

11226
2 ej 46



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Unidad de Medicina Familiar No. 33

**IMPOTENCIA SEXUAL EN EL DIABÉTICO
"REPERCUSIONES EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL"**

T E S I S
Que para obtener el Título de:
Especialista en Medicina Familiar
P r e s e n t a:
DRA. MA. EUGENIA HERNANDEZ ORTIZ



México, D. F.

Enero 1988

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	pag.
OBJETIVO GENERAL	1
OBJETIVOS ESPECIFICOS	2
MARCO TEORICO	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
ESPECIFICACION DE VARIABLES	30
HIPOTESIS	31
TIPO DE ESTUDIO	32
UNIVERSO DE TRABAJO	33
CRITERIOS DE INCLUSION	34
CRITERIOS DE EXCLUSION	35
OBTENCION DE LA MUESTRA	36
CAPTACION DE LA INFORMACION	37
CONTRASTACION DE HIPOTESIS ESTADISTICAS	45
AMBITO GEOGRAFICO DE LA INVESTIGACION	47
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	48
DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE TRABAJO	50
DESARROLLO DE LA INVESTIGACION	52
RESULTADOS	54
ANALISIS DE RESULTADOS	65
CONTRASTACION DE LA HIPOTESIS ESTADISTICA	68
CONCLUSIONES	71
SUGERENCIAS	74
BIBLIOGRAFIA	76
ANEXOS	83

IMPOTENCIA SEXUAL EN EL DIABETICO
"REPERCUSIONES EN EL SUBSISTEMA CONYUGAL"

OBJETIVO GENERAL

Mostrar que la información que se otorga a los pa
cientes en relación a la Diabetes Mellitus, es in
completa, tanto en aspectos orgánicos como psicoló-
gicos; lo que repercute directamente en su desempe-
ño individual y en su relación con su pareja.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Determinar las repercusiones en el subsistema conyugal, por desconocimiento de la Diabetes Mellitus, en el Area Sexual.
- 2.- Determinar la expresión de la sexualidad por parte del paciente diabético.

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La Diabetes Mellitus es descrita por primera vez en el Eberses Papyrus (1552 AC) donde se habla de la poliuria y los medios para combatirla.

En 1869 Paul Langerhans describe la presencia de racimos en el páncreas. En 1899 se describen dos tipos de células de los islotes que durante 1907 Lane las denominó A y B, siendo Homan quien confirmara - que las células B eran productoras de Insulina.

La Diabetes sólo constituyó una verdadera entidad clínica cuando Naunyn (1905) con un criterio única ta demostró "la herencia de la propensión diabética" estableció el concepto de acidosis, la separó de la glucosuria renal y distinguió las tres formas: JUVE NIL, DEL ADULTO Y ORGANICA. (1)

La Diabetes Mellitus es la más común de las enfermedades metabólicas graves en los seres humanos. Se define como una alteración del metabolismo de la glucosa y cambios en las proteínas, lípidos, ácidos nucleicos y complejos en éstos grupos y, como un Síndrome de evolución crónica, con predisposición hereditaria en la cuál existe una falla de la reserva pancreática, con la disminución cuantitativa y/o cualitativa de la Insulina circulante, ocasionando una alteración en las diferentes etapas de su evolución y daño micro y macrovascular y trastornos neurológicos. (2)

CLASIFICACION DE LA DIABETES

A.- PRIMARIA

- 1) Diabetes Mellitus Insulinodependiente (IDDM Tipo I)
- 2) Diabetes Mellitus No Insulinodependiente (NIDDM Tipo II)

La Insulina en el plasma está baja. Los niveles de glucagón están elevados. La NIDDM: principia a la mitad de la vida o un poco más tarde. Síntomas de inicio gradual, los niveles de insulina plasmática son normales o elevados. (2,3,4)

DIAGNOSTICO

El National Diabetes Data Group de los Institutos Nacionales de Salud, ha recomendado nuevos criterios para el diagnóstico:

- 1) Ayuno.- Concentración de glucosa en sangre venosa mayor o igual a 140 mg/100 ml por lo menos en dos determinaciones hechas por separado.
- 2) Después de la ingesta de 75 gr de glucosa: Concentración de glucosa en sangre venosa mayor o igual a 200 mg/100 ml a las 2 hrs y por lo menos en otra ocasión. (2,4,5)

El diagnóstico es relativamente sencillo, cuando un paciente presenta signos y síntomas atribuibles a diuresis osmótica y al mismo tiempo se demuestra que tiene hiperglucemia.

TRATAMIENTO

- Dieta.- Compuesta por 50% de carbohidratos, 30% de proteínas y 20% de grasas (5), debe incluir aumento de ácidos grasos poliinsaturados y debe aumentarse la cantidad de fibras en la dieta para retardar la absorción de carbohidratos. La administración de dietas ricas en fibras y carbohidratos, aumenta la capacidad funcional de los receptores celulares de la Insulina en los diabéticos. (5,6,7,8)

- Insulina.- Se requiere para todos los pacientes - Tipo I y en algunos casos de NIDDM. Se han descrito tres tipos de regímenes terapéuticos: el convencional, el uso de inyecciones subcutáneas múltiples y

la inyección subcutánea de Insulina continua.(2.4.5)
Existen varias Insulinas disponibles de acción rápida, intermedia y lenta. (9)

- Agentes Bucales.- Sulfonilureas que actúan estimulando la liberación de Insulina por las células beta. Aumentan el número de receptores de la Insulina en los tejidos blanco y mejoran la distribución de la glucosa por la Insulina.
Se disponen de 4 formas principales de Sulfonilureas la tolbutamida y olazamida, que tienen vidas medias más o menos cortas y son inactivadas por el hígado. La acetohexamida es metabolizada por el hígado, pero el principal metabolito hepático retiene su actividad hipoglucemiante, lo mismo sucede con la cloropropamida. (2,4,9)
Las Biguanidas actualmente están en desuso por el riesgo de provocar Acidosis Láctica.(5)

COMPLICACIONES

El paciente diabético está propuesto a una serie de complicaciones agudas y crónicas cuando su control no es adecuado, y entre éstas son de importancia el coma cetoacidótico, el coma hiperosmolar, el coma hipoglucémico, la acidosis láctica (2), y las secundarias a compromiso vascular en forma de macro y microangiopatías respectivamente.(2)
La complicación que en éste trabajo nos interesa es la Impotencia Sexual, que aparece por una alteración y destrucción de las terminaciones nerviosas en el área genital (neuropatía diabética) y, disminución de la función androgénica con disminución de los niveles de FSH, LH y cambios microvasculares. (2, 10, 11, 12, 17, 26, 27, 28)

La primera investigación formal sobre Impotencia y Diabetes, la llevaron a cabo Rubin y Babbot, en 1958, concluyendo que la impotencia en diabéticos es 2 a 5 veces mayor que en la población total.

El 70% de los hombres con una edad promedio de 50.7 años, con Diabetes de menos de un año de aparición sufrían impotencia, de los que tenían Diabetes de 5 años de evolución, el 43% eran impotentes (edad promedio de 57.8 años) y aquellos con Diabetes de más de 5 años, el 45% padecía impotencia (edad promedio 52.1 años). (15,16,24,27)

El 60% de los pacientes desarrollan impotencia dentro de los 5 años posteriores al diagnóstico Clínico y el 30% lo hacen dentro del primer año. Parece no haber relación entre la edad del paciente, el inicio del padecimiento, la severidad del mismo y la incidencia de la impotencia. (15,16,24,27)

Un tipo corriente de disfunción sexual en los diabéticos es la Byaculación Retrógrada. (16)

IMPOTENCIA ORGANICA DE LA ERECCION

El pene no puede tornarse lo suficientemente rígido para culminar las relaciones sexuales en más del 25% de las ocasiones en que ello puede hacerse. No es raro que la compañera sexual del paciente confunda ésta incapacidad de la erección con pérdida del interés en ella, por un amorio imaginario con otra mujer. Con frecuencia es la esposa quién hace que el médico enfoque la atención en el problema, (16,28), con tacto, se anima al paciente a hablar con franqueza y a fondo acerca de la dificultad sexual, cuando se informa de ella. En la neuropatía diabética con frecuencia hay desaparición gradual de las erecciones matutinas tempranas y nocturnas. (16,17)

TRATAMIENTO DE LA IMPOTENCIA DE LA ERECCION

La impotencia puede ser pasajera durante periodos - de Diabetes Ingovernada y mejora después de dismi
nuir la hiperglucemia. Debe mejorarse el estado ge
neral de nutrición del paciente y llevar a cabo un control estricto de la Diabetes. Se ha descrito la implantación quirúrgica de una prótesis de silicona en los cuerpos cavernosos. (16,17,18,28)

EDUCACION DE LA SEXUALIDAD

Las bases de la educación sexual las tenemos en:

- a) La Familia.- Primer grupo del que se forma parte y del que se adquieren los valores básicos acerca del sexo y la sexualidad.
- b) La Escuela.- Cuando la escuela y la familia no van de acuerdo con sus mensajes, actitudes y conceptos, existe incongruencia, provocando una situación conflictiva en los niños, motivada por la contradicción.
- c) El Grupo de Amigos.
- d) La Religión.
- e) Medios de Comunicación Masiva (19).

El proceso de la educación de la sexualidad puede darse de modo formal e informal. (19)

La educación debe abarcar dos aspectos básicos:

- a) Formación: incluye actitudes, formas y valores acerca del sexo, que contribuyen a su propio bien y al de la Sociedad en la que viven.
- b) Información: Toda la información que se proporciona acerca de la sexualidad tanto de modo formal como informal.(19)

La Educación Sexual se compone de tres aspectos:

- a) Vivencias
- b) Actitudes
- c) Información (20)

Los estudios realizados han demostrado la importancia de ciertas vivencias para una vida heterossexual y afectiva apropiada. Una vivencia importante es la masturbación. De ahí que la educación sexual no empieza cuando nace el niño, sino cuando nace su padre. La actitud se transmite a través de los actos, de las palabras y de las ideas cotidianas y empieza a formarse desde que el niño es muy pequeño. "El niño aprende la vergüenza de sus padres". (20)

La actitud sana frente al sexo, la actitud que se debe infundir a los hijos, debe ser una actitud natural, realista y positiva. Los padres deben a la vez que informan, transmitir una actitud y crear una imagen positiva de aceptación de su sexualidad y de su papel genérico sexual básico. La información hay que repetirla en muchas ocasiones y especialmente en la pubertad, de 10 a 13 años, que es cuando las vivencias sexuales adquieren su mayor importancia y se reorganiza el guión sexual para la vida del joven adulto.

LAS FUNCIONES DE LA SEXUALIDAD

La información sexual no debe limitarse a los aspectos anatómicos y fisiológicos ni al proceso de la reproducción, debe incluir todo lo que constituye la sexualidad, (20) también el papel de la sexualidad en el amor humano y en el vínculo de la pareja debe ser entendido desde antes de la pubertad. Gran parte de la educación sexual en el hombre, se lleva a cabo a través de la comunicación social. El mensaje de los medios de comunicación suele ser sin embargo, muy ambiguo en cuanto a la sexualidad y muy rígido y fantástico en cuanto a los roles sexuales.

La actividad sexual no debe ser honor ni deshonor para ninguno de los dos sexos. (20)

DESARROLLO PSICOSEXUAL

Un niño adquiere las características del pensamiento concreto hasta que tiene aproximadamente 6 años y ha pasado por las estructuras previas del pensamiento, lo que permite al niño comprender al mundo de diferente manera. Los padres contagiados por la moral sexual dominante, amenazan, golpean y prohíben a sus hijos cuando los sorprenden en alguna práctica sexual, sin percatarse que ellos están en un medio lleno de seducciones que aumentan las excitaciones sexuales naturales. (21)

LA SEXUALIDAD EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA

Es necesario recordar que el desarrollo varía según cada individuo, en cuanto a ritmo, velocidad y características particulares. (21)

NACIMIENTO A LOS 18 MESES

Sus primeras identificaciones paternas, el trato diario, las costumbres sociales, imprimen la identidad de género y forman la estructura sexual de la personalidad del niño.

DE LOS 18 MESES A LOS 3 AÑOS

Se logra una mejor diferenciación del YO con respecto al mundo exterior. El entrenamiento del control de esfínteres es crucial en el desarrollo de la sexualidad.

DE LOS 3 A LOS 5 AÑOS

La diferenciación del Yo se hace completamente cla-

ra, la lógica de ésta edad es la intuición. La exploración de su cuerpo no causa ningún daño físico o mental y ayuda a integrar y a conocer su autoimagen. Aparece un período en que los niños sienten rivalidad con el padre del mismo sexo y muestran especial preferencia por el del otro.

DE LOS 6 AÑOS HASTA ANTES DE LA PUBERTAD

La integración del YO es mucho más completa y el pensamiento es concreto. Se forman grupos de amigos del mismo sexo y no se admite que nadie del otro sexo irrumpa en ellos (Isófilia).

PRIMERA FASE DE LA ADOLESCENCIA (11 A 15 AÑOS)

Se caracteriza por la búsqueda de autonomía, independencia y propia identidad, la rebelión a todo lo que significa autoridad y el inicio del pensamiento abstracto (hipotético-deductivo). Aparecen los conflictos bisexuales.

SEGUNDA FASE DE LA ADOLESCENCIA (15 A 18 AÑOS)

Se caracteriza por la cantidad de decisiones trascendentes que el joven va a tener que tomar. El joven aún no alcanza la madurez psicológica y social y la sociedad no le permite alcanzar o canalizar libremente su impulso sexual por lo que selecciona entre una o varias alternativas de acuerdo a su edad, sexo y tipo de educación recibida.

JUVENTUD (19 A 23 AÑOS)

Es la etapa en la que el Status Sexual propio, es parte del Status Social.

EDAD ADULTA (23 a 30 AÑOS)

Se asumen más responsabilidades sociales y económicas.

31 A 45 AÑOS

El coito marital puede declinar en cuanto a frecuencia, en éstos casos se puede hablar de una deserotización hacia la mujer/madre por parte del hombre, - debido a una educación en la que se ve al sexo unido únicamente a la reproducción.

Es un periodo en que se da más la actividad extramarital y se requiere de ajustes en la Dinámica Familiar.

MAJUREZ (40 A 60 AÑOS)

Etapa de consolidación de la pareja. La crisis inicial de temor a la vejez dificulta al adulto maduro ajustar sus impulsos y sentimientos sexuales. En la pareja puede persistir la masturbación como desahogo sexual complementario o substitutivo.

SENECTUD (DE LOS 60 AÑOS EN ADELANTE)

Factores biológicos, la presión social y el sentimiento de ya encontrarse al final del camino, pueden dificultar la actividad sexual satisfactoria.

(21)

CONCEPTO DE NORMAL EN SEXUALIDAD

Específicamente en Sexualidad si tratamos de obtener el concepto de normal y teniendo como punto de partida el saber que la sexualidad es el conjunto. ca racterísticas biopsicosocioculturales que diferencian a los seres humanos en hombres y mujeres. nos encontramos conque de manera tentativa, se le puede enfocar desde diferentes criterios, (22) el normati vo y el de naturaleza común.

El concepto de Salud Sexual incluye 3 elementos bá sicos: 1) La capacidad de disfrutar las conductas sexual y reproductiva de acuerdo con una ética so cial y personal, 2) estar libre del temor, la ver güenza, la culpa y otros factores psicológicos que inhiben la respuesta sexual y limitan las relaciones sociosexuales, 3) estar libre de perturbaciones enfermedades y deficiencias orgánicas que interfieren con las funciones sexual y reproductiva.

CONCLUSION: No hay nada que sea Normal. (22)

CONDUCTA SEXUAL Y APRENDIZAJE

La conducta sexual es en gran parte socialmente a prendida y no biológicamente determinada en base a los siguientes hechos:

- a) La evolución filogenética de la conducta
- b) La diversidad sociocultural
- c) Las diferencias individuales, en individuos de - un mismo grupo cultural y aún familiar.
- d) La influencia única y decisiva del sexo de asignación y crianza. (23)

RESPUESTA SEXUAL HUMANA

..

Es una respuesta integral del organismo, que engloba cambios fisiológicos a nivel de la esfera genital como extragenital, (involucra al organismo en su totalidad).

Masters y Johnson mencionan 4 fases:

- a) EXCITACION
- b) MESETA
- c) ORGASMO
- d) RESOLUCION

La Dra. Kaplan menciona tres fases en la RSH (Respuesta Sexual humana) :

- a) Deseo
- b) Excitación
- c) Orgasmo (25,29)

ASPECTOS SOBRE FAMILIA

"La Familia es la Unidad Básica de la Sociedad que se encarga de la unión del hombre y la mujer para - engendrar descendientes y asegurar su crianza y educación. El cambio progresista de la caza a la cultura como forma de vida, trajo consigo un cambio de la familia matriarcal a la patriarcal y el desarrollo del valor de la propiedad. La Revolución Industrial trajo consigo profundos cambios en la Estructura Familiar. Nadie puede predecir lo que traerán la Energía Nuclear y la Era del Espacio".(14,32)
El ambiente familiar se convierte en un medio que - influye sobre el individuo, ya sea inhibiendo o favoreciendo su desarrollo; fenómeno que ha sido observado a través del tiempo y en los diferentes grupos culturales. (1,32)

La Estructura de la Organización Familiar no es en ningún sentido estática o sagrada. Tampoco es la familia el pilar de la Sociedad, es más bien la Sociedad la que moldea el comportamiento de la familia, así como su funcionamiento para lograr su mayor utilidad. (16) Se caracteriza a veces a la familia como un organismo, lo que sugiere instantáneamente el núcleo biológico de la familia; atribuye a la familia las cualidades del proceso viviente y unidad funcional, sugiere que la familia posee una Historia Natural propia, de su vida, un período de germinación, nacimiento, crecimiento y desarrollo, una capacidad para adaptarse al cambio y las crisis; una lenta declinación y finalmente la disolución de la familia vieja en la nueva. (37,38)

LA SOCIEDAD INDUSTRIAL Y LA FAMILIA

Tanto en el enfoque estructural funcionalista como

en el Marxismo, encontramos varios puntos de contacto, destacando entre éstos, el que el proceso de socialización se lleva a cabo a través del carácter social, es un proceso que para la mayoría de los miembros de la sociedad es inconsciente. Generalmente el individuo no cuestiona el pequeño ámbito en el que crece y se desarrolla. Hay una aceptación tácita a los valores y costumbres imperantes, que a pesar de poder ser criticados, pocas veces se lucha conscientemente por modificar o derogar.

Cuando una sociedad posibilita la satisfacción óptima de las necesidades del hombre y su familia, podemos considerarla sana; en cambio cuando ésto no se logra, estamos en un ambiente social necrófilo, destructivo, enajenante.

México por ser un país en desarrollo, es paradójicamente una nación muy polarizada en cuanto a sus clases sociales.

Se habla del México Rural con características específicas que afectan sensiblemente a la Dinámica Familiar, como son la pobreza lacerante del campo, el alcoholismo, la desnutrición infantil, el analfabetismo, la insalubridad, la necesidad del padre de emigrar al extranjero o a las ciudades, etc., impide a las personas poder solventar sus necesidades espirituales y materiales. Pero éste México depende en muchos aspectos de otro México, el urbano, el de las grandes ciudades, el que se está industrializando. (39,40)

El Dr. Jorge Silva ha elaborado una tipología de los caracteres dominantes de los esposos en la Sociedad Actual:

I.- Los individuos de carácter predominantemente receptivo (-pasivo-)

A) Se casan por depender de alguien, por tener a quien quien los cuide y los proteja. La relación se caracteriza por la sumisión pasiva, ser

vil, de un cónyuge a otro. Sexualmente son po
tentes o impotentes, frígid
as o capaces de una
respuesta orgásmica; en general, los unos a los
otras no quieren crecer, desean permanecer ni
ños. (40)

B) Un segundo tipo es cuando el matrimonio se ve -
motivado por temor a vivir solos. Su caracterís-
tica es el parasitismo y la poca o nula impor-
tancia que tiene el cónyuge.

II.- En el tipo de carácter predominantemente Explo
rador (-posesivo-):

C) Se casan por tener posesión y dominio sobre al
guien. Su característica es la explotación agro
siva cubierta o encubierta, de que son objeto -
los seres que le pertenecen.

Sexualmente buscan anular al compañero o compa
ñera y llegan a provocar impotencia genital en
caso de que el anulado sea el hombre. (40,41)

III.- Los de carácter predominante Acumulativo (des
tructivo) :

D) Se casan y paulatinamente anulan y destruyen al
cónyuge, ellos son promiscuos y no es infrecuen-
te que sean atentos y amables con las prostitu-
tas y/o sus amantes ocasionales, y fríos o bien
descorteses, groseros y vulgares con la esposa.
(40)

IV.- Carácter predominantemente Amoroso (productivo)

E) Se casan libres de los lazos de dependencia más
ostensibles y de sus temores irracionales más a
centuados. (40,41)

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

La familia es en esencia un sistema vivo de tipo abierto y pasa por un ciclo donde despliega sus funciones: Nacer, Crecer, Reproducirse y Morir. (42)

La familia como un sistema incluye en su órbita 3 subsistemas principales:

- 1) El Subsistema Conyugal (la pareja)
- 2) El Subsistema Padres-Hijos (parental)
- 3) El Subsistema Hermanos (fraterno)

No es fácil describir la estructura emocional de la vida familiar, sin embargo, existen algunas categorías útiles para investigar una familia:

- a) La capacidad para conocer y resolver problemas emocionales.
- b) La intensidad y calidad de la comunicación.
- c) La clase y graduación de la expresión afectiva.
- d) El nivel de autonomía que se permite a sus miembros.
- e) La presencia o ausencia de problemas psicopatológicos en tres o más miembros de una familia.
(36,42)

LAS FASES DE LA PAREJA

Pollak (1965) describe cuatro fases por las que atraviesa una pareja:

- 1) Antes de la llegada de los hijos
- 2) La crianza de los hijos
- 3) Cuando los hijos se van del hogar
- 4) Después de que los hijos se van

Dentro de cada una de éstas fases existen incesantes interacciones entre los miembros de la familia, que se dividen en cuatro grandes áreas:

- i) Área de Identidad
- ii) Área de Sexualidad

iii) Area de la Economía

iv) Area del Fortalecimiento del Yo (42)

Se describen tres tipos principales de fallas que suelen identificarse en la pareja:

- a) El no darse mutuamente (no proveer)
- b) La desarmonía de la relación
- c) Las llamadas trampas de la relación (42)

MATRIMONIO

¿ Que nos direis sobre el matrimonio, Maestro ?
Y el respondi6 diciendo:
Nacisteis juntos y juntos para siempre,
Estareis juntos cuando las alas blancas de la muerte
esparzan vuestros dias.
Sf; estareis juntos aùn en la memoria silenciosa de
Dios.
Pero dejad que haya espacios en vuestra cercanfa.
Y dejad que los vientos del cielo dancen entre voso-
tros.
Amaos el uno al otro pero no hagais del amor una a
tadura.
Que sea mäs bien, un mar movible entre las costas -
de vuestras almas.
Llenaos uno al otro vuestras copas pero no bebais
de una sola copa.
Daos uno al otro vuestro pan pero no comais del mis-
mo trozo.
Cantad y bailad juntos, y estad alegres, pero que
cada uno de vosotros sea independiente.
Las cuerdas de un Laúd están solas aunque tiemblen_
con la misma música.
Dad vuestro corazón pero no para que vuestro compa-
ñero lo tenga.
Porque sólo la mano de la vida puede contener los
corazones.
Y estad juntos, pero no demasiado juntos.
Porque los pilares del Templo están aparte.
Y ni el Roble crece bajo la sombra del Ciprés ni el
Ciprés bajo la del Roble. (43)

En el matrimonio los hombres esperan que la mujer -
se preocupe por satisfacer sus necesidades, que dig-
irute su fuerza y su cuerpo, lo vea como un guía sa

bio y esté dispuesta a ayudarlo en todo lo que necesite. Las mujeres esperan tener a un solo hombre - que las ame, las respete, valore y apoye en los momentos difíciles. Es necesario que una relación cotidiana requiera mucho más. (44)

Existen 3 elementos en una pareja: tú, yo y nosotros. Así yo te hago más posible a tí, tú me haces más posible a mí y yo hago más posible a nosotros; tú nos haces más posible a nosotros y nosotros hacemos cada tú y yo más posible. (44)

DESAJUSTES MATRIMONIALES

Cuando las personas que forman un hogar no logran tener un ajuste adecuado en sus relaciones interpersonales, se originan conflictos que pueden llevar a la separación o al divorcio.

La desconfianza, la duda, el temor, la falta de convicciones en sus propios valores, la hipocresía, el miedo a reconocer sus limitaciones, a aceptar con objetividad el mundo en que se vive, son rasgos que fomentan la crisis de la pareja. (42)

COMUNICACION

Según Cherry "la comunicación humana es esencialmente una relación social". (45)

Comunicarse es el proceso de dar, recibir o intercambiar información.

Según Satir desde que el ser humano nace, la comunicación es el factor singular más importante para determinar que tipo de relaciones interpersonales el individuo hace con otros, y que le pasa en el mundo que lo rodea. (46)

La manera de comunicarse depende de tres factores:

a) Nuestros valores, o sea nuestros conceptos acerca de cómo sobrevivir bien y acerca de cuáles son nuestros deberes y derechos. b) Nuestras expectativas del momento basadas en nuestras experiencias pasadas y c) Nuestros conocimientos, basados en lo que hemos vivido y en lo que nos han enseñado. (45)

Satir cree que hay cinco métodos básicos que la gente usa para comunicarse. Estos son: conciliatoria, concurante, superrazonable, irrelevante y congruente. (46,47,48)

Un proceso de comunicación es un sistema que permite transferir información desde un punto llamado emisor hasta otro, denominado receptor. Incluye los siguientes elementos:

- a) La Fuente de la Comunicación
- b) El Emisor-Encodificador
- c) El Mensaje
- d) El Canal
- e) El Receptor-Decodificador
- f) El Destino de la Comunicación

El Mensaje representa el resultado material de la actividad de quien emite la comunicación, el producto físico del Emisor-Encodificador.

Consta de tres aspectos: a) Código.- Conjunto de -

símbolos estructurados, b) Contenido.- Los elementos deben guardar determinado orden y estructura a fin de que en conjunto adquieran significado y c) - Tratamiento del Mensaje.- Deben ser preparados antes de ser emitidos, debe dárseles soporte material

Se han descrito cinco vías de comunicación:

- 1) Consonancia.- Es la vía saludable de la comunicación y se refiere a aquella en que emoción y comportamiento concuerdan perfectamente con el mensaje dado.
- 2) Censura.- Reacción común del individuo que se siente constantemente amenazado.
- 3) Sumisión.- Característico del individuo agobiado por la culpa.
- 4) Intelectualización.- Es aquél que se comporta o interactúa como si no tuviera emociones.
- 5) Indiferencia.- Nunca puede dar apoyo ni enaltecer a los demás miembros, sólo sirve para amenazar y sobajar. (46,47,50)

Fué Haley quien observó que los sistemas de comunicación que operan dentro de la familia, son diferentes de los que se usan en otros grupos y unidades.

En relación a la comunicación dice: hay varios presupuestos básicos en el estudio de la familia:

- a) Los miembros actúan entre ellos de una manera diferente de como lo hacen con otra gente.
- b) Los millones de respuestas que tienen los miembros siguen ciertos patrones.
- c) Estos patrones persisten dentro de una familia - durante muchos años, se influenciarán las expectativas y el comportamiento del niño con otras gentes al dejar la familia.
- d) El niño no es un receptor pasivo de lo que sus padres hacen con él, sino un colaborador en la creación de los patrones familiares. (47)

Según Epstein y otros, se pueden dividir los temas

de la comunicación familiar en: a) Comunicación Afectiva, o sea todos los mensajes que se refieren a emociones, b) Comunicación Instrumental o sea, todos los mensajes que se refieren a las cosas que tenemos que hacer para sobrevivir cada día.

Los mensajes según la calidad se pueden dividir en:

- a) Mensaje Claro
- b) Mensaje Enmascarado
- c) Mensaje Directo y Recto
- d) Mensaje desplazado o Indirecto

Se puede decir que la comunicación entre la gente ocurre en dos niveles: el consciente y el inconsciente. En el transcurso de la vida cotidiana un individuo puede usar una o varias de las vías de comunicación ya enunciadas.

Don Jackson opina que las familias se pueden categorizar en términos de la manera como se comunican y así delinea cuatro categorías:

- 1) Una relación satisfactoria y estable.
- 2) Una relación satisfactoria pero inestable.
- 3) Una relación insatisfactoria e inestable.
- 4) Una relación insatisfactoria y estable. (47)

APECTIVIDAD

La realización plena del amor inicial de una pareja depende de cómo las dos personas hacen funcionar - los elementos tú, yo, nosotros. El factor crucial - para entender cómo se realiza la relación amorosa i nicial, es el sentimiento de estimación que cada u no tiene de sí mismo, junto con la manera en que lo expresa y qué exigencias le hace al otro y como re sultado, la manera de actuar de cada quién con res pecto al otro.

Los sentimientos amorosos y las atenciones que se manifiestan durante el noviazgo, se realizan duran te el matrimonio, sólo si la pareja entiende que su amor debe ser alimentado cada día. Una nutrición e fectiva se relaciona con el proceso que la pareja - logra establecer entre los dos. El proceso se refie re al cómo del matrimonio y consiste en las decisio nes que ambos toman y la forma de actuar de acuerdo a éstas decisiones. (44)

La afectividad requiere la ayuda mutua para apren- der el papel de esposo y esposa.

La expresión de sentimientos en la familia se en- cuenta algo así como un refugio ante el stress ex terno, se considera el lugar en que pueden manifes- tarse libremente los sentimientos.

En el Area de Identidad es ahora más necesario que nunca el apoyo mutuo entre los esposos para conti- nuar en la búsqueda de nuevos estímulos y nuevas me tas para el matrimonio.

Deberá existir la seguridad de seguir recibiendo ca riño y cuidados del otro, aún cuando cada quién ten ga intereses diferentes.

En el Area de la Sexualidad deberá buscarse un apo yo incondicional a las dificultades que aparecen - con la edad misma.

Se requiere de un apoyo constante para sostener con fuerza y dignidad el rol del PACIENTE DIABETICO. que la sociedad aún no ha logrado visualizar, comprender y apoyar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Las alteraciones afectivas y comunicacionales en la pareja, en la cuál el cónyuge masculino es diabético, con alteraciones secundarias al padecimiento, de Impotencia Sexual, son debidas al desconocimiento de la Historia Natural de la Enfermedad, por una inadecuada información acerca de la Sexualidad ?

ESPECIFICACION DE VARIABLES

Variable Independiente: Impotencia Sexual.

Variable Dependiente: Alteraciones Afectiva y Comunicacional en el Sub sistema Conyugal.

HIPOTESIS

El desconocimiento de la Historia Natural de su padecimiento y una inadecuada Información Sexual por el Médico Familiar, provocan alteración de tipo comunicacional y afectiva en el Subsistema Conyugal en pacientes Diabéticos tipo II o no Insulinodependientes de más de 5 años de evolución y con Impotencia Sexual.

TIPO DE ESTUDIO

- Prospective
- Longitudinal
- Observacional
- Descriptivo

UNIVERSO DE TRABAJO

Constituido por pacientes Diabéticos No Insulinede
pendientes, derechohabientes, del Area de Influen
cia de la Unidad de Medicina Familiar número 33.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes masculinos.
- Con Diabetes Mellitus, No Insulinodependientes.
- Que estén o no en grupos de diabéticos controlados por Trabajo Social.
- Que asistan regularmente o no a consulta externa de Medicina Familiar.
- Con tratamiento médico regular o no de su padecimiento.
- Edad: 35 a 55 años.
- Que vivan con su pareja.
- Que sean derechohabientes.
- Evolución del padecimiento de 5 años o más.
- Que sean padres de familia.
- Que asistan a cualquier consultorio de la Unidad de Medicina Familiar número 33. (Horario : de 8 a 14:00 hrs)
- Que sean impotentes sexuales.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- No derechohabientes.
- Pacientes femeninos.
- Que no vivan con su pareja.
- Evolución del padecimiento menor de 5 años.
- Alcohólicos crónicos.
- Menores de 35 años de edad y mayores de 55 años.
- Que tengan otros padecimientos metabólicos.
- Hipertensos, excepto los tratados con Captopril y Prazocin.
- Que no tengan hijos.

OBTENCION DE LA MUESTRA

Muestra por cuota en un tiempo determinado, (del 1º de marzo al 30 de mayo de 1987) con pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión anotados previamente.

CAPTACION DE LA INFORMACION

Para la realización del análisis de los formatos de captación de la información de los pacientes entrevistados, fué necesario realizar la conversión de los datos cualitativos a cuantitativos mediante la ponderación de los diferentes reactivos, conforme a lo siguiente:

1.- Para valorar la información sobre Diabetes Mellitus, incluyendo la Historia Natural de la Enfermedad y la Actividad Sexual, en el grupo experimental se tomaron y cuantificaron los siguientes reactivos: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 23, 24, 27; con ponderación máxima de 18.

Pregunta 1:

- ¿ Qué es la Diabetes ?
- a) Sabe 2
- b) Tiene información de lo que es la Diabetes Mellitus 1
- c) No sabe 0

Pregunta 2:

- ¿Cuál es el tratamiento de la Diabetes ?
- a) Dieta e Hipoglucemiantes orales 2
- b) Dieta e Insulina 2
- c) Dieta 2
- d) Medicamentos 1
- e) Medidas generales y/o remedios caseros . 0

Pregunta 3:

- ¿ Si no lleva usted un control adecuado de su Diabetes, que sintomatología puede presentar ?
- a) Sintomatología osmótica más ataque al estado general 2
- b) Sintomatología osmótica 1
- c) Ataque al estado general 1
- d) Ignora cuadro clínico 0

Pregunta 5:

- ¿ El empleo de Insulina en el tratamiento de la -
Diabetes ocasiona alguna alteración ?
- a) Ninguna 2
 - b) Lo ignora 0

Pregunta 6:

- ¿ Su Médico Familiar le ha informado acerca de su -
padecimiento ?
- a) Sí, de la Micro, Macroangiopatía y Neuropatía.. 2
 - b) Sólo de la Micro o Macroangiopatía o Neuro-
patía 1
 - c) Sí, aunque no en forma específica de las -
complicaciones 1
 - d) No ha recibido información acerca de las -
complicaciones del padecimiento 0

Pregunta 7:

- ¿ Cada cuando lo cita su Médico Familiar para el
control de su Diabetes ?
- a) Cada mes 2
 - b) Cada 2 meses o más 1
 - c) Acude con su Médico Familiar sólo cuando no tie-
ne medicamentos y/e hay descontrol de su pade-
cimiento, aunque tenga cita regular ... 0

Pregunta 23:

- ¿ Antes de ser diabético la relación íntima con su
pareja era satisfactoria para usted ?
- a) Frecuentemente 2
 - b) Rara vez 1
 - c) Nunca 0

Pregunta 24:

- ¿ Los primeros cinco años de ser diabético esa re-
lación íntima tuvo algunos cambios ?
- a) No hubo cambios 2
 - b) Sí, afectando alguna de las fases del modelo de
Kaplan 1
 - c) No son específicos los cambios 0

Pregunta 27:

- ¿ Actualmente esa relación íntima ha sufrido algunos cambios en relación a lo mencionado anteriormente ?
- a) Sí y especifica los cambios 2
 - b) Cambios no específicos 1
 - c) No ha habido cambios 0

La calificación asignada fué en base a los siguientes criterios, previa conversión de las sumatorias de los diferentes reactivos a escala de 2.

	CALIFICACION
ADECUADA	14 a 18
INADECUADA	0 a 13

II.- Para valorar Comunicación y afecto en el Subtema Conyugal, así como Actividad Sexual, se seleccionaron y cuantificaron los siguientes reactivos: 4, 12, 13, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 30, 33 y 34; con ponderación máxima de 28.

Pregunta 4:

- ¿ El ser diabético le ha ocasionado algún problema en su trabajo y/o en su hogar, (específicamente en su matrimonio) ?
- a) Ninguno 2
 - b) Deficiencias en la comunicación 1
 - c) Autoestima baja 1
 - d) Autoestima baja y comunicación deficiente ... 0

Pregunta 12:

- ¿ Cuando tiene algún disgusto en su trabajo por ejemplo, cuál es su actitud ante su esposa al llegar a casa ?
- a) Consonancia 2
 - b) Censura 1
 - c) Sumisión 1
 - d) Intelectualización 1
 - e) Indiferencia 0

Pregunta 13:

- ¿ Cuando hay problemas en casa, buscan la solución entre los dos ?
- a) Frecuentemente 2
 - b) Rara vez 1
 - c) Nunca 0

Pregunta 16:

- ¿ Comenta lo acontecido durante el día tanto en su trabajo como en su casa, (buscando el momento propicio para ello) ?
- a) Frecuentemente 2
 - b) Rara vez 1
 - c) Nunca 0

Pregunta 17:

- ¿ El ser diabético le ha ocasionado algún problema con su pareja ?
- a) Ninguno 2
 - b) Alterando comunicación afectiva 1
 - c) Alterando comunicación afectiva e Instrumental 0

Pregunta 20:

- ¿ Han tratado de resolverlos en pareja ?
- a) Frecuentemente 2
 - b) Rara vez 1
 - c) Nunca 0

Pregunta 21:

¿Cuál es la forma de expresar que quiere a su pareja ?

Comunicación Afectiva e Instrumental:

- a) Mensaje Claro 2
- b) Mensaje Directo 2
- c) Mensaje enmascarado 1
- d) Mensaje Indirecto 1
- e) No hay expresión de sentimientos o bien la comunicación instrumental es deficiente 0

Pregunta 22:

¿ Desde el inicio de su vida con su pareja, ha sido igual ésta expresión de sentimientos ?

- a) Ha variado en forma positiva o sigue igual 2
- b) Ha variado en forma negativa 1
- c) No hay expresión de sentimientos . 0

Pregunta 23:

¿ Antes de ser diabético la relación íntima con su pareja era satisfactoria para usted ?

- a) Frecuentemente 2
- b) Rara vez 1
- c) Nunca 0

Pregunta 24:

¿ Los primeros cinco años de ser diabético esa relación íntima tuvo algunos cambios ?

- a) No hubo cambios 2
- b) Sí, afectando alguna de las fases del modelo de Kaplan 1
- c) No son específicos los cambios ... 0

Pregunta 27:

- ¿ Actualmente esa relación íntima ha sufrido algunos cambios en relación a lo mencionado anteriormente ?
- a) Sí y especifica los cambios 2
 - b) Cambios no específicos 1
 - c) No ha habido cambios 0

Pregunta 30:

- ¿ Ha solicitado ayuda en alguna ocasión (y a quién) ?
- a) Sí ha solicitado ayuda (Médico) 2
 - b) Sí ha solicitado ayuda (Trabajo Social) .. 2
 - c) Sí ha solicitado ayuda (No profesional) .. 1
 - d) No ha solicitado ayuda 0

Pregunta 33:

- ¿Cuál ha sido la actitud de su pareja ante éstas situaciones con usted ?
- a) Congruente 2
 - b) Aplacador 1
 - c) Superrazonable 1
 - d) Irrelevante 0
 - e) Acusador 0

Pregunta 34:

- ¿Cuál ha sido la actitud de usted hacia su pareja ante éstas situaciones ?
- a) Congruente 2
 - b) Aplacador 1
 - c) Superrazonable 1
 - d) Irrelevante 0
 - e) Acusador 0

La calificación asignada fué en base a los siguientes criterios, previa conversión de las sumatorias

de los diferentes reactivos a escala de 2.

	CALIFICACION
ADECUADA	17 a 28
INADECUADA	0 a 16

III.- Para valorar el tipo de relación de las diferentes parejas entrevistadas (de acuerdo a los formatos aplicados al cónyuge masculino), se empleó el Modelo de Don Jackson, con ponderación máxima de 2.

- a) Satisfactoria y Estable 2
- b) Satisfactoria e Inestable 2
- c) Insatisfactoria e Inestable 1
- d) Insatisfactoria y Estable 0

**CONTRASTACION DE HIPOTESIS
ESTADISTICAS**

Ho: En los pacientes Diabéticos tipo II de más de 5 años de evolución y con Impotencia Sexual, el desconocimiento de la Historia Natural de su padecimiento, así como la Inadecuada Información Sexual, no provocan algún tipo de alteración en el Subsistema Conyugal.

Hi: En los pacientes Diabéticos tipo II de más de 5 años de evolución y con Impotencia Sexual, el desconocimiento de la Historia Natural de su padecimiento, así como la Inadecuada Información Sexual, son factores determinantes en las alteraciones de tipo comunicacional y afectiva en el Subsistema Conyugal.

La contrastación de la Hipótesis de Nullidad se realizó mediante la elaboración de tablas de contingencia de correlación tabular con las preguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12, 13, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 30, 33 y 34 del formato de entrevista realizado. Se empleó la prueba de Fisher, por el tamaño de la muestra.

La decisión estadística para rechazar la Ho fue: si $p < 0.05$, entonces se acepta Hi.

Para la elaboración de la tabla de contingencia y correlación, se tomó el parámetro de información en base a la conversión y ponderación de los reactivos que lo exploran, con escala del 0 al 18, tomando como información adecuada de 14 a 18 y como información inadecuada de 0 a 13.

La Dinámica del Subsistema Conyugal (aspectos comunicacional y afectivo), se ponderó a escala de 0 a 28, tomando como adecuada de 17 a 28 y como inadecuada de 0 a 16.

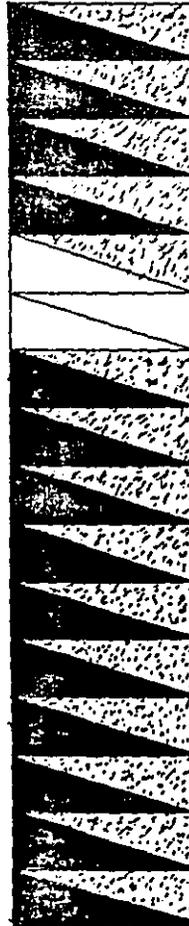
AMBITO GEOGRAFICO INVESTIGACION

Area de Influencia de la Unidad de Medicina Familiar número 33 del IMSS, perteneciente a la Delegación número 35 Noroeste.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

SEPTIEMBRE	1986
OCTUBRE	1986
NOVIEMBRE	1986
DICIEMBRE	1986
ENERO	1987
FEBRERO	1987
MARZO	1987
ABRIL	1987
MAYO	1987
JUNIO	1987
JULIO	1987
AGOSTO	1987
SEPTIEMBRE	1987
OCT. Y NOV.	1987
NOV. Y DIC.	1987
ENERO	1988



LO PLANEADO



LO REALIZADO



FUENTE DE INVESTIGACION: PERSONAL

DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE TRABAJO

- 1.- SELECCION DEL TEMA A INVESTIGAR.
Del 1° al 5 de Septiembre de 1986.
- 2.- PRESENTACION ANTE EL ASESOR DEL TEMA A INVESTIGAR
El 20 de Octubre de 1986.
- 3.- BUSQUEDA DE BIBLIOGRAFIA REFERENTE AL TEMA.
Del 5 de Septiembre al 14 de Noviembre de 1986.
- 4.- SELECCION DE LA PRUEBA ESTADISTICA.
Del 2 al 6 de Octubre de 1986.
- 5.- PRESENTACION DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION CON-
FORME A LAS NORMAS DEL IMSS.
Del 21 de Octubre al 14 de Noviembre de 1986.
- 6.- ENTREGA DEL PROTOCOLO.
15 de Diciembre de 1986.
- 7.- SELECCION DE LA LUESTRA DE ESTUDIO SEGUN LOS CRI-
TERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION Y LOS LIMITES
DEL UNIVERSO DE TRABAJO.
Del 1° de Marzo al 30 de Mayo de 1987.
- 8.- APLICACION DE ENTREVISTAS QUE CONSTAN DE PREGUN-
TAS " CLAVES ".
Del 11 de Junio al 14 de Agosto de 1987.
- 9.- RECOLECCION DE DATOS.
Del 17 al 28 de Agosto de 1987.
- 10.- ANALISIS Y RESULTADOS.
Del 1° al 30 de Septiembre de 1987.

- 11.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.
Del 1º al 9 de Octubre de 1987.
- 12.- REVISION CONJUNTA CON EL ASESOR.
Del 12 al 26 de Octubre de 1987.
- 13.- REVISION FINAL EN LA JEFATURA DE ENSEÑANZA E IN
VESTIGACION.
Del 27 de Octubre al 10 de Noviembre de 1987.
- 14.- IMPRESION DE TESIS
Del 11 de Noviembre al 30 de Diciembre de 1987.
- 15.- FECHA DE ENTREGA.
Enero de 1988.

DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

La investigación se realizó acorde al cronograma de actividades citado en el protocolo de investigación.

El universo de trabajo consistió en 23 derechohabientes adscritos a la UMF N° 33, que constituyeron el grupo experimental conforme a los criterios de inclusión y exclusión.

Este grupo se integró mediante muestreo por cuota.

Una vez integrado el grupo experimental, se procedió a seguir con los lineamientos citados en el diseño experimental.

Por el tipo de investigación, no se requirió de un grupo control.

RESULTADOS

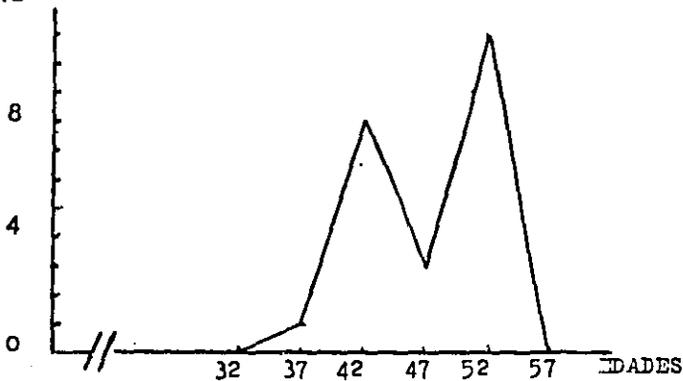
DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA
EN RELACION A EDADES
UMF N° 33
MARZO-AGOSTO 1987.

EDADES	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULADA	PORCENTAJE ACUMULADO
50 - 55	11	23	100
45 - 49	3	12	52
40 - 44	8	9	39
35 - 39	1	1	4

\bar{X} : 47.2 R : 15
Mo : 42, 52 n : 4.99
Md : 48.3 S² : 24.90

GRAFICA N° 1

F_o 12



FUENTE DE INVESTIGACION: PERSONAL

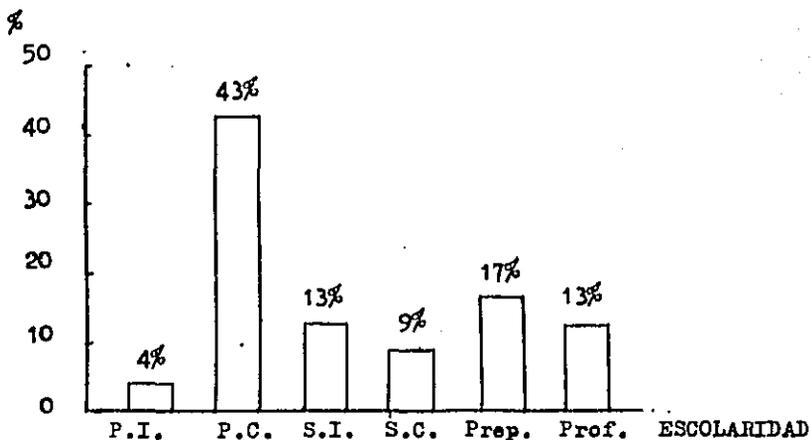
GRAFICA Nº 1:

En relación a la edad de la población investigada, - se observó que muestra un promedio de edad de 47.2 a ños, Mo: 42 y 52, Md: 48.3, R: 15, s: 4.99 y Varianza de 24.90; encontrando una curva bimodal, la cuál nos indica que el grupo de edad tiende a ser heterogéneo.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA
EN RELACION A ESCOLARIDAD
UMF N° 33
MARZO-AGOSTO 1987.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIM. INC.	1	4
PRIM. COM.	10	43
SEC. INC.	3	13
SEC. COM.	2	9
PREPARATOR	4	17
PROF.	3	13

GRAFICA N° 2



FUENTE DE INVESTIGACION: PERSONAL

GRAFICA N° 2:

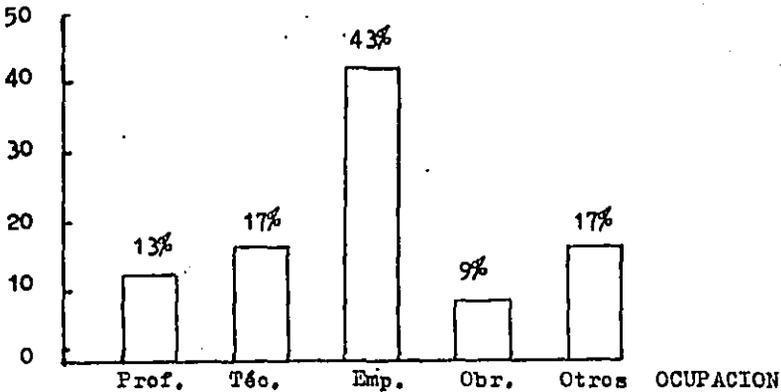
En relación a la escolaridad de la población investigada, se observó en forma significativa que el 43% del total, tiene Primaria Completa, mientras que el 4% tiene Primaria Incompleta; el 13% refirió estudios a nivel Secundaria Incompleta, 9% con Secundaria Completa, 17% con Preparatoria y sólo el 13% son Profesionistas (no médicos).

DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA
EN RELACION A LA OCUPACION
UMF N° 33
MARZO-AGOSTO 1987.

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROF.	3	13
TECNICO	4	17
EMPLEADO	10	43
OBREIRO	2	9
OTROS	4	17

GRAFICA N° 3

%



FUENTE DE INVESTIGACION: PERSONAL

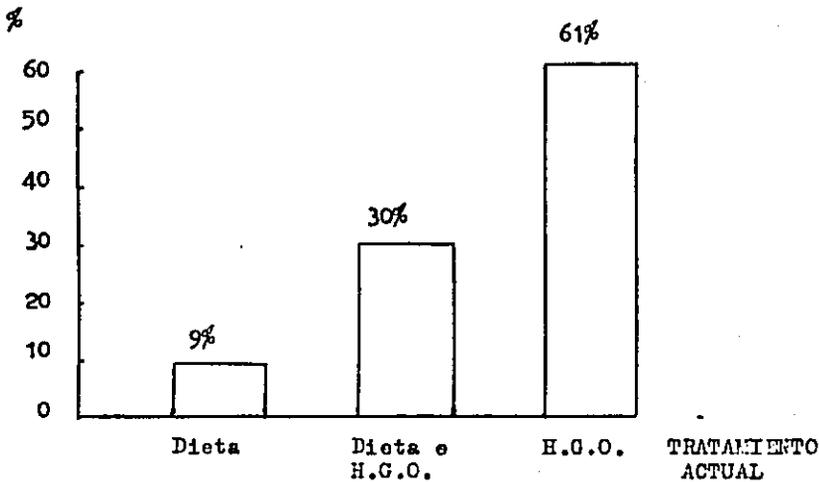
GRAFICA N° 3:

En relación a la ocupación de la población investigada, la gráfica nos reporta que el 43% del total, son empleados, el 13% profesionistas, el 17% técnicos, - el 9% obreros y el 17% tienen otra ocupación diferente a las enunciadas.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA
EN RELACION AL TRATAMIENTO ACTUAL
UMF N° 33
MARZO-AGOSTO 1987.

TRATAMIENTO ACTUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIETA	2	9
DIETA E H.G.O.	7	30
H.G.O.	14	61

GRAFICA N° 4



FUENTE DE INVESTIGACION: PERSONAL

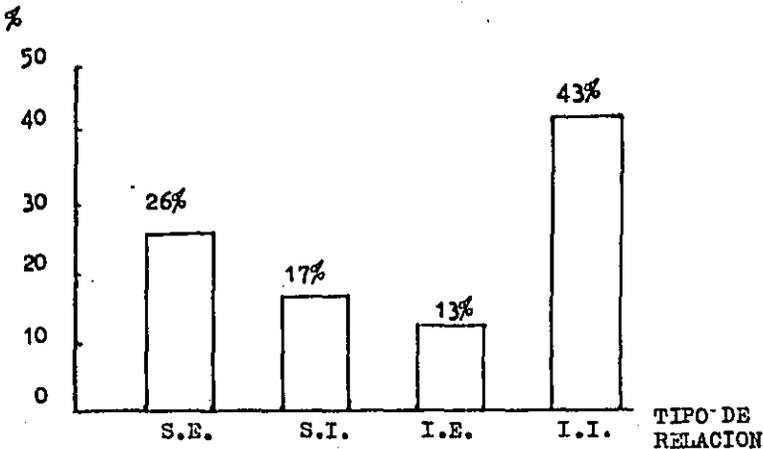
GRAFICA N° 4:

En relación a la población investigada, la gráfica muestra que el 9% sigue una Dieta como único tratamiento de su padecimiento, el 30% además de dieta, ingiere hipoglucemiantes orales y el 61% únicamente sigue tratamiento con hipoglucemiantes orales. Como sabemos, los pacientes diabéticos tipo II pueden llegar a necesitar Insulina como tratamiento, pero en la población investigada, ningún paciente está administrándose Insulina, por lo que éste dato no aparece en la gráfica.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION INVESTIGADA
EN CUANTO AL TIPO DE RELACION
DE ACUERDO AL MODELO DE DON JACKSON
UMF N° 33
MARZO-AGOSTO 1987.

TIPO DE RELACION MOD. DON JACKSON	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SATISF. Y ESTABLE	6	26
SATISF. E INEST.	4	17
INSATISF. Y ESTAB	3	13
INSATISF. E INEST	10	43

GRAFICA N° 5



FUENTE DE INVESTIGACION: PERSONAL

GRAFICA N° 5:

La gráfica nos muestra el comportamiento de las familias de acuerdo a la comunicación intrafamiliar estudiada por Don Jackson.

Así tenemos que el 26% lleva una relación Satisfactoria y Estable, el 17% una relación Satisfactoria e Inestable, el 13% una relación Insatisfactoria y Estable y, el 43% una relación Insatisfactoria e i nestable.

ANALISIS DE RESULTADOS

De la población investigada se observó que el 100 % están casados tanto por el Civil como por la Iglesia y así mismo se encontró que el 100 % de la población, tiene por religión la Católica.

De acuerdo a los formatos de entrevista aplicados a la población investigada, tenemos que el 39% del total tienen de 5 a 6 años de evolución de su padecimiento y el 61% restante, tienen de 5 a 10 años de evolución de su Diabetes Mellitus.

En relación a la edad de la población estudiada, - tenemos que hubo un promedio de 47.2, con modas de 42 y 52 y rango de 15, tendiendo a la representación gráfica bimodal.

En cuanto a escolaridad el porcentaje más elevado, - 43% lo ocuparon aquellos con primaria completa y sólo el 13% tienen una escolaridad a nivel profesional; lo que está acorde a las estadísticas de nuestro país, que reportan como nivel de escolaridad - promedio la primaria.

Por las edades de los pacientes investigados y teniendo en cuenta que éstos provienen de nivel socio económico medio y medio bajo, inferimos que el hombre aún en nuestros días, es socializado con la finalidad de desempeñar un rol social y familiar significativo como sostén de la familia.

En relación a la ocupación, sólo el 13% se desempeña como profesionistas, mientras que el 87% restante trabaja como técnico, empleado, obrero, comerciante, etc., factor sumamente importante si tomamos en cuenta el círculo social en que cada uno se desenvuelve y la influencia que ello puede tener en su comportamiento tanto a nivel laboral como en el hogar.

En lo que se refiere al tratamiento actual de los pacientes estudiados y su conocimiento sobre el mismo, es interesante el que el 9% se trata solamente con dieta, el 30% además de la dieta, se trata con hipoglucemiantes orales y el 61% sólo se trata con éstos últimos; aunque no ignoran que la dieta es parte fundamental en el tratamiento de su padecimiento.

Por otra parte, todos reconocen que la Insulina puede llegar a formar parte de su tratamiento, sin embargo, refieren temor a la misma, ya que la información que tienen acerca del medicamento es nula o totalmente distorsionada.

En cuanto al comportamiento familiar de acuerdo a la comunicación estudiada por Don Jackson y de acuerdo a su modelo establecido, tenemos que el 26% refiere una relación Satisfactoria y Estable, el 17% una relación Satisfactoria e Inestable, el 13% una relación Insatisfactoria y estable y el 43% una relación Insatisfactoria e Inestable. Porcentajes significativos si tomamos en cuenta que quienes más frecuentemente acuden en busca de ayuda profesional son los que llevan una relación Satisfactoria e Inestable y una relación Insatisfactoria e Inestable.

Un dato sumamente interesante y de acuerdo a los resultados obtenidos, es la alteración del proceso comunicacional sobre todo en el área afectiva, lo que repercute directamente en la toma de decisiones para la resolución de la problemática familiar, sobre todo a nivel conyugal. Si bien un mayor porcentaje (43.5%) reveló un adecuado conocimiento de su padecimiento y una adecuada actividad sexual, igual porcentaje refirió alteraciones comunicacional y afectiva y por lo tanto de la actividad sexual.

CONTRASTACION DE LA HIPOTESIS ESTADISTICA

CORRELACION TABULAR PARA CONTRASTACION

Ho: A = B

Hi: A > B

A.- Desconocimiento de la Historia Natural de la Diabetes Mellitus e inadecuada Información Sexual.

B.- Alteraciones de tipo comunicacional y afectivo en el Subsistema Conyugal.

GRUPO EXPERIMENTAL UMF N° 33

MARZO-AGOSTO 1987.

		Comunicación y Afectividad. Actividad Sexual.		
		Adecuado (A)	Inadecuado (B)	
H.N.E. Y Actividad Sexual.	A	1	2	3
	I	10	10	20
		11	12	N=23

Nivel de Confianza: 95% de que Ho sea falsa

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

$$p = 9.4109^{-05}$$

Como $p < 0.05$, entonces se rechaza Ho. $p < \alpha$

FUENTE DE INVESTIGACION: PERSONAL

La $p < 0.05$, por lo que la decisión estadística es - la de rechazar la hipótesis de nulidad y aceptar la hipótesis alternativa; es decir, que el desconocimiento de la Historia Natural de la Enfermedad (en éste caso de la Diabetes Mellitus) y la inadecuada Información Sexual, provocan alteraciones de tipo - comunicacional y afectivo en el Subsistema Conyugal

Esto adquiere mayor realce si observamos que sólo - el 4.7% del total de la población investigada tiene una adecuada información de su padecimiento, con una adecuada Información Sexual y por lo tanto la co municación y afecto en el Subsistema Conyugal son a decuados; el 8.7% a pesar de tener una adecuada información de su padecimiento y actividad sexual, re velan alteraciones comunicacional y afectiva en el Subsistema Conyugal; el 43.5% tienen inadecuada in formación del padecimiento y de la actividad sexual y revelan comunicación y afecto adecuados en el Sub sistema Conyugal y finalmente el 43.5% refieren ina decuada información de su padecimiento y actividad sexual así como comunicación y afecto inadecuados - en el Subsistema Conyugal.

CONCLUSIONES

- 1.- MEDICO-SOCIALES: La presente investigación muestra en términos generales que la información referente a la Historia Natural de la Diabetes Mellitus, es incompleta, en los casos en que se proporciona, dando como consecuencia desorientación y distorsión informativa en los pacientes, lo que repercute directamente en su desempeño individual y grupal.
Nuestra Sociedad no acepta del todo que el paciente diabético puede y debe llevar una vida "normal" (diversiones, ocupaciones, reuniones, etc., habituales), como cualquier persona sana y en la mayoría de los casos, los limita y destina a una vida llena de incertidumbre y temor; lo que más tarde ayudará al surgimiento de conflictos tanto intra como extrafamiliares y dificultará la toma de decisiones y el establecimiento de pautas transaccionales.
- 2.- COMUNICACIONALES: Los resultados obtenidos muestran que la información sexual como del paciente es básicamente de tipo informal y unidireccional, distorsionándose el contenido de la misma, dando como resultado en la mayoría de nuestros pacientes un sentimiento de culpabilidad que difícilmente es superado y que afecta en grado variable las vías y tipos de comunicación y establece en grado variable un tipo de relación que de acuerdo al modelo de Don Jackson puede ser: Satisfactoria y Estable, Satisfactoria e Inestable, Insatisfactoria y Estable e Insatisfactoria e Inestable.

3.- SEXUALES: De acuerdo a estudios realizados en - Houston Texas, el 50% de los pacientes diabéticos desarrollan en forma variable neuropatía periférica 25 años después del diagnóstico; aunque otros autores coinciden en mencionar que esta patología se presenta 5 a 10 años después de efectuado el diagnóstico de Diabetes Mellitus. Una de las múltiples hipótesis de la neuropatía periférica, habla del papel vascular y la hipoxia en el desarrollo de la misma. (50)
Se desconoce el papel exacto de la hiperglucemia en el desarrollo de esta complicación. pero hay evidencias de que un buen tratamiento de la Diabetes cuya finalidad sea el mantener en límites o valores normales la glucosa en sangre, retrasa la aparición de la neuropatía periférica. (50)

Los resultados obtenidos en la presente investigación, demuestran que sólo el 30% del total de los pacientes investigados, lleva un adecuado tratamiento de su padecimiento, no obstante, presentan ya neuropatía periférica del tipo de la Impotencia Sexual; lo que ha repercutido en forma importante en la actividad sexual, ocasionando deficiente comunicación en grado variable en la pareja y baja autoestima del paciente. Los pacientes no tienen una información formal sobre aspectos sexuales ni sobre la historia natural de su padecimiento, aunado esto a la aparición de complicaciones como la ya mencionada, crean en él angustia y confusión que le obstaculizan el solicitar ayuda a personal calificado como serían los médicos familiares y/o trabajo social.

En los pocos casos en que se ha solicitado información sobre estos aspectos, el paciente es mal canalizado, no se resuelven sus dudas y así se aumenta su confusión.

4.- MEDICAS: Los resultados demuestran que el paciente no recibe una información adecuada ya no tan solo de la evolución de su padecimiento, sino del tratamiento que debe seguir; en la mayoría de los casos el prescribir medicamentos con un horario determinado, resulta rutinario por parte del médico familiar y para el paciente es tedioso seguir las indicaciones, ya que desconoce el porqué del horario y los medicamentos, su funcionamiento a nivel general y la importancia que ello tiene en el control de la Diabetes. Por otra parte, el seguir un tratamiento dietético, es incómodo para el paciente, ya que desconoce el valor real de éste aspecto en el control de su padecimiento.

La conducta del paciente ante el empleo de insulina como parte de su tratamiento, es de rechazo, ya que no ha sido sensibilizado ante ésta posibilidad terapéutica y ésto secundario también a la inadecuada información que tiene.

Finalmente concluimos que los pacientes estudiados revelaron en su familia, específicamente en su relación de pareja, cierto grado de disfuncionalidad y que de acuerdo a la comunicación intrafamiliar que constantemente se está dando, revela la estabilidad o inestabilidad, satisfacción o insatisfacción de su relación.

El paciente diabético y además impotente sexual no es un ser aparte, su rol social e intrafamiliar, es semejante al del paciente sano; de la orientación, información y apoyo profesionales que se le brinden, depende la aceptación de su padecimiento y del tratamiento, así como el establecimiento de pautas transaccionales acordes a la situación familiar.

SUGERENCIAS

El médico familiar debe prestar mayor atención a la tarea de informar a la población de la cuál es responsable, aspectos de tipo médico, mantener una comunicación y seguimiento constantes de sus pacientes, con el fin de que los dinámicos en la relación médico-paciente se den en forma adecuada, lo que repercutirá de manera positiva en el tratamiento y por ende en la evolución de los diferentes padecimientos por los cuáles es consultado, adquiriendo mayor control de su población para el mejoramiento de las condiciones de vida de la misma.

Específicamente al paciente diabético se le debe informar de la importancia de la dieta y uso racional de los hipoglucemiantes orales, como base del tratamiento, para un mejor control de su padecimiento, lo que favorecerá en cierto grado el retardo de la aparición de complicaciones tales como la microangiopatía, macroangiopatía y neuropatía periférica. Se deberá también sensibilizar al paciente para el empleo de insulina, para llegado el momento, se facilite su utilización y se modifique la conducta del paciente ante éste medicamento.

Se deberá otorgar información en forma clara y completa a los pacientes, por personal capacitado y que actúe con compromiso y responsabilidad para cumplir con lo normado institucionalmente.

Se sugiere repetir la investigación, tomando como base una estructuración más completa de los formatos de entrevista, en relación a aspectos tales como roles, comunicación, respeto, individualidad, personalidad, dependencia, sentido de pertenencia, manejo de la incertidumbre, cólera, expresión de sentimientos y satisfacción familiar.

Repetir la investigación, con la aplicación de entrevistas a la pareja y tomando un grupo control y un grupo experimental, el primero con la información habitual que se otorga y el segundo con una información de tipo formal, proporcionada por personal capacitado y comparar los hallazgos en ambos grupos.

BIBLIOGRAFIA

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ruiz RReynalMargarita, Aspectos Familiares de la Diabetes Mellitus Tipo II. México D.F: 1985: 1-26
- 2.- Foster WDaniel, Diabetes Mellitus. En Peteradorf GRobert, Adams DRaymond, Braunwald Eugene, Isselbacher JKurt, Martin BJoseph, Wilson DJean, eds. Principios de Medicina Interna. 6a ed México: Libros Mc-Graw-Hill De México, S.A. De C.V., 1986: 915-41
- 3.- Prado VRodolfo, Vida de Relación Endocrinología I. México: SEIAPS UNAM, 1985: 11-61
- 4.- Vela THomero, Clínicas Médicas de Norteamérica. México D.F: Nueva Editorial Interamericana, 1982: 1145-346
- 5.- The American British Cowdray Hospital. Simposio Internacional Diabetes Hoy y Mañana, 1986
- 6.- Frati MAlberto, Fernández HJosé, Bañales HManuel, Ariza CRadl. Disminución de Glucosa e Insulina Sanguíneas por Nopal (*Opuntia sp*). Archivo de Investigación Médica, 1983; 14: 269-73.
- 7.- Anderson WJames, Story Linda, Beverly Sieling, Lin Chean, Wen-Ju. Plant Fiber Content of Selected Breakfast Cereals Diabetes Care 1981; 4: 490-92
- 8.- Frati MAlberto, Fernández HJosé, Becerril Margarita, Chávez NAdolfo, Bañales HManuel. Disminución de Lípidos Séricos, Glucemia y Peso Corporal por Plantago Psyllium en Obesos y Diabéticos. Archivo de Investigación Médica 1983; 14: 259-67

- 9.- Lerner Joseph, Haynes Robert. Insulina e Hipoglucemiantes por Vía Bucal; Glucagon. En Goodman Louis Gilman Alfred, ed. Bases Farmacológicas De La Terapéutica. 5a ed. México: Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V., 1980:1270-89
- 10.- Kozak George. Clinical Diabetes Mellitus. México City: W.B. Saunders Company, 72-541
- 11.- Aspects of Diabetic Autonomic Neuropathy. Annals of Internal Medicine 1980;92:329-42.
- 12.- Podolsky Stephen. Diagnosis and Treatment of Sexual Dysfunction in the Male Diabetic. Medical Clinics of North America 1982;66:1389-96
- 13.- Frago ASixto. La Descompensación en el Diabético Tipo II. México D.F.: Editorial Juárez, 1985.
- 14.- Monroy RLilia. Alteraciones en la Dinámica Familiar del Enfermo Diabético. México D.F.: Talleres de Impresos Moya 1983.
- 15.- Ellenberg Max. Sexual Function in Diabetic Patients Annals of Internal Medicine 1980;92: 331-33.
- 16.- Podolsky Stephen. Diagnóstico y Tratamiento de la Disfunción Sexual en el Varón Diabético. En Vela Thomeo, ed. Clínicas Médicas de Norteamérica Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V., 1982: 1337-46
- 17.- Desautels Robert. Urologic Problems. In Kozak George, ed. Clinical Diabetes Mellitus. México City: W.B. Saunders Company, 380-88

- 18.- Scott Brantley, Fishman Irving, Light Keith. An Inflatable Penile Prosthesis for Treatment of Diabetic Impotence. *Annals of Internal Medicine* 1980; 92: 340-42.
- 19.- Monroy de Velasco A. La Educación de la Sexualidad como Parte de la Salud Integral. En: Curso de Orientación De La Sexualidad. JSPF/IMSS México: 1982:1-19
- 20.- Giraldo No. La Educación Sexual En El Niño. En: Curso De Orientación De Las Sexualidades Humanas. Aspectos Psicosociales. México, Ed. Trillas; 1981:255-68
- 21.- Schlosser R, Monroy A. Desarrollo Psicosexual. En: Curso De Orientación De La Sexualidad. JSPF/IMSS, México; 1981:1-23
- 22.- Morales AM, Concepto de Normal en Sexualidad JSPF/IMSS México. 1982:1-16
- 23.- Giraldo No. Motivación Sexual. En: Explorando Las Sexualidades Humanas Aspectos Psicosociales. México, Ed. Trillas; 1981:126-40
- 24.- Fernández Y De La Borbolla R. Enfermedad y Sexualidad Parte I En: Curso de Orientación de la Sexualidad. JSPF/IMSS. México, 1981:1-59
- 25.- De Groat William, Booth August. Physiology of Male Sexual Function. *Annals of Internal Medicine* 1980; 92: 331-32
- 26.- Ellenberg Max. Sexual Function in Diabetic Patients. *Annals of Internal Medicine* 1980; 92: 331-32

- 27.- Karakan Ismet. Diagnosis of Erectile Impotence in Diabetes Mellitus. Annals of Internal Medicine 1980;92:333-36
- 28.- Sohiavi Radl. Psychological Treatment of Erectile Disorders in Diabetic Patients. Annals of Internal Medicine 1980;92:337-39
- 29.- Fernández de la Borbolla R. Respuesta Sexual Humana. En: Curso de Orientación de la Sexualidad. JSPF/IMSS, México. 1981:1-13
- 30.- Blum Gerald. Teorías Psicoanalíticas de la Personalidad. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1987: 125-79
- 31.- Engels F: El Origen de la Familia La Propiedad Privada y el Estado. 3ra ed. Editores Mexicanos Unidos, 1980.
- 32.- Hennen B. La Familia Como Unidad de Atención. En Shires David, Hennen Brian, ed. Medicina Familiar, México: Libros McGraw-Hill de México S.A. de C. V., 1983:8-15
- 33.- Hennen B. Estructura y Función de la Familia. En Shires David, Hennen Brian, ed. Medicina Familiar. México: Libros McGraw-Hill de México S.A. de C. V., 1983:16-22
- 34.- Hennen B. La Familia y el Stress. En Shires David, Hennen Brian, ed. Medicina Familiar, México: Libros McGraw-Hill de México S.A. de C.V., 1983:23-27
- 35.- Hennen B. El Ciclo Vital de la Familia y la Orientación Anticipada. En Shires David, Hennen Brian, ed. Medicina Familiar. México: Libros McGraw-Hill de México S.A. de C.V., 1983:28-34

- 36.- Ackerman Nathan, Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares, Buenos Aires: Editorial Horme, 1982: 35-168
- 37.- Alarid Humberto, Fundamentos de la Medicina Familiar, México: Ediciones de Medicina Familiar Mexicana, 1982: 29-119
- 38.- Castillo VHéctor, Antropología de la Miseria, México D.F: Editorial Edamex, 1984.
- 39.- Sánchez AJ. La Sociedad Industrial y la Familia. En: Sánchez AJ. Familia y Sociedad. México; Cuadernos Joaquín Mortiz; 1980: 82-98
- 40.- Fromm E, El Arte de Amar, México: Editorial Paidós, 1986.
- 41.- Estrada IL, El Ciclo Vital de la Familia. La Ayuda Terapéutica a la Familia a Través del Análisis de su Nacimiento, Crecimiento, Reproducción y Muerte. México. Xochitl Editores 84ed 1982.
- 42.- Gibrán Khalil. El Profeta, México: Editores Mexicanos Unidos S.A., 1985: 120-21
- 43.- Satir Virginia, Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. México D.F: Editorial Pax-México, Librería Carlos Césarman, S.A., 1978: 122-39
- 44.- Sirral de Ch. Psicoterapia Familiar El Enfoque Comunicacional. En: Primer Simposium sobre la Dinámica y Psicoterapia de la Familia IFAC, México, 1981: 77-93

- 45.- Satir Virginia. Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. México D.F: Editorial Pax-México, Librería Carlos Césarman, S.A., 1978:30-58
- 46.- Pérez Joseph. Comunicación. En Pérez Joseph, ed. Terapia Familiar en el Trabajo Social Teoría y Práctica. México D.F: Editorial Pax-México, Librería Carlos Césarman, S.A. 1986:57-71
- 47.- Blander Richard, Grinder John, Satir Virginia. Cómo Superarse a Través de la Familia Un Libro Sobre la Educación En El Arte de Vivir Como Ser Humano. México: Editorial Diana, 1983:92-99
- 48.- IMSS Manual Para la Elaboración y Aprobación de Proyectos de Investigación Científica.
- 49.- Instructivo de Investigación en el Instituto Mexicano Del Seguro Social Subdirección General Médica IMSS, México. 1981
- 50.- Yadollah Harati. Diabetic Peripheral Neuropathies Annals of Internal Medicine. 1987;107:546-59.

-83-

ANEXOS

ENTREVISTA

NOMBRE _____ EDAD _____ ESTADO CIVIL _____
RELIGION _____ ESCOLARIDAD _____
OCUPACION _____
ES DIABETICO DESDE _____
TRATAMIENTO ACTUAL DE SU DIABETES _____

- 1.- ¿ Qué es la Diabetes ?
- 2.- ¿Cuál es el tratamiento de la Diabetes ?
- 3.- ¿ Si no lleva usted un control adecuado de su Diabetes, que sintomatología puede presentar ?
- 4.- ¿ El ser diabético le ha ocasionado algún problema en su trabajo y/o en su hogar, (específicamente en su matrimonio) ?
- 5.- ¿ El empleo de insulina en el tratamiento de la Diabetes, ocasiona alguna alteración ?
- 6.- ¿ Su médico familiar le ha informado acerca de su padecimiento ?
- 7.- ¿ Cada cuando lo cita su médico familiar para el control de su Diabetes ?
- 8.- ¿ Su médico familiar le explica como tomarse_ (ó aplicarse) el medicamento para el control de su Diabetes ?
- 9.- La convivencia con su pareja es:
- 10.- ¿ Hay desacuerdos entre su pareja y usted ?
- 11.- En caso de haberlos: ¿ cuál es la causa más común de éstos desacuerdos ?

- 12.- Cuando tiene algún disgusto en su trabajo - por ejemplo, ¿ cuál es su actitud ante su esposa al llegar a casa ?
- 13.- ¿ Cuando hay problemas en casa, buscan la solución entre los dos ?
- 14.- ¿ Sale con su familia ?
- 15.- ¿ A donde más frecuentemente ?
- 16.- ¿ Comenta lo acontecido durante el día tanto - en su trabajo como en su casa, (buscando el momento propicio para ello) ?
- 17.- ¿ El ser diabético le ha ocasionado algún problema con su pareja ?
- 18.- ¿ Qué tipo de problemas ?
- 19.- ¿ Los ha comentado con su pareja ?
- 20.- ¿ Han tratado de resolverlos en pareja ?
- 21.- ¿Cuál es la forma de expresar que quiere a su pareja ?
- 22.- Desde el inicio de su vida con la pareja, - ¿ ha sido igual ésta expresión de sentimientos ?
- 23.- ¿ Antes de ser diabético, la relación íntima - con su pareja era satisfactoria para usted ?
- 24.- Los primeros cinco años de ser diabético, - ¿ esa relación íntima tuvo algunos cambios ?
- 25.- ¿ Cuáles ?
- 26.- ¿Cuál cree que sea la causa ?
- 27.- ¿ Actualmente esa relación íntima ha sufrido - algunos cambios en relación a lo mencionado anteriormente ?
- 28.- ¿ Cuáles ?

- 29.- ¿Cuál cree que sea la causa ?
- 30.- ¿ Ha solicitado ayuda en alguna ocasión ?
- 31.- ¿ A quién ?
- 32.- ¿ Se la han proporcionado ?
- 33.- ¿Cuál ha sido la actitud de su pareja ante éstas situaciones, para con usted ?
- 34.- ¿Cuál ha sido la actitud de usted hacia su pareja ante éstas situaciones ?