

11217  
20  
29



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"  
I. S. S. S. T. E.

"ANALISIS DE LA HISTORIA CLINICA SEXUAL  
EN LA DERECHOHABIENTE DEL ISSSTE".  
DURANGO-MEXICO.

**TESIS DE POSTGRADO**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
E S P E C I A L I S T A E N  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. JUAN BAUTISTA DE JESUS BASTO MAY



MEXICO, D. F.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1988



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	1
GENERALIDADES	3
OBJETIVOS	18
MATERIAL Y METODOS	19
RESULTADOS	25
ANALISIS	32
COMENTARIO	39
BIBLIOGRAFIA	41

## INTRODUCCION

El comportamiento sexual de la pareja, resultante de la interacción de sus condiciones biológicas, psíquicas y sociales; es un elemento importante que influye de manera primordial en el accionar de la vida cotidiana. Es susceptible de un proceso enseñanza-aprendizaje que nos permite, perfeccionarnos cada vez más en la obtención de una relación sexual satisfactoria.

Por razones históricas y sociales el hombre reconoce la existencia del sexo, pero sin embargo, la reprime.

En México, hasta hace poco la conducta sexual no había sido considerada como materia de estudio, ni sistematizada. Sólo recientemente se ha incluido en la currícula de algunas escuelas y facultades de Medicina, en niveles de pregrado y posgrado.

En virtud de que en nuestro medio, no existen prácticamente estudios de investigación encaminados a explorar, cuanto se ha avanzado en el desarrollo del comportamiento sexual de la mujer y aún menos dentro de la esfera que compete a nuestra especialidad (Ginecología y Obstetricia), en su período gestacional. Consideramos conveniente la realización de tal estudio e incluso comparativo de la mujer de Provincia y de la capital, para tener una panorámica general,

del comportamiento sexual de la población derechohabiente -  
del ISSSTE, y poder encauzar acciones tendientes a lograr -  
una mejor vida sexual en la pareja.

## GENERALIDADES

### Investigación en Sexología

A partir de su nacimiento, el hombre al igual que otras especies animales, inicia un proceso gradual de conocimiento y reconocimiento.

Por razones el ser humano, a través de su historia, primero ha observado, relacionado y encontrado causas de una gran cantidad de fenómenos circundantes; no es sino -- hasta etapas posteriores en que se percata, de que el fenómeno que conoce, también se produce en él, es decir existe un comportamiento determinado.

Surgen entonces una variedad de disciplinas, unas -- jóvenes, otras incipientes; como la psicología, la psiquiatría y algunas más en desarrollo, como la antropología del comportamiento, las cuales buscan responder a la curiosidad básica sobre el comportamiento del hombre. (1).

Por razones históricas y sociales, la sexualidad -- no solamente ha sido reconocida por el hombre, sino que ha sido reprimida.

Por tanto las ciencias del comportamiento, a través de sus científicos, no están libres de esta represión.

Toda persona que desee realizar investigación en -- sexología, deberá conocer los elementos básicos de los mé-

todos y de los procesos que se usan en la investigación científica. Esto resulta especialmente importante, si recordamos el campo que cubre la sexología, veremos que intervienen desde ciencias básicas biomédicas hasta ciencias sociales; así como el derecho y la historia, incluyendo ciencias de la conducta como la psicología y la psiquiatría.

En términos generales la investigación en sexología, en la actualidad se puede realizar en las siguientes áreas: Investigación básica y fisiológica, investigación clínica, investigación de comportamiento (ya sea por observación o por cuestionarios y entrevistas), investigación psicológica (mediante encuestas de opiniones y actitudes), e investigación educativa (1). Investigación del comportamiento mediante observación, cuestionarios, entrevistas.

En la evaluación de investigaciones que implican la observación resulta indispensable considerar las siguientes interrogantes:

¿Hasta qué punto la presencia del observador ha alterado o modificado el comportamiento? ¿Qué método ha sido utilizado para el registro, sin interferir en el proceso observado?.

Considerando que el principal elemento descriptivo - de este tipo de estudio es el observador, resulta indispensable valorar la confiabilidad de las observaciones -- ¿Verfan otros las mismas cosas?.

Resulta indispensable en estos casos buscar los mayores elementos de objetividad.

La investigación del comportamiento sexual mediante cuestionarios, sean autoaplicables o a través de entrevistas, es en la actualidad una de las principales fuentes-- de conocimiento con la que contamos sobre sexología.

El método básico consiste en preguntar a las personas acerca de su conducta. En términos generales, esto - se hace en forma directa, como por ejemplo: ¿A qué edad se masturbó usted por primera vez?.

En este tipo de encuesta resulta básico que el entrevistador sea una persona que se sienta a gusto y acepta su propia sexualidad y las de otros, que pueda hablar sin prejuicios sobre el tema.

A esto deben agregarse métodos adecuados de hacerlas preguntas, sobre todo comprensibles y aceptables -- para la persona que es interrogada.

El individuo está en desarrollo y sus vivencias, percepciones e ideología, al igual que su todo integral. no son los mismos a los 15 que a los 36 ó 60 años de --



edad, o sea que la percepción es función de los recuerdos. Como dice Gagnon; "Lo que el investigador obtiene de los -- sujetos es lo que ellos piensan que fue su pasado, al hablar de él en el presente". (1).

En cuanto al análisis de investigaciones basadas en entrevistas, es indispensable conocer las debilidades de este método.

Un aspecto de suma importancia es el hecho de que, en el cuestionario autoaplicable, el individuo permanece en el anonimato; mientras que en la entrevista no, por lo menos, ante la persona que lo encuesta y el entrevistador puede dirigir el interrogatorio y aclarar diversos aspectos, - cosa que no se logra con el sistema autoaplicable.

En la entrevista es importante valorar el efecto - que el entrevistador puede tener sobre las respuestas.

Existe aún otro aspecto que amerita atención y es el del muestreo; es decir que al realizar una encuesta o -- investigación, el investigador busca que sus hallazgos tengan validez, o sea que puedan generalizarse en alguna medida. En vez de examinar al grupo total llamado universo, se examina a una porción del universo, a la que se denomina -- muestra. Sin embargo, es importante que esta muestra sea -- reflejo fiel del universo, para que el estudio tenga valor- (1).

## Historia clínica sexual

### 1.- Factores que intervienen en la entrevista.

Desde el punto de vista estrictamente clínico, la recolección de información sexual, en general, no difiere de la realizada en otros campos de la investigación médica.

La historia clínica sexual es parte de la historia clínica general; debe ser tomada en cuenta, cuando menos en parte, para poder detectar las interrogantes, problemas y disfunciones de los pacientes. Las carencias en la preparación del médico, no dedicar el tiempo suficiente a la consulta o desinterés hacia el comportamiento sexual, hacen que estos problemas permanezcan inexplorados.

No existe un modo único de efectuar la historia clínica sexual, ésta tiene un cuerpo de conocimientos generales y específicos, aplicables a la parte de interrogatorio y a la exploración física.

No es aconsejable aplicar el mismo interrogatorio a una adolescente, que a una mujer casada; como tampoco aplicar los mismos rubros a un hombre y a una mujer. El análisis dependerá sobre todo del tipo de problema planteado o detectado, a partir del cual orientamos nuestra investigación. (19).

El objetivo de la historia clínica sexual es obte--

ner los datos, de las distintas áreas que influyen en el paciente: Física, emocional y social, para integrar un -- diagnóstico y establecer su correlación con la patología concomitante o agregada.

Por tratarse de aspectos de la vida íntima de las -- personas, que quizá sea la primera vez que el paciente -- trate de manera consciente, la atmósfera que rodee la entrevista deberá favorecer el objetivo terapéutico. (19).

Un factor trascendente es la actitud del especialista hacia los problemas sexuales de quienes acuden a él. Esta actitud se forma por los conocimientos que posee -- sobre la materia, por su experiencia profesional, los conocimientos sobre su propia vida sexual, la actitud de -servicio, el tiempo de que disponga, su disposición efectiva y sensibilidad en el momento de realizar la entre--vista, la facilidad para comunicarse y empatizar con el paciente; por último, la posición que el médico guarda - en el grupo en que se desarrolla individual y socialmen--te.

Existen diversos factores que favorecen o dificultan la recolección de datos e inducen la posibilidad de establecer una terapia sexual: La necesidad consciente de ser ayudado urgentemente, dadas las alteraciones que ocasiona en su vida cotidiana; tener la posibilidad de conocer la

propia escala de valores y de poder modificarla; la posibilidad de conocer o tener un modelo de conducta que, habiéndolo conocido pueda ser adoptado; buscar la consolidación o mejoría en la posición individual dentro del grupo social; tener la posibilidad de modificar la conducta y restablecer el equilibrio emocional actitudinal y orgánico.

## 2.- Mecanismo dinámico de la estructura de la entrevista.

La comunicación puede hacerse en forma directa o indirecta. El interrogatorio puede hacerse a través de los familiares o conocidos del paciente que puedan aportar información complementaria y puntos de vista distintos que permitan aclarar la situación.

En ocasiones, un familiar detecta el trastorno en forma accidental, sin que el involucrado esté consciente, lo acepte o lo considere que requiere tratamiento; esto sucede aún en el caso de disfunciones psicosexuales.

La historia clínica sexual puede hacerse con la persona consultante o con la pareja. La ventaja innegable de llevarla a cabo con la pareja, es que desde el primer momento se inician las bases para la terapia.

Existen diversas técnicas para desarrollar la entrevista médica, pero en general deberán observarse las siguientes:

- Favorecer el diálogo abierto, sin cortapisas, según el nivel cultural del paciente y su conocimiento del problema.
- Observar el lenguaje corporal y las manifestaciones con que el paciente recibe los diversos contenidos.
- Otorgar el apoyo emocional y respeto a lo que el paciente relate.
- Demostrar un sentido de profesionalismo durante la entrevista, evitando la procacidad o la pornografía y emplear términos accesibles al sujeto.
- Realizar la confrontación de hechos y fechas con objeto de verificar la autenticidad de la información.
- Utilizar ejemplos impersonales o situaciones vividas por otros sujetos, de preferencia del otro sexo al del entrevistado, que permitan abordar tópicos o contenidos que haya intentado rehuir el interrogado.
- De acuerdo con la experiencia y los recursos del profesional es preferible realizar una atenta escucha del diálogo sin realizar anotaciones, y si es posible auxiliarse de medios tecnológicos para no interrumpir a la persona o llamar demasiado la atención sobre ciertos hechos que sean descritos, relacionados con su vida sexual.
- Realizar un interrogatorio complementario de tipo general, que influya aspectos orgánicos, emocionales, socia-

les y de la esfera sexual.

- Establecer, de acuerdo con los hallazgos, un perfil de la problemática y señalar los puntos principales del análisis para realizar un interrogatorio dirigido.
- Utilizar interrogatorios estructurados, para la actitud del paciente ante cuestiones sexuales relevantes (masturbación, coito premarital, fallatio etc). (19).

#### Historia clínica codificada para la sexualidad femenina.

Las variantes del área sexual, tanto de interrogatorio como de exploración, no siempre es posible realizar la igual en todos los pacientes. Cuando aplicamos una historia clínica convencional, varían los datos, tanto en su obtención como en su credibilidad. Una consecuencia inmediata de lo anterior, puede ser que los problemas específicos y su análisis se codifiquen en función del problema planteado o del detectado, pudiéndose orientar nuestra colaboración, con mayor grado de conocimiento. Lo que depende además, de cómo se manejen los datos de la información disponible; de acuerdo a las habilidades personales, de la actitud del propio paciente hacia su problema y de la posibilidad de establecer una relación empática y adecuada. (18).

En México se utilizan cuestionarios que exploran la sexualidad y existen modificaciones a la historia general, en la especialidad urológica, obstétrica, pediátrica, etc; pero no existe una historia clínica específica para la sexualidad.

La historia clínica codificada para la sexualidad femenina (HCCSF), es un intento de reunir sistemáticamente las diferentes formas de abordaje y los cuestionarios que se requieren dirigir al paciente, a efectos de obtener la información completa sobre su problema sexual.

Esta estructura para ser resuelta en base a una codificación computarizada de 3 tarjetas de 80 posibilidades cada una.

Este documento detecta el diagnóstico clínico actual; sugiere su clasificación moderna; propone medidas terapéuticas, tratando de eliminar algunas de las fallas del ejercicio médico en el campo institucional; transmite la sensación de profesionalismo y responsabilidad. Su aplicación requiere de ciertos conocimientos previos, respecto al diagnóstico y el manejo de los problemas sexuales. (18).

### Sexualidad durante el Embarazo.

La convivencia de la actividad sexual durante el embarazo y sus consecuencias, ha estado sujeta durante largo tiempo, a una considerable especulación. Sólo recientemente, la tendencia hacia un mayor confort con la sexualidad, ha dado como fruto; la aparición de algunos datos preliminares sobre los cuales, se pueden basar los juicios sobre la naturaleza y las consecuencias del comportamiento sexual durante el embarazo. (10).

El homo sapiens ha desarrollado un comportamiento sexual más allá de sus misiones reproductoras, en forma de gran recreación adulta, excepto donde se prohíbe por costumbre o creencias. Cuando se ve como tal y se acepta como apropiado, la próxima pregunta lógica que surge, es el por qué debe de modificarse o de abandonarse durante la gestación. (10).

Masters WH, Johnson VE en sus investigaciones pioneras sobre la respuesta sexual influenciada por el embarazo, en sus diferentes trimestres apreciaron lo siguiente:

- A) Primer trimestre.- Se observaron grandes variaciones en lo referente al grado de erotismo y la efectividad del desempeño sexual, de acuerdo con la mujer --



interrogada. Estas variaciones van desde el rechazo -- voluntario de toda actividad sexual durante el embarazo, a la prostitución deliberada. En esencia, la respuesta del primer trimestre, se halla estrechamente relacionada con la paridad y el nivel social.

En la mujer nulípara se presentó una reducción de la tensión sexual y un desempeño sexual menos efectivo. En la mujer multípara, no notaron ninguna diferencia en el nivel de interés sexual o en la efectividad de su -- desempeño, en relación con los tres meses previos a la concepción, sólo 4 relataron un aumento del impulso sexual, una mejor actividad sexual, que fue aparente al final del segundo mes del embarazo; momento en que se efectuaron los interrogatorios.

- B) Segundo trimestre.- Se observó por lo general notable aumento del erotismo y la efectividad del desempeño se xual, que fue independiente de la paridad y la edad de la mujer interrogada.
- C) Tercer trimestre.- Las entrevistas se realizaron aproximadamente un mes antes de la fecha del parto. En las multíparas se observó una disminución de la frecuencia del coito en relación al segundo trimestre. En la ma-

yoría fue por indicación médica, fue contraindicada en 31 de 40 nulíparas. Si bien debe admitirse la importancia de la restricción médica, 33 de las 40 nulíparas; -relataron una pérdida gradual del interés sexual en el tercer trimestre.

Asimismo la relación sexual fue contraindicada en 46 de 61 multíparas, cuarenta y uno de los 61 miembros de este grupo, describieron intensa reducción del erotismo y frecuencia de la relación sexual a medida que se acercaba la fecha del parto, indicando que la restricción se debió más a la pérdida de la tensión sexual que a la indicación médica. (7).

## ACTIVIDAD SEXUAL Y RESULTADOS ADVERSOS EN EL EMBARAZO.

Por razones que son tan multifacéticas como quienes las propusieron, las generaciones anteriores de autores han publicado vagos avisos sobre las posibles consecuencias nocivas de las relaciones sexuales durante el embarazo. Los textos obstétricos de las generaciones pasadas, han prohibido la relación sexual desde las 6 semanas hasta los tres meses o más antes -- del momento del parto.

Las razones han variado desde los conceptos más antiguos, de los efectos contraproducentes de la introducción del pene, hasta las precauciones más contemporáneas sobre los efectos uterinos y cervicales adversos de las prostaglandinas seminales. Otros han expresado sus opiniones, sobre una posible--conexión entre el acto sexual y la inducción de una infección-intrauterina. Los que proponen estas precauciones, han elegido no enfrentarse con ciertos conflictos obvios. Primero, -- existen pocas bases objetivas que apoyen la suposición, de que cualquier acontecimiento natural que ocurra en el exterior -- pueda interrumpir un embarazo normalmente implantado sin igual o mayor riesgo para la madre.

Segundo, la respuesta uterina a las prostaglandinas, parece ser aproximadamente la misma en cualquier estadio de la gestación en franco contraste con la respuesta natural a la -- oxitocina, la cual aumenta progresivamente con la continuidad-

del embarazo. Tercero, los estudios que implican la "absorción" de las prostaglandinas de los depósitos vaginales, han dependido en gran parte de las concentraciones de prostaglandinas medidas en recolecciones de orina expulsada. Es fácil reconocer que, en ausencia de un esfuerzo consciente, una mujer es incapaz de orinar sin mojar concomitantemente la vagina, contaminando de esta manera la orina con prostaglandinas que no se han absorbido.

Cuarto, los estudios realizados para relacionar la infección con la génesis de un parto prematuro así como la ruptura prematura de membranas y otros fenómenos obstétricos adversos, no están claros por la alta frecuencia de cambios histológicos, que sugieren un origen inflamatorio en muchos embarazos normales, por los confusos y variados criterios para la definición de "infección". (10).

## O B J E T I V O S

- 1.- Conocer las características del comportamiento sexual de la mujer durante el embarazo.
- 2.- Relacionar el comportamiento sexual de la mujer embarazada con su historia sexual previa.

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo en 80 pacientes derechohabientes del ISSSTE, 40 pertenecientes a la C.H. ISSSTE Durango "Santiago Ramón y Cajal", y 40 con adscripción al Hospital Regional "20 de Noviembre", México, D.F.

**Criterios de inclusión:** Pacientes en su puerperio inmediato, que cursaron con embarazo normoevolutivo; independientemente del tipo de resolución obstétrica y que accedieron a participar.

**Criterios de exclusión:** Pacientes que no desearon participar, así como también aquellas con algún trastorno psiquiátrico. La recolección de datos se efectuó a través de una entrevista individual y privada por confrontación directa; haciendo empleo como instrumento básico, la historia clínica codificada para la sexualidad femenina (H.C.C.S.F.). (18). Tomando de ella, los incisos inherentes a la problemática a investigar y añadiéndosele datos de identificación general y sobre sexualidad durante la gestación. Su formato aparece en páginas subsiguientes.

Como tratamiento estadístico se efectuó T de student y Chi cuadrada. Se obtuvieron promedios, porcentajes, y se tabularon los resultados.

Historia clínica sexual

## 1.- Datos de Identificación:

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ Origen y Residencia \_\_\_\_\_

a) Padres: Edad \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Religión \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Sentimientos hacia sus padres \_\_\_\_\_

b) Cónyuge: Edad \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Escolaridad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

c) Iniciación sexual: Actitud de los padres y/o otras personas que hayan --  
 desempeñado papel relevante en relación al sexo: \_\_\_\_\_

d) Teorías y mitos sexuales en la infancia y la adolescencia 1) Pensamientos  
 acerca del embarazo y el nacimiento, 2) Funciones genitales del hombre y  
 de la mujer.

## 2.- Antecedentes Biopsicosociales de la sexualidad:

## 1) Experiencias sexuales traumáticas infantiles.

No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Especificar \_\_\_\_\_

2) Recibió información sobre menstruación: Ninguna \_\_\_\_\_ Padres \_\_\_\_\_  
 Maestros \_\_\_\_\_ Amigas \_\_\_\_\_ Familiares \_\_\_\_\_ Sacerdote \_\_\_\_\_

3) Recibió información sobre relaciones sexuales: No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_  
 Padres \_\_\_\_\_ Maestros \_\_\_\_\_ Amigas \_\_\_\_\_ Familiares \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

4) Edad de aparición de los caracteres sexuales secundarios:  
 Antes de los 8 años \_\_\_\_\_ de 8 a 10 \_\_\_\_\_ de 10 a 12 \_\_\_\_\_

5) Edad de la menarca \_\_\_\_\_

6) Ritmo menstrual regular \_\_\_\_\_ irregular \_\_\_\_\_

7) Síntomas acompañantes de la menstruación \_\_\_\_\_

## 8) Masturbación durante la adolescencia:

Con orgasmo \_\_\_\_\_ Sin orgasmo \_\_\_\_\_

## 9) Frecuencia masturbatoria durante la adolescencia

Entre 1 y 2 veces por semana \_\_\_\_\_ entre 2 y 3 veces por semana \_\_\_\_\_  
 más de 7 veces por semana \_\_\_\_\_

Historia clínica sexual

- 10) Edad de inicio de la masturbación \_\_\_\_\_
- 11) Motivo para realizar su sexualidad:  
 Reproducción \_\_\_\_\_ satisfacción \_\_\_\_\_ afecto \_\_\_\_\_  
 Presión del esposo \_\_\_\_\_ ambas \_\_\_\_\_ especificar \_\_\_\_\_
- 12) Edad de la primera experiencia sexual (coital) \_\_\_\_\_
- 13) Temores hacia la sexualidad  
 No \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ especificar \_\_\_\_\_
- 14) Su primera experiencia sexual dejó alguna consecuencia  
 No \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ especificar \_\_\_\_\_
- 15) Su primera experiencia coital fue:  
 Con orgasmo \_\_\_\_\_ sin orgasmo \_\_\_\_\_
- 16) La desfloración sucedió:  
 Adecuadamente \_\_\_\_\_ inadecuadamente \_\_\_\_\_
- 17) Actividad sexual durante la menstruación  
 Coital \_\_\_\_\_ no coital \_\_\_\_\_ ambas \_\_\_\_\_ ninguna \_\_\_\_\_
- 18) Actividad masturbatoria durante la menstruación  
 Siempre \_\_\_\_\_ ocasionalmente \_\_\_\_\_ ninguna \_\_\_\_\_
- 19) Episodios de dolor durante el coito  
 Al inicio de éste no impide el coito \_\_\_\_\_ al inicio de éste impide el  
 coito \_\_\_\_\_ durante el coito \_\_\_\_\_ al final del coito \_\_\_\_\_
- 20) Sexo de la pareja de su primera experiencia sexual, señale edad y  
 vínculo \_\_\_\_\_
- 21) Número de compañeros sexuales no estables (relación menor 2 años)
- 22) Sexo de los compañeros referidos  
 Masculino \_\_\_\_\_ femenino \_\_\_\_\_ ambos \_\_\_\_\_
- 23) Número de compañeros sexuales estables (relación mayor 2 años)
- 24) Sexo de los compañeros sexuales referidos.  
 Masculino \_\_\_\_\_ femenino \_\_\_\_\_ ambos \_\_\_\_\_
- 25) Uso de método anticonceptivo  
 Dependiente del coito \_\_\_\_\_ independiente del coito \_\_\_\_\_  
 especificar \_\_\_\_\_
- 26) Tiempo transcurrido entre el inicio de vida sexual activa y el emba-



Historia clínica sexual

razo menor de un año \_\_\_\_\_ de 1 a 2 \_\_\_\_\_ 3 a 4 \_\_\_\_\_ 5 a 6 \_\_\_\_\_  
7 a 8 \_\_\_\_\_ 9 a 10 \_\_\_\_\_ más de 10 años \_\_\_\_\_

Datos ginecobstétricos.

Gesta \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_ abortos \_\_\_\_\_ cesárea \_\_\_\_\_ óbitos \_\_\_\_\_  
muerte fetal, mortinatos (muerte perinatal).

Repercusión sexual negativa del embarazo

Ninguna \_\_\_\_\_ postparto \_\_\_\_\_ postaborto \_\_\_\_\_ postcesárea \_\_\_\_\_

Al cuánto tiempo posterior al parto cree usted que puede tener relaciones sexuales \_\_\_\_\_

PORTAMIENTO SEXUAL

- Frecuencia de relación sexual a la semana \_\_\_\_\_
- Disposición actual hacia la sexualidad (coito) \_\_\_\_\_
- Ubicación más frecuente de la relación sexual? \_\_\_\_\_
- Preparación higiénica para la relación sexual \_\_\_\_\_  
sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_
- Posición más frecuente para la relación sexual?  
Mujer boca arriba-hombre encima \_\_\_\_\_ hombre boca arriba mujer --  
encima \_\_\_\_\_ mujer arrodillada y agachada-hombre atrás \_\_\_\_\_  
hombre y mujer sentados \_\_\_\_\_ hombre y mujer de pié \_\_\_\_\_  
todas sin predominio \_\_\_\_\_
- Estimulación sexual previa si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_
- Horario predominante de la relación sexual  
Matutino \_\_\_\_\_ vespertino \_\_\_\_\_ nocturno \_\_\_\_\_ ambos \_\_\_\_\_
- Quién propone la relación sexual más frecuentemente?  
Mi pareja \_\_\_\_\_ solo yo \_\_\_\_\_ ambos \_\_\_\_\_
- La proposición de la relación sexual se hace preferentemente  
Manera verbal \_\_\_\_\_ paraverbal \_\_\_\_\_ ambas \_\_\_\_\_
- Las condiciones ambientales para la relación sexual son:  
Cómodas y satisfactorias \_\_\_\_\_ incómodas y satisfactorias \_\_\_\_\_  
cómodas e insatisfactorias.

Historia clínica sexual

- 40.- La relación sexual se realiza preferentemente  
 Vestidos \_\_\_\_\_ desnudos \_\_\_\_\_ semivestidos \_\_\_\_\_  
 ambos \_\_\_\_\_
- 41.- En el curso de los últimos 5 años presenta usted, inhibición  
 persistente y profunda del deseo sexual \_\_\_\_\_ ausencia de orgasmo  
 \_\_\_\_\_ fracaso en mantener lubricación adecuada hasta el --  
 final del acto sexual \_\_\_\_\_ dolor genital recurrente y persisten-  
 te en relación al coito \_\_\_\_\_ espasmo involuntario tercio exter-  
 no vagina \_\_\_\_\_ todo ello sin relación a problemas --  
 físicos.
- 42.- Usa objeto inerte como método preferente o exclusivo que suplen  
 las relación sexual sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

VARIANTES SEXUALES NO PATOLOGICAS

Ha realizado o participado como parte de su actividad sexual -  
 regular.

- 43.- Fellatio sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_
- 44.- Cunilingus sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_
- 45.- Coito anal sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_
- 46.- Empleo de vibradores sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_
- 47.- Consumo de alcohol y/o drogas sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_
- 48.- Bisexualidad sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_
- 49.- Pornografía sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_
- 50.- Homosexualidad sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_
- 51.- Sexo en grupo sí \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ -

Historia clínica sexual

## SEXUALIDAD DURANTE EL EMBARAZO

- 53.- Frecuencia de relaciones sexuales I trimestre \_\_\_\_\_ II tri--  
mestre \_\_\_\_\_ III trimestre \_\_\_\_\_
- 54.- Posición coital I trimestre \_\_\_\_\_ II trimestre \_\_\_\_\_  
III trimestre \_\_\_\_\_, especificar.
- 55.- Estimulación sexual previa: I trimestre \_\_\_\_\_ II trimestre--  
\_\_\_\_\_ III trimestre \_\_\_\_\_ especificar --  
si-no.
- 56.- Presencia de deseo sexual: I trimestre \_\_\_\_\_ II trimestre --  
\_\_\_\_\_ III trimestre \_\_\_\_\_ especificar si-no.
- 57.- Presencia de orgasmo: I trimestre \_\_\_\_\_ II trimestre \_\_\_\_\_  
III trimestre \_\_\_\_\_ especificar si-no.
- 58.- Masturbación durante el embarazo. I trimestre \_\_\_\_\_  
II trimestre \_\_\_\_\_ III trimestre \_\_\_\_\_ especificar si  
no.
- Comentarios y observaciones.
- 59.- Credibilidad de la información:  
Buena \_\_\_\_\_ regular \_\_\_\_\_ pobre \_\_\_\_\_
- 60.- Actitud de la paciente ante el interrogatorio  
Cooperación \_\_\_\_\_ rechazo \_\_\_\_\_ ambivalencia \_\_\_\_\_  
ignorancia \_\_\_\_\_.

## RESULTADOS

Se compararon estadísticamente, las 40 pacientes de -- Durango, con las 40 pacientes del D.F., en todas las variables estudiadas, no encontrando diferencia significativa; por lo -- que se decidió unir ambas poblaciones en un solo universo. Sin embargo se muestran por separado algunas variables, que en apariencia presentaban alguna diferencia.

La edad de nuestras pacientes, mostró un rango de 16 a 37 años, con una media de 25.6 años y el mayor porcentaje -- (36.2%), en el grupo de edad 26-30 años.

El estado civil, nivel socioeconómico, nivel de educa-- ción y tipo de ocupación de la pareja, se muestran en las ta-- blas I al IV, respectivamente.

La menarca presentó un rango de edad de 12 a 16 años, - con un promedio de 13.8 años y porcentaje mayor (46.2%), en la edad de 14 años.

El inicio de vida sexual activa se muestra en la tabla V.

El número de embarazos del universo estudiado, presentó un rango de 1 a 7 embarazos, con un promedio de 2.7 embarazos; siendo primigestas el 26.2%; secundigestas el 23.7%; tercigestas el 27.5% y mayor de tres embarazos el 22.5%.

El método anticonceptivo empleado se muestra en la ta-- bla VI.

El orgasmo durante el primer coito, se refirió en un 52.5% del universo estudiado.

El motivo para realizar el coito, fueron las siguientes: Por reproducción el 6.2%, por placer el 73.7%, por presión del esposo y/o afecto el 20%.

La disposición hacia el coito, fue como sigue: Desea y coopera el 62.5%; desea y no coopera el 8.7%; no desea cooperar el 20%, no desea no coopera el 8.7%.

La frecuencia de variantes sexuales y de disfunciones psicosexuales, investigadas fuera del embarazo, se muestran en las tablas VII y VIII, respectivamente.

En lo referente a experiencias sexuales traumáticas durante la infancia, se refirieron 14 casos, los cuales se mencionan a continuación; exhibicionismo (8), intento violación (3), violación (1); observación del coito de sus padres (2); - representando un 17.5% del universo estudiado.

El deseo sexual, estimulación sexual previa, frecuencia de relaciones sexuales, posición coital, presencia de orgasmo y masturbación, previo al embarazo y durante el mismo, se muestran en las figuras 1 a 6.

La estimación subjetiva de la credibilidad de la información, resultó de un 90%.

TABLA I  
ESTADO CIVIL

	No. Pacientes	Porcentaje (%)
CASADA	69	86.2
UNION LIBRE	7	8.7
SOLTERA	4	5.0

TABLA II  
NIVEL SOCIOECONOMICO

	Medio	Medio Bajo	Bajo
DURANGO	8 (20%)	18 (45%)	14 (35%)
MEXICO	14 (35%)	20 (50%)	6 (15%)

TABLA III  
NIVEL DE EDUCACION

Mujer	Primaria	Secund.	Prepar.	Prof.
DURANGO	12 (30%)	17 (42.5%)	6 (15%)	5 (12.5%)
MEXICO	8 (20%)	12 (30%)	6 (15%)	14 (35%)
Hombre				
DURANGO	9 (22.5%)	12 (30%)	7 (17.5%)	12 (30%)
MEXICO	6 (15%)	8 (20%)	8 (20%)	18 (45%)

TABLA IV  
TIPO DE OCUPACION

MUJER	HOGAR	EMPLEADA	PROFESIONISTA	
DURANGO	24(60%)	8(20%)	8(20%)	
MEXICO	19(47.5%)	10(25%)	11(27.5%)	
HOMBRE	OBRERO	COMERCIANTE	EMPLEADO	PROFESIONISTA
DURANGO	8(20%)	3(7.5%)	15(37.5%)	14(35%)
MEXICO	8(20%)	6(15%)	12(30%)	14(35%)

TABLA V  
INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

GRUPO DE EDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
11-15 ASOS	9	11.25%
16-20 ASOS	35	43.75%
21-25 ASOS	32	40.0%
26-30 ASOS	4	5%

TABLA VI  
METODO ANTICONCEPTIVO

	NINGUNO	RITMO	BARRERA	DIU	H. PARENT	H. O.
DURANGO	15(37.5%)	7(17.5%)	2(5%)	4(10%)	5(12.5%)	7(17.5%)
MEXICO	4(10%)	4(10%)	3(7.5%)	8(20%)	5(12.5%)	16(40%)

TABLA VII  
VARIANTES SEXUALES

	No. Pacientes	Porcentaje
Fellatio	29	36.2%
Cunilingus	51	63.7%
Coito anal	8	10%
Vibradores (empleo)	7	8.7%
Sin variantes (pareja)	26	32.5%

TABLA VIII  
DISFUNCIONES PSICOSEXUALES

	No. Pacientes	Porcentaje
Anorgasmia	5	6.2%
Disminución deseo sexual	24	30%
Dispareunia	8	10%
Disfunción lubricativa	8	10%
Vaginismo	6	7.5%



FIGURA 1

DESEO SEXUAL

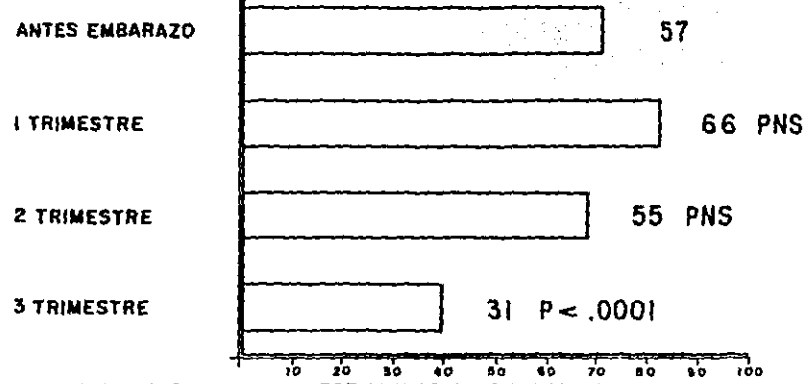


FIGURA 2

ESTIMULACION SEXUAL PREVIA

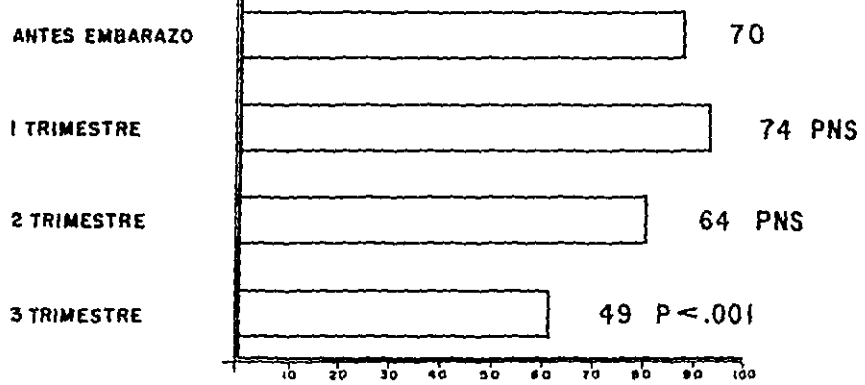


FIGURA 3

FRECUENCIA COITAL

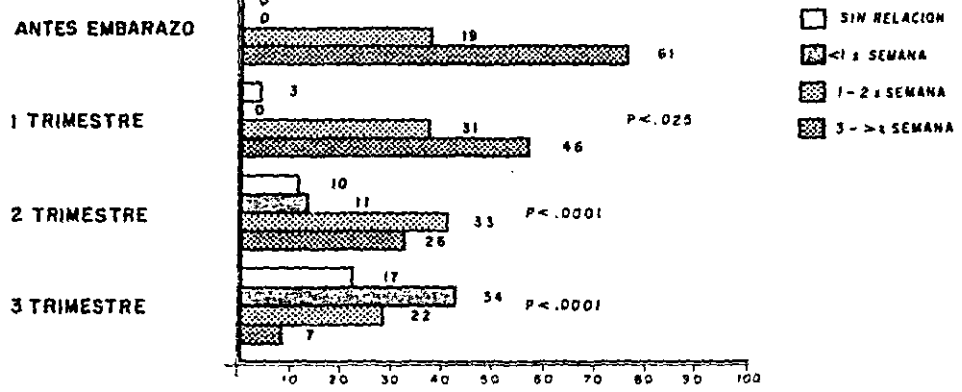


FIGURA 4  
ANTES EMBARAZO

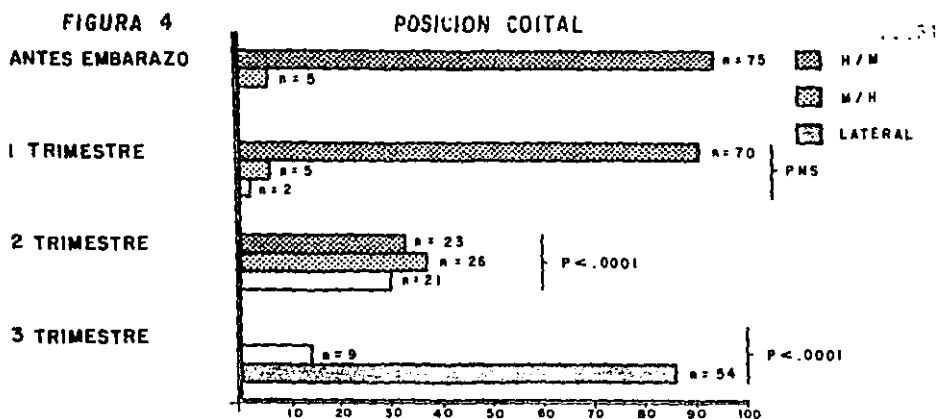


FIGURA 5

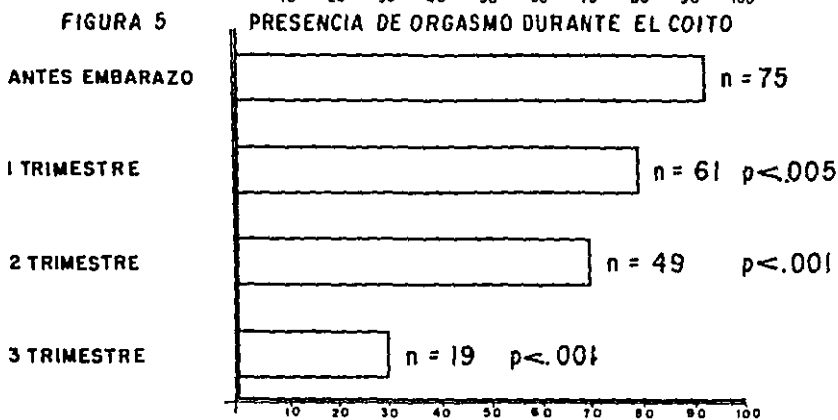
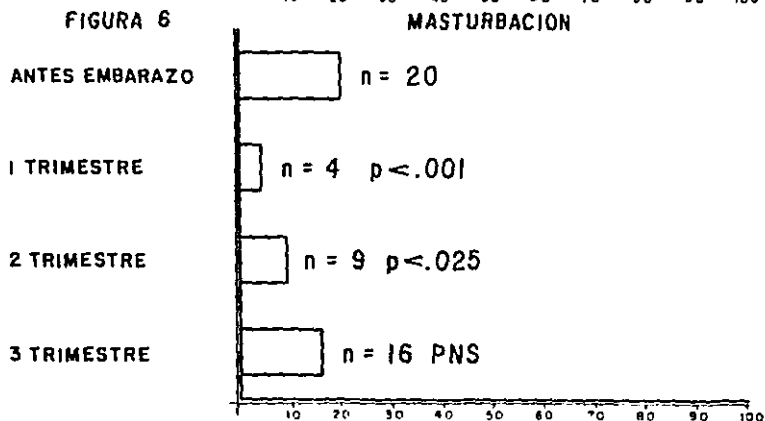


FIGURA 6



## ANALISIS

**Edad:** Se encuentra dentro de lo esperado para una población -  
obstétrica, ya que son pacientes en su período reproductivo.

**Estado civil:** Es lo esperado por las condiciones socioculturales  
y religiosas de nuestro país.

**Nivel socioeconómico:** Estuvo con mayor porcentaje en el nivel  
medio bajo en ambas poblaciones (ver --  
tabla II), que corresponde al tipo de in.  
greso del burócrata, en el momento eco-  
nómico que vive el país.

**Nivel de educación de la mujer.** Predominó en Durango el nivel-  
secundaria y en el D.F. el profesional,  
lo que refleja la falta de acceso a la-  
educación profesional en una población-  
sub-urbana o rural, que fue la predomi-  
nante en la derechohabiente del ISSSTE-  
Durango.

**Nivel de educación en el hombre.** Se observó con mayor porcenta-  
je a nivel profesional, tanto en México  
como en Durango, que al compararlo con-  
el nivel de educación de la pareja, sal-  
ta a la vista la preferencia que se le-  
ha dado al hombre para su desarrollo --

educativo, debido a que se le considera en forma tradicional como principal -- soporte familiar.

**Tipo de ocupación de la mujer:** En Durango, la ocupación predominante de la mujer fue en el hogar, observándose una mayor frecuencia de profesionistas en el D.F., lo que es producto de la educación de la paciente.

**Tipo de ocupación en el hombre:** Un mayor porcentaje de esposos -- son profesionistas seguido del empleado, lo que es producto del nivel educativo y aspecto socioeconómico de la población.

**Menarca:** Presentó un promedio de 13.8 años, que va de acuerdo -- con lo reportado en la Literatura Nacional.

**Inicio de vida sexual activa:** Presentó mayor porcentaje el grupo de edad 16-20 años (43.75%), con un promedio de 20 años, que es lo esperado -- para una población que proviene de una institución de seguridad social como la nuestra.

**Número de embarazos:** El grupo de primigestas-secundigestas, representó el 50% del universo estudiado, que va de acuerdo con la aceptación cada

vez mayor de los métodos de planificación familiar, producto de una amplia difusión del mismo por parte del sector salud desde hace ya varios años, aunado a las condiciones socioeconómicas que vive nuestro país en el momento actual.

**Método anticonceptivo:** El método más utilizado en Durango fueron los hormonales orales y el ritmo, ambos (17.5%), - siendo con mayor frecuencia las pacientes que no utilizaron ningún método anticonceptivo, lo cual puede ser explicado en parte por la presencia de un alto porcentaje de primigestas en dicha población (30%). Hay que hacer notar que un método de eficacia anticonceptiva - baja, tenga gran difusión en esta población.

En México, El mayor porcentaje de mujeres utilizan como método anticonceptivo, los hormonales orales (40%), que como sabemos es un método de alta eficacia anticonceptiva. Las diferencias entre estos dos grupos, en relación al método anticonceptivo son de llamar la atención, debido a que el programa de Planificación Familiar del sector salud, es un programa -- único a nivel Nacional, por lo que deben de participar factores socioculturales y religiosos tanto en el médico que prescribe -- como en la usuaria del método anticonceptivo.

El orgasmo durante el primer coito, las pacientes lo --refirieron como presente en el 52.5%. Esta variable no puede --ser comparada con otras investigaciones que han estudiado la --función orgásmica, debido a que no se cuenta con esta variable dentro del análisis respectivo. Sin embargo, este dato puede --ser utilizado en estudios posteriores que tengan como base la historia clínica codificada de la sexualidad femenina.

El motivo para realizar el coito, fue con mucho mayor--frecuencia el placer (73.7%), pero desafortunadamente el coito con objeto de complacer a su compañero sexual o bien con fi--nes reproductivos sigue teniendo un porcentaje muy alto (26.2%). Como la variable anterior no se encuentra en la Literatura --esta variable estudiada.

En relación a la disposición hacia el coito, observamos un alto porcentaje (37.4%), que bien no desea o no coopera en--su realización. Esta variable se relaciona en forma íntima con la anterior y puede ser producto de una represión sádica.

Variantes sexuales.- Se encontró una mayor participación del --hombre en contraste con la mujer, lo cual resulta dentro de lo esperado por las condiciones socioculturales y religiosas de --nuestro país.

Es de llamar la atención un alto porcentaje (32%), de parejas sin empleo de variantes.

Disfunciones psicosexuales. Como se ve en la tabla VIII, se encontró un alto porcentaje de disfunciones psicosexuales, -- las cuales pueden explicarse parcialmente por la presencia de experiencias sexuales traumáticas durante la infancia y quizá en forma más importante, probablemente a la carencia de educación sexual en la pareja.

El deseo sexual de las pacientes durante el primero y segundo trimestre del embarazo (en relación a la sexualidad -- previa al embarazo), no muestra diferencia significativa -- (p N S), durante el tercer trimestre se observó una disminución del deseo sexual en forma importante (p menor .001), lo cual puede ser debido, a pérdida de la feminidad, temores -- psicológicos de daño al producto, hecho que concuerda con lo publicado por otros autores (7,11,17).

Estimulación sexual previa al coito. Cerca del 87.5% de las -- pacientes fueron estimuladas sexualmente previo al coito antes del embarazo, no modificándose en forma significativa -- (p N S), durante el primero y segundo trimestre, no así en el tercer trimestre en el que se observa una disminución importante (p menor .001), lo que coincide con lo investigado por otros autores nacionales. (13).

La frecuencia coital previo al embarazo fue estadísticamente más frecuente que durante el primer trimestre ( $p$  menor .025), disminuyendo en forma más importante durante el segundo y tercer trimestre ( $p$  menor .0001). Lo mismo que reporta esta variable, va directamente en relación al deseo sexual.

Posición coital.- Como era de esperarse, la posición coital antes del embarazo y durante el primer trimestre del mismo fueron similares, observándose una disminución estadísticamente significativa en el segundo y tercer trimestre ( $p$  menor .001). Esta variable al igual que la anterior coincide en sus resultados con lo investigado por otros autores (11,17).

La presencia de orgasmo durante el coito, mostró una tendencia de declinación progresiva, conforme avanzaba el embarazo, lo cual resultó estadísticamente significativo al compararla con el orgasmo previo a la gestación, siendo de ( $p$  menor .005), durante el primer trimestre y de ( $p$  menor .001), en el segundo y tercer trimestre. (3,7,11,17).

Masturbación.- Observó un incremento en relación inversa a la actitud respecto al coito, hacia el final del embarazo, por lo que puede considerarse como una conducta sexual alternativa viable para substituir al coito al final de la gestación, en que los temores y los problemas físicos disminuyen el deseo del coito.



La actividad masturbatoria fuera del embarazo, resultó estadísticamente más frecuente que durante el primer trimestre ( $p$  menor .001), y el segundo ( $p$  menor .025), no observando diferencia significativa en el último trimestre. El resultado de esta variable concuerda con otros autores (7,11,13,17).

### COMENTARIO

El presente estudio a pesar de que abarca un fenómeno, - que se desarrolla en todos los seres humanos, no cuenta con -- estudios nacionales e internacionales con los cuales se puedan comparar resultados.

Este problema de la falta de investigaciones en la conducta sexual, se ve agravado por el estudio de variables en -- forma diferente, dado la complejidad del fenómeno.

En base a lo anterior, surge la necesidad de la creación de un organismo, que instituya cuáles son las variables y el modo en que deben ser analizadas las variables de la historia-clínica sexual.

Nosotros utilizamos la historia clínica codificada para la sexualidad femenina (HCCSF), propuesta por el Dr. Souza -- Machorro M y cols, con la esperanza de que algún otro clínico, utilizando el mismo formato pueda comparar los resultados señalados.

Por otro lado, al demostrar de que existe un alto porcentaje de disfunciones psicosexuales en ambas poblaciones, se -- plantea la necesidad de crear, una clínica de sexualidad para el manejo integral de estos problemas.

El médico gineco-obstetra, a pesar de estar en contacto cotidiano con problemas sexuales, sólo hasta años muy recientes, se ha incluido en su formación universitaria la materia -

de sexología, que sin duda es un buen principio, pero sin embargo insignificante, para darle la capacidad en el manejo de un problema multifactorial y por lo tanto complejo.

Es imperativo la realización de más estudios sobre el tema, para ahondar en el conocimiento y así poder ofrecer armas a aquellos médicos, que manejan las clínicas de terapia sexual.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alvarez Gayou JL. Investigación en sexología. Elementos de sexología. Ed. Interamericana Mex DF 1979:133.
- 2.- Bray P, Myers RAM, Cowley RA. Orogenital sex as a -- cause of nonfatal air embolism in pregnancy. *Obstet-Gynecol* 1983; 61:653.
- 3.- Dennis KJ; Elstein M. Educación sexual en la carrera de medicina. *Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales*. Nueva Ed. Interamericana Mex. D.F. 1980;2:179.
- 4.- Falicov. CJ. Sexual adjustment during first pregnancy and postpartum. *Am J Obstet Gynecol* 1973:117: 991.
- 5.- Goodlin RC, Keller DW, Raffin M. Orgasm during late-pregnancy: posible deleterious effects. *Obstet -- Gynecol* 1971:38:916.
- 6.- Goodlin RC. Orgasm and premature labour. *Lancet* 1969: 2; 646.
- 7.- Masters WH, Johnson VE. Embarazo y respuesta sexual. *Respuesta sexual humana*. Ed. Intermédica Arg. 1978: 127.
- 8.- Naeye RL. Coitus and associated amniotic fluid infections. *N. Engl J Med* 1979; 301:1198.

- 9.- Naeye RL. Factors that predispose to premature rupture of the fetal membranes. *Obstet Gynecol* 1982;60:93.
- 10.- Perkins RP. MD. Sexualidad durante el embarazo. *Clinicas Obstétricas y Ginecológicas*. Ed. Interamericana. España 1984; 3:903.
- 11.- Perkins RP. Sexuality in pregnancy: What determines behavior *Obstet Gynecol* 1982; 59: 189.
- 12.- Perkins RP. Sexual behavior and response in relation to complications of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 134:498.
- 13.- Puente Tovar FL, Flores Ayala G. Sexualidad durante el embarazo. *Ginec Obst Mex*. 1987; 55:22.
- 14.- Reamy, K y cols. Sexuality and pregnancy a prospective study. *J Reprod Med* 192; 27: 321.
- 15.- Reamy. K y cols. Sexuality in pregnancy and puerperium a review. *Obstet Gynecol Surv* 1985, 40:1
- 16.- Robson KM, Brant HA, Kumar R. Maternal sexuality -- during first pregnancy and after childbirth. *Br. J. Obstet Gynecol* 1981; 88:882.
- 17.- Solberg DA, Butler J. Wagner NN. Sexual behavior - in pregnancy. *N. Engl J. Med* 1973; 288: 1098.

- 18.- Souza Machorro M y cols. Historia clínica codificada-  
para la sexualidad femenina. Ginec Obst Mex 1987;55:  
272.
- 19.- Uribe Elías RE. Historia clínica sexual. Principios  
de terapia psicosexual. Ed Grijalbo Mex, DF. 1986:  
295.
- 20.- Wagner NN, Butler JC, Sanders JP. Prematurity and --  
orgasmic coitus during pregnancy: data on a small --  
sample. Fertil Steril.