

PREVALENCIA DE FRIGIDEZ EN LA REPUBLICA DOMINICANA

Por *RAFAEL GARCIA (1)*
VINICIO CALVENTI (2)
FRANK ALVAREZ (3)
ROSARIO MICHELEN (4)
MAYRA MUÑOZ (5)

Generalmente cuando uno discute el problema de la frigidez con diferentes colegas, suelen aportarse las más variadas opiniones. La mayoría piensa que un por ciento muy elevado de la población femenina padece de dicho trastorno, y que a menudo 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 Johnson (1), quienes clasifican este trastorno como "Disfunción Orgásmica" la cual puede ser de tipo

(1) Psiquiatra Social, Consultor del I.D.S.S.

(2) Director de la Maternidad "Nuestra Señora de la Altagracia"

(3) Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital "Moscoso Puello"

(4-5) Estudiantes de término de Psicología de la UNPHU.

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.

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

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. En los primeros tres lugares se le pidió al personal médico y paramédico que nos enviaran las pacientes que atendieran en sus diferentes departamentos. A las que asistieron se les explicaba con qué objeto se les había invitado a venir y que ellas podían negarse a cooperar o no contestar algunas de las preguntas. Respecto a estas últimas, debían especificar cuál 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.

Composición de la Muestra:

	<i>Cantidad</i>	<i>o/o</i>
Maternidad del I.D.S.S.,	75	32
” N.S.A.	75	32
Hospital Moscoso Puello	28	11.96
Maestros Sabatinas	<u>56</u>	23.9
Total	<u>234</u>	

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 con 68 preguntas, que incluyen información demográfica, conocimientos sexuales y actitud hacia el sexo, conducta del marido, estado de depresión de la entrevistada, etc.

De las entrevistas, 90o/o fueron administradas por R.M. y M.M., debido a que la población del Moscoso Puello era tan pequeña y casi idéntica a la de la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia que decidimos unir las.

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 Hollinshead y Redlich (2). De las cinco clases descritas por ellos, se encontraron en esta muestra 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:

RESPUESTAS CON RELACION AL ORGASMO		
NUNCA	15	6.4
RARAS VECES	53	22.6
ALGUNAS VECES	66	28.2
CASI SIEMPRE	99	42.3
NO IDENTIFICADO	01	0.4
TOTAL GENERAL	234	99.9

Para este trabajo se decidió dividir la población en dos grupos uno de los cuales lo forman los que tienen orgasmo "casi siempre", los cuales suman 43.2o/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 56.8o/o de la población. De estos 6.4o/o presentaban una frigidez primaria.

Debido a la presión del tiempo 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 nula: 1) distribución de las edades, estado civil y educación sexual. En este último caso los controles mostraron tener más educación sexual, pero la misma no fue estadísticamente significativa ej: (33 frígidas 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 cuatro casos de estupro, pero los mismos estaban distribuidos en igual proporción en ambos grupos.

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

FRECUENCIA DE COITOS POR SEMANA

Disfunción Orgásmica	2.82	Relaciones / semana
“ Normales ”	2.78	” ”

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

La dispareunia se presentó constantemente en 17.06o/o de la población general y un 20o/o adicional la padece en algunas oportunidades. Esto significa que un total de 37o/o de la población se queja de dolor al coito.

El 47.14o/o de la población con trastorno reportó que los maridos sabían cuándo no tenían orgasmos, y de la misma población 44.29o/o fingía tenerlo. Pero es bueno mencionar que el 24o/o de la población de control finge tener el orgasmo cuando no lo tiene. Estas cifras dan un total de 61.43o/o de las mujeres que pretenden tener orgasmos sin tenerlo.

La mayoría de la población entrevistada señaló que no se lo dicen a los maridos por temor a herirlos o para evitar que se pongan “bravos. Otra parte respondió que era por vergüenza a hablar de “eso”.

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

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

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

De la población habían dos 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 tres trupos 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 44o/o de las mismas pudieran ayudar pero hasta ahora esta ayuda no se ha podido programar.

Sobre la validez del estudio, consideramos que las cifras obtenidas reflejan nuestra realidad debido a que nuestros resultados son muy similares a los obtenidos por otros investigadores, como Kinsey. Este autor encontró que 10o/o de la población encuestada (3) padecía disfunción de tipo primario y en nuestra muestra 6.4o/o. Las diferencias de estas dos cifras no son estadísticamente significativas. Además ellas reportan una frecuencia de aproximadamente dos 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 la afirmación de que los latinos son hipersexuales parece que no tiene fundamento científico.

Estos detalles nos inducen a creer firmemente que es necesaria una educación sexual más efectiva a todos los niveles y un mejor control físico de nuestra población femenina, pues uno se resiste a creer que el 37o/o de la población exde origen psicológico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— *Masters W. H., Johnson V. E., Respuesta Sexual Humana, Ed. Inter-Médica, Buenos Aires, Argentina.*
- 2.— *Kinsey, A.C., et al. Sexual Behavior in the Human Female, Philadelphia. W. B. Saunders, 1953.*
- 3.— *"Hollinshead & Redlich", Social and Mental Illnes: a Community study, Willy, 1958.*