

PREVALENCIA DE FRIGIDEZ EN UN SECTOR DE LA POBLACION

* Rafael García Alvarez
 ** Vinicio Calventi G. y
 *** Frank Alvarez Sánchez

Generalmente cuando uno discute el problema de la frigidez con diferentes colegas, se van a aportar las más variadas opiniones; la mayoría piensa que un por ciento muy elevado de la población femenina padece de dicho trastorno, y que generalmente la prevalencia es más baja en la clase obrera, si la misma se compara con la clase alta.

Debido a que estas afirmaciones siempre nos han preocupado, decidimos tratar de determinar el alcance del problema en varias clases sociales. Pero antes de entrar a describir el trabajo creemos oportuno mencionar algunos conceptos que servirán para aclarar cualquier duda que puedan ocasionar nuestras cifras.

En primer lugar nos permitiremos usar las definiciones de Masters y Johnson¹, quienes clasifican este trastorno como "Disfunción Orgásmica" la cual puede ser de tipo primario y situacional. En la primaria, la mujer nunca ha experimentado un orgasmo, no obstante haber sido estimulada por uno o varios de los métodos conocidos. En la situacional la mujer ha experimentado alguna vez en su vida uno o más orgasmos. De aquí se desprende que la disfunción orgásmica o frigidez se caracteriza por ausencia o reducción del número de orgasmos durante el coito o manipulación por otros métodos.

Este trastorno muchas veces es ignorado por el cónyuge debido a que en nuestro sistema cultural la mujer no consigue la comprensión y orientación necesaria para poder manejar su trastorno.

Y al decir que no encuentra la comprensión no se refiere solamente al marido, sino también al médico, quien en más de una oportunidad confiesa que no puede hacer nada, se niega a escuchar a la paciente y/o en algunos casos usa tratamientos cuyos resultados son dudosos o podrían hacer más daño que bien a una persona que ya padece un problema importante en su vida sexual.

El origen de este trastorno es bastante variado, pero no hay duda de que la educación juega un papel crucial en el

condicionamiento de la respuesta sexual humana. Hay pacientes que van a responder negativamente por otros múltiples factores como son experiencias sexuales desagradables o traumáticas que sin lugar a dudas dejan huellas en la vida del individuo.

MATERIAL Y METODO

La población para este estudio se obtuvo como una muestra no seleccionada de la población que asiste a la Maternidad del I.D.S.S. (Instituto Dominicano de Seguros Sociales), la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, una pequeña población que asiste a la Clínica de Planificación Familiar del Hospital "Moscoso Puello", y finalmente una población de maestros que asisten a los cursos sabatinos de una Universidad local (Cuadro 1). En los primeros tres lugares se le pidió al personal médico y paramédico que nos enviaran las pacientes que atendieran a sus diferentes departamentos. A las que asistieron se les explicaba con que objeto se les había invitado a venir y que ellos podían negarse a cooperar o no contestar algunas de las preguntas, estas últimas debían especificar cual de ellas. Ninguna de las personas rehusó ser entrevistada y en total se administró el cuestionario a 250 personas de las cuales se rechazaron 16 por considerar que dichos formularios contenían errores o no se habían llenado completamente.

METODO

Para este estudio se entrenaron a varios jóvenes estudiantes de Psicología y a una Trabajadora Social en los métodos de la entrevista y sobre todo se les familiarizó con toda la terminología popular relativa a las funciones y respuestas sexuales. De manera que todas las entrevistas las realizaron mujeres que manejaban el lenguaje popular de cada una de las entrevistadas.

Para la entrevista se diseñó un cuestionario que contiene 68 preguntas, que incluye información demográfica, conocimientos sexuales y actitud hacia el sexo, conducta del marido, estado de depresión de la entrevista, etc.

Debido a que la población del Moscoso Puello era tan pequeña y casi idéntica a la de la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia nosotros decidimos unirlas.

Con el objeto de determinar si la educación y la Clase Social afectan la incidencia de Frigidez se decidió separar a la población en clases sociales usando la clasificación de

* Director Departamento Salud Pública UASD y Profesor de Psiquiatría UNPHU.

** Director del Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia.

*** Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Moscoso Puello.

Hollinshead y Redlich ². De las cinco clases descritas por ellos, en esta muestra se encontraron tres tipos diferentes:

Clase III	Maestros y otros técnicos como enfermeras.
" IV	Obreros especializados.
" V	" no especializados.

RESULTADOS

Después de analizar los cuestionarios se encontraron cuatro grupos con respuestas diferentes, dependiendo del grado de trastorno. El cuarto grupo se usó como control debido a que el mismo reportó tener orgasmo en casi todas las oportunidades de las relaciones. El cuadro siguiente indica la distribución.

Para este trabajo se decidió dividir la población en dos grupos: 1) — Aquellos que tienen orgasmo "casi siempre", los cuales suman un 43.2 o/o de la población general. Estos se usaron como control para determinar si había alguna diferencia con relación a los que tienen dificultad para lograr el orgasmo, las cuales formaban el 56.8 o/o de la población. De estos 6.4 o/o presentaban una frigidez primaria.

Para este primer estudio, de las 68 variables solamente se midieron 18. Es interesante indicar que ambas poblaciones no difieren grandemente una de otra. Por ejemplo en los siguientes las diferencias fueron casi nulas: 1) — Distribución de las edades, Estado Civil, Educación Sexual, en este último caso los controles mostraron tener más educación sexual, pero la misma no fue estadísticamente significativa. Ej.: (33 frías y 34 controles), tampoco difieren dichas poblaciones en la edad de inicio de las relaciones sexuales, aunque las clases más desposeídas comienzan a una edad más temprana.

Se encontraron 4 casos de estupro pero los mismos estaban distribuidos en igual proporción en ambos grupos.

Ambos grupos reportaron en más de un 80 o/o que disfrutaban de las relaciones sexuales. La frecuencia por semana fue igual para ambos.

El orgasmo por otros métodos que no sea el coito, se presentó en un 45 o/o de la población general, siendo la masturbación y la orocaricia los métodos más comúnmente empleados.

La dispareunia se presentó constantemente en 17.01 o/o de la población general y un 20 o/o adicional la padece en algunas oportunidades, esto significa que un total de 37 o/o de la población se queja de dolor al coito.

47.11 o/o de la población con trastorno reportó que los maridos sabían cuando no tenían orgasmos, y de la misma población 44.21 o/o fingía tenerlo. Pero es bueno mencionar que el 24 o/o de la población de control finge tener el orgasmo cuando no lo tiene, estas cifras dan un total de 61.41 o/o de las mujeres que pretenden tener orgasmos sin tenerlo.

La mayoría de la población entrevistada dijo que no se lo dicen a los maridos por temor a herirlos o por evitar que

se pongan "bravos", otra parte respondió que por vergüenza a hablar de "eso".

Con relación a la experiencia de las primeras relaciones, un 40 o/o consideró que fueron dolorosas, un 20 o/o agradables y un 10 o/o las consideró desagradables. Con relación a si el orgasmo es sinónimo de embarazo, el 26.9 o/o consideró que sí, pero solamente 4 personas del total de las entrevistadas consideraron que el mismo es pecado.

El hecho de que algunas madres habían tenido solo un parto o más de 7 no arrojó diferencias a las dos poblaciones, ni tampoco el hecho de que los maridos tomen mucho o poco alcohol.

Finalmente un 44 o/o de la población afectada solicitó ayuda para tratar de resolver su problema.

De la población con disfunción orgásmica habían 2 mujeres que habían tenido experiencias homosexuales y por medio de las mismas lograban el orgasmo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En primer lugar la idea de que la "Disfunción Orgásmica es rara en la clase obrera o económicamente desposeída no ha sido demostrada ya que la prevalencia fue muy similar en los 3 grupos estudiados.

Sobre su origen hay varios factores que pueden ser significativos y entre ellos podemos citar la falta de educación sexual reflejada muchas veces por la creencia de que el orgasmo puede ser sinónimo de embarazo. En estos casos el ginecólogo puede jugar un papel importante siempre y cuando dedique un poco de tiempo a orientar a la mujer aunque lo ideal sería que se oriente a la pareja.

Además de esto es necesario que aunemos esfuerzos para tratar de ayudar a aquellas personas que padecen el trastorno, pues el 44 o/o de las mismas pidieron ayuda pero la misma hasta ahora no se ha podido programar.

Sobre la validez del estudio nosotros consideramos que las cifras obtenidas reflejan nuestra realidad debido a que los resultados son muy similares a los obtenidos por otros investigadores como Kinsey, este autor encontró que 10 o/o de la población encuestada ³ padecía disfunción de tipo primario, en nuestra muestra 6.4 o/o; las diferencias de estas 2 cifras no son estadísticamente significativas. Además ellas reportan una frecuencia de aproximadamente 2 coitos por semana y nosotros 2.6 por semana.

Otra variable medida por él fue el nivel educativo y la respuesta sexual, al igual que nosotros no encontró diferencia marcada de un nivel a otro.

Estas cifras demuestran que nosotros tenemos una conducta sexual muy similar a la del norteamericano y las afirmaciones de que los latinos son hipersexuales parece que no tiene fundamento científico.

Estos detalles nos inducen a creer firmemente en que es necesario una educación sexual más efectiva a todos los niveles y un mejor chequeo físico de nuestra población femenina, pues uno se resiste a creer que el 37 o/o de la

población experimenta dolor al coito y que el mismo sea de origen psicológico.

REFERENCIAS:

- 1.— MASTERS, W. AND JOHNSON, V.: Human Sexual Inadequacy Little and Brown Company, Boston, 1920.
- 2.— HOLLINSHEAD A. B. AND REDLICH: Social Class and Mental Illness, a Community Study, Wiley, 785, F. C., 1958.
- 3.— KINSEY, A. C., POMEROY, W. B. AND MARTIN, C. E.: Sexual Behavior in the Human Male, W. B. Saunders, Philadelphia, 1948.