Medio
Ambiente

Política
Regulación Organización

Factores
Facilitadores

Fase 9
Evaluación del efecto

Fase 8
Evaluación del impacto

Fase 7
Evaluación del proceso

Fase 6

Implementación