

11228.
2493



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

División de Estudios Superiores
Instituto Mexicano del Seguro Social
Medicina Familiar

T E S I S

**EL MÉDICO FAMILIAR Y SUS CONOCIMIENTOS
SOBRE RESPUESTA SEXUAL HUMANA Y
DISFUNCIONES SEXUALES MÁS FRECUENTES**

P R E S E N T A :
DR. GUEVARA GONZALEZ F.

Aseor: Dr. Cortés Bonilla M.



GENERACION

1984-1986

FALLA DE ORIGEN



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 está 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

1.- Introducción.....	1
2.- Antecedentes Científicos.....	2
3.- Marco Teórico.....	12
4.- Planteamiento del Problema.....	24
5.- Justificación.....	24
6.- Objetivos.....	25
7.- Material y Métodos.....	26
8.- Recolección de Datos.....	36
9.- Variables a Investigar.....	37
10.- Unidades y Criterios de Medidas.....	40
11.- Resultados.....	41
12.- Conclusiones.....	49
13.- Bibliografía.....	50

I N T R O D U C C I O N

El Médico Familiar por su orientación de su especialidad, encargado de manejar las tres esferas del ser Humano; la biológica, psicológica u social; tiene la oportunidad de ayudar al paciente en cualquiera de éstas áreas. Dentro de este campo están una serie de hechos vitales desde el punto de vista ginecológico como la menarquia, la sexualidad, la planificación familiar, la reproducción y menopausa. Si en cualquiera de estos hechos la mujer busca orientación por parte del médico, es natural que ella acuda a él y si las circunstancias son adecuadas puede llegar a pedir apoyo o ayuda emocional y gran parte de los resultados dependerá de los conocimientos, interés y capacidad de orientación del propio médico. Por lo tanto es necesario que el Médico Familiar cuente con las bases científicas suficientes acerca del proceso psicofuncional de la Respuesta Sexual Humana y sus principales disfunciones Sexuales que le permita ofrecer una orientación adecuada de acuerdo a las necesidades individuales o familiares de su población en demanda de esta atención médica.

El Médico Familiar es considerado parte fundamental en la preservación de la salud, entendiéndose a esta como un equilibrio biopsicosocial, lo cual abarca la Respuesta Sexual Humana y sus disfunciones además tiene la oportunidad de brindar apoyo necesario para mantener dicho equilibrio sin embargo o a pesar del deseo de brindarle ayuda se encuentra ante la limitante en algunas ocasiones de falta de tiempo o de conocimientos en estas áreas de la Sexualidad.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El ser humano si bien es visible tiene un cuerpo que es lo que le permite la vida, el movimiento, el pensamiento, la forma, en lo que ha de rebasar la materia; dos conceptos básicos: sexo y sexualidad, que es lo que nos da la armonía de los niveles en lo que el ser humano vive.

SEXO

Es el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que nos diferencia a los seres humanos - en hombre y mujer con tendencia a la reproducción. - La determinación del sexo se hace en base a factores biológicos, psicológicos y sociales.

SEXUALIDAD

Son las características biológicas, psicológicas y sociales así como culturales que nos permiten comprender al mundo y vivirlo a través de un ser como - hombre o como mujer. Según Robert Willson, la sexualidad es una de las necesidades humanas que se expresan a través del cuerpo en parte básica de la feminidad o masculinidad de la autoimagen y la autoconciencia del desarrollo personal. Es parte del deseo para la satisfacción personal, estimula las necesidades de establecer relaciones interpersonales.

Es importante analizar la sexualidad, ya que es la base fundamental para el desarrollo biológico, - psicológico y social del individuo. Los fenómenos se repiten una y otra vez en un ir y venir de emociones, costumbres y valores.

Dentro de la historia encontramos los orígenes - de nosotros mismos, nuestros mitos y tabúes, siendo aquí donde encontramos las respuestas a muchas dudas planteadas a lo largo de nuestra vida.

EPOCA PREHISPANICA.

Según la biblia Dios creó el hombre a imagen y semejanza a él, y según John Lightfoot llevando un estudio cronológico del antiguo testamento la creación tuvo lugar el día 24 de Octubre de 4004 A.C. En el siglo XIX Charles Darwin en su publicación "El origen de las especies" echó por tierra las teorías religiosas y propone un proceso evolutivo en el que hace 14 a 20 millones de años, los simios se dividieron en 3 ramas entre la que está el Ramapiteccus quien dió origen al hombre, iniciándose en éste la bipedestación, mayor capacidad mental con el mayor control sobre sus manos. Además hubo cambios desde el punto de vista sexual en el que se presentó un cambio de posición en el que la hembra tiene posición dorsal, adquiriendo mayor participación en la relación coital, presentándose las perspectivas con una visión frontal para ambos, e incluso según Ford y Beach el orgasmo femenino apareció como respuesta a esta nueva posición.

Durante esta época el hombre inició el sedentismo, existiendo la posibilidad en que se originara aquí la familia, en la cual existía solo la relación Madre Hijo, ya que no había reconocimiento paterno por ser desconocido el origen del embarazo ya que las relaciones sexuales eran fuente de placer y pudiéndose llevar a cabo con cualquier persona incluyendo condescendientes.

PERIODO NEOLITICO

Durante esta época hubo cambios importantes para el hombre, presentándose la agricultura, llevando consigo diversos cambios, por ejemplo; desde el punto de vista social se iniciaron normas que rigieran dentro de la tribu, mejoró y aseguró su alimentación optimizando su tiempo para la caza, el pastoreo y otras actividades recreativas como fue la pintura, escultura y otras. Se originaron muchos tabues en relación al embarazo, la menstruación; atribuyendo les poderes mágicos, misteriosos y sobrenaturales causándoles sensación de respeto, y temor, llegando a aislar a las mujeres durante dichos períodos. Cabe aclarar que la biblia aparece el repudio de tener relaciones sexuales durante la menstruación, extrapoliándose posteriormente con suciedad, misma que la mujer tenía que retirarse con un baño ritual.

Durante este período se vivía en un matriarcado por ser la única relación consanguínea que se conocía, debido a que se desconocía la relación Coito-Embarazo, además la relación sexual se tenía aún como fuente de placer.

CULTURA EGIPCIA

Esta cultura que había conseguido avances importantes desde el punto de vista social, económico y político, se mantenía a la mujer con mayor fuerza social para tenerla en la casa, limitada a visitas familiares, de amistades sin que tuviera otro interés fuera de la familia. Más la ley egipcia tanto el hombre como la mujer eran iguales, punto contrario para la ley griega, sin embargo la mujer tenía recursos económicos y pocos lugares de trabajo siendo éstos como danzantes o prostitutas.

Inicialmente existía la poligamia para el hombre más posteriormente quedó solo para los faraones, quienes tenían la capacidad para mantener varias mujeres. Los matrimonios eran elegidos por los padres, lo cual condicionaba a que la mujer se le viera como a una sirvienta o ama de llaves, madre de sus hijos.

Se tenía el conocimiento de ciertas enfermedades ginecológicas descritas como úlceras en la vulva, prolapso uterino y algunas enfermedades masculinas como la impotencia y enfermedades de copulación. Existieron algunos métodos anticonceptivos que incluían algunas sustancias no identificadas actualmente. Habían algunos métodos para la identificación del embarazo muy poco confiables. Se contaban con otras prácticas sexuales no orientadas hacia la reproducción como la homosexualidad, zoofilia, relaciones anales, lactancias prolongadas, coitus interruptus, abortos inducidos, infanticidios y abstinencia. El incesto era permitido y un requerimiento real en las familias de los Faraones.

CULTURA BABILONICA.

La cultura babilónica a pesar de sus avances sociales, económicos e inventivos a la mujer se le mantenía en una condición inferior que la egipsia, llegando a reducir a la esposa en esclava. Cuando la mujer era estéril ella debía proveer de una compañera para que le diera hijos al esposo. A la mujer durante 30 días posteriores al parto y la menstruación era aislada de la tribu por considerarse sucia, por lo que tenía que practicarse un baño ritual. A la mujer se le tenía prohibido tocar los genitales masculinos, castigándosele con azotes o hasta cortarle

los dedos. En esta cultura existía la diosa Metilaa quien todas las mujeres tenían la obligación de entregarle el dinero obtenido de una relación sexual - con un extranjero por lo menos una vez en la vida.

CULTURA HEBREA

Los hebreos tienen costumbres muy semejantes a las culturas previas, excepto en que está el aborto y el infanticidio estaban prohibidos ante la ley al igual que cualquier otro método anticonceptivo. Se castigaba la homosexualidad y la zoofilia con la muerte. Existía el levirato - matrimonio forzoso con la cuñada viuda- y éste se evitaba por medio de la aprobación de la corte.

CULTURA GRIEGA

Cultura clásica que consideraba en esencia la perfección, belleza, simetría, pensaba en el cuerpo bello y hermoso. En esta cultura estaba permitida la homosexualidad siempre y cuando no fuera sustitutiva además de la pederastía, teniendo como requisito para practicar ésta última con adolescentes mayores de 14 años de edad. Regulamente había segregación de las actividades según el sexo quedando la política para el hombre y las labores del hogar para la mujer.

La masturbación femenina estaba permitida e incluso tenían un artefacto llamado "dilbo" imitando a un pene, hecho de madera y cubierto de piel y aceite de olivo. Existía también la homosexualidad femenina.

CULTURA ROMANA

Dentro de la cultura romana la actividad femenina era el hogar y la familia. La virginidad era alta

mente valorada, a tal grado que si la mujer estaba - condenada a morir se tenía que desflorar para posteriormente ejercer el castigo. Dentro de esta cultura existían tres tipos de matrimonios:

- 1.- Confamatio: era sumamente ceremonial y difícil de disolver.
- 2.- Coemptio: en este matrimonio se pagaba por -- la novia y el padre entregaba a la novia que futuramente iba a ser la esposa.
- 3.- Usos: la mujer vivía un año con el novio en prueba y la mujer seguía perteneciendo al padre.

Dentro de esta cultura la mujer al casarse adquiría el nombre del esposo, lo cual denotaba propiedad, lo cual constituye hasta nuestros días.

En la cultura romana constituyó un período en la historia en la cual hubo una tasa de natalidad disminuida por guerras, epidemias, exceso de lujos, preocupación por la belleza física, exceso de abortos, - infanticidios y neonatos nacidos muertos (por intoxicación de plomo).

EDAD MEDIA

Comprendida entre la caída del Imperio Romano - (476 años A.C.) y el renacimiento (100 años después).

Dada la ideología de establecer el cristianismo - y destruir todo lo que recordara el imperio romano; - llama la atención las virtudes cristianas, como la - pureza, castidad, caridad, compasión, amor puro, el - sexo y todo lo relacionado con la sexualidad se deva - luó y se separa el afecto de la pasión.

San Jerónimo escribe "un hombre sabio sabe amar a su esposa con juicio no con pasión, aquel que ama a su esposa ardientemente es un adúltero", muchos - otros escritores teólogos fundamentaban la aversión - contra la sexualidad lo cual se convirtió en doctrina y posteriormente en leyes.

En el siglo VI y XI, la homosexualidad fue castigada peor que el adulterio o la práctica de algún medio de anticoncepción.

En el siglo XII donde el sexo y todo lo referente a éste es depreciado, realmente fue una época donde el sentimiento de culpa fue una obsesión en todos los planos; físico y espiritual. Por lo anteriormente comentado se santificó el matrimonio, más este se llevaba a cabo con muchas restricciones, dando la función a las relaciones sexuales la de procrear e incluso se llegó a legislar el sexo oral, anal, coito interrumpido, llegándose a considerar como un homicidio.

Durante la edad media cuando la mayoría de los hombres se involucraron en las avanzadas o cruzadas, por medio de lo cual se adquirieron costumbres europeas como es la árabe, en donde la mujer era merecedora de otras atenciones aunque no dejó de estar relegada a segundo plano; la mujer entonces era digna de adulación, respeto que apareció con la expansión de culto hacia la virgen María, expresándole un amor castesiano en la poesía. Fue durante el siglo XIV en donde aparecieron los cinturones de virginidad - llamadas previamente "fajas florentinas".

RENACIMIENTO -HUMANISMO-

Inicia en el siglo XV en Italia con el concepto del humanismo en el cual se aceptan la individualidad, los deseos, los impulsos. Se permite la expresión de la sexualidad en la poesía, escritura y pintura. En esta época se dió importancia al cuerpo humano, cultivándose la fuerza y la belleza. Se pensaba que muchas personas se habían entregado al demonio, llamados "incubos" masculinos o "succubus" femeninos, quienes tenían diversos poderes de producir la muerte, malformaciones congénitas, infertilidad, abortos, impotencia, frigidez y poluciones nocturnas, por lo que se prosperaba la "caza de brujas".

Era muy conocido el libertinaje sexual eclesástico especialmente entre los papas; la vida de Borja, realmente escandalosa, teniendo concubinas, prostitutas, relaciones homosexuales, incesto de primer grado.

Fue en esta época donde se presentó el mayor índice de prostitución, lo cual condicionó un incremento en enfermedades venéreas.

En esta época se le consideraba a la mujer en igualdad de condiciones para la educación el arte y las letras, sin embargo la mujer casada era sometida al marido a quién le debía devoción y servicio para siempre.

EDAD DE LA RAZON

Considerada entre los siglos XVII y XVIII, posterior a que se había liberado la expresión sexual del hombre durante el Renacimiento, se vuelve al PURITANISMO, que conlleva el autoexamen de conciencia, autocastigo, al origen pecaminoso del hombre. Se

vólvio a dar al sexo el fin de solo la procreación, negando aspectos placenteros, legislativo, y prohibido la asistencia a fiestas, danzas, cantos y adúlterios.

En el siglo XVII en Inglaterra hubo un cambio drástico con la caída de Crowell y el ascenso de Carlos II quien permite la prostitución, las concubinas hijos ilegítimos, lo cual condicionó al libertinaje y al finalizar el siglo XVII donde el rey Luis XIV propone la sexualidad que debía estar regida por la razón y deprovisto de pasión.

SIGLO XIX

Durante este siglo se presentaron varios sucesos como la revolución Francesa, desarrollo de la industria y la ciencia, se impulsa el socialismo, se establece la igualdad del hombre y la mujer. Durante la revolución industrial el hombre sale a vender su trabajo, siendo jornadas hasta de 18 hrs., por lo que muchas de sus actividades se redujeron, entre ellas su expresión sexual. La mujer durante esta época se le permite trabajar en la industria, obteniendo de esta forma la manera inicial de su independencia ante el hombre.

Durante este tiempo la sexualidad es muy reprimida y solo se permite el hombre en su matrimonio una satisfacción reducida, ya que al tener relaciones sexuales estas se llevaban a cabo con pijamas o sábanas diseñadas para este fin, además de no permitirse los desnudos.

SIGLO XX

Durante este siglo se incrementa la literatura y escritos sobre la sexualidad en forma científica,

pudiendo citar a Sigmound Freud, quien genera una revolución sexual al hablar de sexualidad infantil, disfunciones y desviaciones sexuales, pudiendo citar también a Ellis, Magnummus, quienes diciernen que la mujer adquiere mayor libertad al ser económicamente-independiente, y tendiente a hablar sobre el amor libre, que proclamaba Come Thornean. Hubo también otro tipo de publicaciones como "funciones y desordenes - de conducta y órganos reproductores en la niñez, adolescencia, edad media adulta y avanzada" de H. Mil - ton.

MARCO TEORICO

Dentro de esta investigación se procederá a explorar dos puntos de importancia para la conducta humana, de la cual es necesario contar con conceptos bien definidos sobre Respuesta sexual humana y Disfunciones sexuales más frecuentes.

1.- RESPUESTA SEXUAL HUMANA FEMENINA.

En relación a este punto se observa que se han realizado investigaciones desde 1934, ya con una metodología formal, realizada por el departamento de Ginecología y Obstetricia de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington, la cual dió la pauta para continuar con estudios más sofisticados sobre este punto, implicando lo biológico, psicológico y social. Los estudios actuales de la conducta sexual humana se hace para establecer los fundamentos de una información científica básica que permita dar las respuestas definitivas a muchos problemas multifactoriales con índole sexual. Al tratar de describir la respuesta sexual humana es necesario saber las diferentes etapas que constituye el acto sexual que son:

- 1.0.- Fase de excitación.
- 1.1.- Fase de meseta.
- 1.2.- Fase de orgasmo.
- 1.3.- Fase de resolución.

En este pequeño apartado se tratará de describir en forma grosea lo que es la respuesta sexual femenina. La primera fase, o de excitación se desarrolla a partir de una estimulación somática o psicológica, el cual va a producir el incremento de la tensión sexual, la cual si es bien estimulada será progresiva-

siendo muy variable tanto en intensidad como el tiempo que dura. Posteriormente se pasará a una fase de mayor intensidad de tensión sexual la cual es la Meseta, al llegar la tensión sexual al máximo aparece lo que se denomina fase de Orgasmo con los diferentes cambios a nivel genital y extragenital. Posteriormente se pasa a una fase de resolución en la cual se pierde la tensión sexual, miotobía y vasocongestión profunda y superficial.

La respuesta fisiológica de la mujer al estímulo sexual no solo está confinado a las vísceras del aparato genital sino a todo el organismo. Las reacciones fisiológicas a la estimulación sexual son principalmente la vasocongestión superficial y/o profunda-generalizada y la contracción muscular generalizada y específica. La vasocongestión se observa en todas las fases del ciclo, mientras que la tensión muscular se manifiesta en forma clínica durante la fase de meseta y orgasmo. Ejemplo de congestión vascular superficial es el enrojecimiento sexual que aparecen en la superficie del cuerpo, mientras que la congestión profunda se manifiesta por la aparición del orgasmo. Los órganos gatillos como las mamas, muestran pruebas de la existencia de una vasodilatación superficial y profunda. Los grupos musculares que reflejan una tensión sexual son los de las manos, pies y abdomen, mientras que el bulbo esponjoso y el isquío cavernoso, así como el esfínter rectal, son ejemplos de tensión muscular específica. (9)

Para valorar el nivel de conocimiento del Médico Familiar sobre éste apartado realizaron los reactivos 3,4,6,7,17,18, del cuestionario para evaluación.

RESPUESTA SEXUAL MASCULINA

Las reacciones físicas masculinas a niveles elevados de tensión sexual, no se hayan confinadas a órganos primarios o secundarios de reproducción. Existen pruebas físicas de tensión sexual en todo el cuerpo. Del mismo modo que en la mujer, la respuesta fisiológica al estímulo sexual efectivo en el que se inicia la fase de excitación se presenta la vasocongestión superficial y profunda y en segundo lugar la contractura muscular generalizada y específica. Consta de las cuatro fases al igual que la respuesta sexual femenina, presentando en forma característica durante la fase de excitación la erección peneana, piel sexual, taquicardia, polipnea e incremento de la tensión arterial y así como aumento de la tensión sexual, pasando a la fase de meseta, durante la cual presenta aumento progresivo de la miotonía, pasando a la fase de orgasmo de acuerdo al aumento de la tensión arterial, caracterizándose esta etapa por la eyaculación masculina, aumento del volumen de los testículos, elevación progresiva hasta ser completa-contracciones rítmicas del esfínter anal. La etapa que le sucede es la de Resolución, en la cual se normaliza la tensión arterial, frecuencia cardiaca, y respiratoria, hay pérdida de la erección peneana y disminución de la tensión sexual; teniendo como característica en el hombre este período de ser refractario, hasta determinado tiempo, para poder realizar otro acto sexual, no así en la mujer en quien puede presentarse un orgasmo para pasar posteriormente a la fase de meseta o excitación para volver a presentar otro orgasmo.

Para evaluar el nivel de conocimientos del Médico Familiar sobre este punto se realizaron los reactivos 5, 11, 13, y 25 del cuestionario aplicado en la encuesta para realización del presente trabajo de

investigación.

3.- RESPUESTA SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO.

En relación a este punto aún no se han realizado estudios con datos aceptados estadísticamente, ya que la población es difícil de conseguir y además de ser un punto difícil de estudiar, ya que influyen factores sociales, psicológicos, económicos, de tipo personal y mucho tabues que no permite un diálogo muy fidedigno. Más si se puede tener conceptos que nos orientan a cambios importantes en la Respuesta Sexual femenina, como es el incremento del deseo sexual, y efectividad del acto sexual en segundo y tercer trimestre (9), más sin embargo en menor número hubo rechazo al acto sexual pero se presentaron mayor número de fantasias sexuales. Se observa en personas embarazadas incremento en la intensidad del orgasmo, y diferentes fases del acto sexual, y en relación al postparto se observa un retorno rápido de los niveles de tensión sexual, en algunas personas que amamantaron fue más alto el nivel de interés sexual, y otras mujeres tuvieron aumento significativo del placer sexual derivado del área de la episiotomía o la estrechez de la vagina. En relación a la paridad hubo mujeres primiparas que rechazaron el acto sexual por reducción de la tensión sexual además de presentar un desempeño menos afectivo. Más en general, se observa que la respuesta sexual femenina es modificada de acuerdo a cada personalidad y dependiendo del estudio del embarazo, ya que algunas personas con fondo de lesión orgánica predispuestas a abortar se puede presentar éste.

En este estudio para estudio de esta área se realizaron los reactivos: 15, 14 y 16.

4.- RESPUESTA SEXUAL GERIATRICA.

Para una mejor comprensión de este punto es importante tomar en cuenta la función de la falta de esteroides sexuales en la mujer postmenopáusica en el que se puede englobar la vaginitis senil, por disminución de esteroides, el cuadro psicológico que más bien está en función al desarrollo y maduración-caractereológica y sexual, sin olvidar que si hay afección orgánica por la disminución de esteroides sexuales. Existen varios factores mecánicos resultantes del desajuste endocrino que ocasionan dolor durante el coito en la postmenopausea manifestándose de mayor intensidad en la fase de penetración coito prolongado con sensación vaginal quemante, dolor-pelviano y dolor abdominal bajo. Clínicamente en la mujer presenta adelgazamiento de las paredes vaginales, reducción de la longitud y diámetro trascervical de la vagina, con encogimiento de los labios mayores que constriñen el introito vaginal, resulta -- por falta de esteroides sexuales que puede corregirse con terapia endocrina sustitutiva. (estrógenos y progestanos). Es frecuente que durante el climaterio haya rechazo franco al acto sexual lo cual puede estar condicionado por el cuadro de nerviosismo, escalofrios, irritabilidad emocional, etc.

Durante el climaterio se observó en muchas mujeres tanto un retorno como una pérdida del impulso sexual. Según Helene Deustsh establece una conducta en función al deseo o rechazo al embarazo, lo cual condiciona un rechazo o incremento del deseo sexual. -- Además se observa que la conducta posterior a la menopausia está en función a la maduración del grupo familiar, problemas socio-económicos, presentándose un mejor desempeño sexual o igual, en mujeres que -- mantuvieron una familiar armoniosa. Se ha observado-

un mejor desempeño sexual en aquellas mujeres que han tenido una vida sexual continua.

Debe tenerse en cuenta a la mujer senil sin compañero ya que alrededor del 10% de mujeres no se casan, además de que la longevidad de la mujer es mayor que la del hombre en quien se observa una tendencia a la automanipulación para liberar su tensión sexual o canalizarla a una conducta de trabajo físico exhaustivo.

No existen motivos para que la menopausia entorpezca la capacidad, desempeño o impulso sexual de la mujer. La mujer añosa normal, sana, tiene un impulso sexual que debe ser resuelto. La intensidad de su capacidad sexual y su efectividad de la actuación sexual, así como su erotismo, se hayan influenciados en forma indirecta por los problemas psicológicos y sociofisiológicos del proceso de envejecimiento. En suma, el avance de los años no pone un límite preciso a la sexualidad femenina.

No existen dudas en lo que respecta a la disminución de la respuesta sexual del hombre a medida que la edad avanza, ya que disminuyen los niveles de tensión sexual, habilidad para terminar el coito con eyaculación, habilidad para establecer la conexión del coito, historia de masturbación y/o emisiones nocturnas.

La capacidad sexual y el desempeño del hombre de edad está sujeto a cualquier problema físico crónico o agudo con involución fisiológico general de la vejez. Es posible que la mayor influencia geriatrica sobre la respuesta sexual sea inherente al medio sociosexual en el cual vive el hombre y sus años se

xualmente formativos. Kensey y sus colaboradores así lo sugieren de acuerdo a un trabajo realizado en 1948 para sostener esta teoría.

Son muy conocidos los factores que condicionan la involución sexual masculina. Las alteraciones en la habilidad de respuesta sexual masculina caen casi siempre dentro de 6 categorías generales:

- a) Monotonía de las relaciones sexuales.
- b) Preocupación por la profesión o problemas socioeconómicos.
- c) Fatiga mental.
- d) Exceso de comidas o bebidas.
- e) Enfermedades físicas o mentales de la pareja.
- f) Temor por el desempeño sexual asociado a las categorías mencionadas anteriormente.

Los reactivos del cuestionario que se realizaron para evaluar este punto son: 8, 9, 10, 11, 12 y 13.

Otros puntos de importancia a tratar y como objetivos del trabajo se encuentran un apartado de suma importancia como son las disfunciones sexuales más frecuentes entre las que encontramos:

5.- EYACULACION PRECOZ.

En relación a este punto se han intentado dar diversas definiciones, en relación a tiempo que se mantiene el pene dentro de la vagina, más no es funcional, por lo que se propone la definición según Masters y Johnson; denominándose eyaculación precoz en un hombre cuando, durante la introducción intravaginal, no puede controlar la eyaculación por el perío-

do suficiente para satisfacer a su cónyuge, aunque - sea sólo en un 50% de los contactos sexuales.

Dentro de los factores predisponentes se encuentra el acondicionamiento de llevar las primeras relaciones sexuales en situaciones que amerita llevarse a prisa el acto sexual, como es por ejemplo con prostitutas en quienes la pauta aceptada incluye la satisfacción de las tensiones sexuales del hombre tan rápida como fuera posible, ya que es el medio de sostén económicamente hablando por éstas personas. - Otras situaciones que ofrece llevarse rápido el acto sexual es llevarlas a cabo dentro del coche en vías públicas, o realizar la pantomina del coito sin ningún intento de penetración o el coito interrumpido, - o incluso la falta de control de la maduración de la eyaculación que se presenta en matrimonios en diferentes etapas; dichos factores pueden condicionar a un tiempo no determinado la presencia de impotencia masculina.

El tratamiento para esta entidad manejado en la Fundación de Investigación Biológica Reproductiva, - Es fundamentalmente la de una orientación psicológica de la pareja quien debería de aceptar su problema iniciándose con el rechazo de "no tocar" los genitales, posteriormente desnudos en posición de sentada la mujer con las piernas abiertas el hombre se coloca frente a ella acostado de espaldas con los genitales lo más cercanos a ella, se inicia compresión del surco balanoprepucial en la cara anterior con el dedo pulgar, hasta evitar de ésta forma la eyaculación ya controlada la eyaculación de esta forma la mujer adopta una posición superior sentada sobre su pareja con las rodillas a nivel de línea axilar del hombre, iniciando movimientos pélvicos, hasta desarrollar la primer fase del orgasmo masculino retirándose la mu-

jer y aplicar la técnica de compresión, ya controlada la eyaculación de esta forma se pasa a la posición de superior y lateral para la mujer de tal forma que el hombre en decubito dorsal abierto de piernas la mujer queda con posición superior y con una pierna en el espacio formado por las piernas del hombre, ya que en esta forma se tiene un mejor control de la eyaculación. (4)

Para la evaluación de este punto se cuenta con los reactivos: 19, 20, 21 y 27, del cuestionario respectivo.

6.- IMPOTENCIA.

Se denomina impotencia a la incapacidad de presentar erección con fines de penetración femenina, es Primaria cuando nunca se ha tenido una erección peneana con fines de penetración, y es secundaria -- cuando se han tenido erecciones peneanas con penetración femenina y posteriormente se pierde esta capacidad, aún al presentar erección en un 25% de contactos con penetración.

Los factores que condicionan a esta entidad son por lo regular factores de gran arraigo psicológico como la mala información, una interpretación errónea y con una serie de tabues sexuales sin resolver, normas teológicas muy marcadas, tendencias homosexuales experiencias traumáticas y ridiculizantes con prostitutas, e incluso haber tenido sus primeros coitos con fracasos importantes, dominio materno con ideas y conceptos muy negativos hacia el sexo, o por parte del padre.

Dentro del tratamiento para pacientes con impotencia predomina en forma importante la psicoterapia, en cualquiera de sus variedades junto con la pareja,

que en el cual hay que reubicar al paciente dentro de la normalidad y ayudarlo a su readaptación sexual con su pareja o pareja de sustitución, ésto último aún no implantado en México.

Cabe mencionar que hay otras causas de impotencia de causa física como son malformaciones congénitas, fibrosis testicular, hidrocele, endocrinopatías neurológicas, medicamentosas, etc.

Para la evaluación del tema de impotencia se realizaron los reactivos de: 23, 22, 24, 26, 27 y 28 de cuestionario.

ANORGASMIA FEMENINA.

Se denomina anorgasmia femenina a aquella mujer que no ha tenido un orgasmo durante toda su vida en caso de ser primaria, y secundaria, cuando la mujer ha tenido orgasmos previos, y posteriormente perdió la capacidad para presentarlos. Hay sin número de factores que condicionan a esta entidad como son: su presión en forma conciente o inconciente hacia el sexo condicionado por la ideología imprimida por los padres, nuestra cultura es la que a la mujer se le obliga a ser "niña buena", "no pensar en cosas malas", preservación de la virginidad, incesto, ataques sexuales, la falta de conocimientos sobre la sexualidad de la mujer, represión en la expresión de la identidad sexual por medio de la ignorancia, el miedo o la dirección autoritaria, influencia arbitraria sobre el sexo en forma negativa, identificación irreal con el compañero, además se observa anorgasmia femenina en mujeres casadas con personas portadoras de eyaculación precoz e impotencia e influencia homosexual.

Es importante recordar que el tratamiento, de esta entidad presenta un alto porcentaje la orientación psicológica que se le pueda proporcionar a la paciente ya que muchas causas de anorgasmia femenina son disturbios psicológicos, o concepciones negativas del sexo. En relación a la asociación de eyaculador precoz o impotente es adecuado la reorientación de la pareja.

Para la evaluación de este objetivo particular se realizaron los reactivos números: 29 y 30.

8.- VAGINISMO.

Se denomina vaginismo al cuadro psicofisiológico en el que hay contractura del perine y tercio distal de la vagina que es involuntario que se estimula al intento de penetración e impide a ésta.

Dentro de las causas de vaginismo se encuentran; aversión hacia la relación sexual por ataque sexual, incesto, asociación con impotencia o eyaculación precoz con alto nivel de frustración sexual, ortodoxia-religiosa, secundario a dispareupnia, orientación homosexual.

El tratamiento consiste en una adecuada psicoterapia en la cual se ilustra la anatomía propia de la mujer disipación de los temores sexuales y posteriormente la automanipulación de los genitales, sin tendencia a la masturbación sino para conocimiento de los mismos, con aplicación de dilatadores Hegar en orden progresivo de diámetro.

Los reactivos realizados para este punto son 31 y 32.

9.- DISPAREUPNIA.

El termino dispareupnia -coito dificultoso o doloroso- ha sido siempre empleado para referirse a los dolores de la mujer durante la copula.

Este cuadro tiene su origen en una serie de causas tanto óbjetivas como subjetivas, es importante -tomar en cuenta las causas como son los procesos inflamatorios a cualquier nivel de aparato reproductor ya sean infecciones o parasitarias, reacciones sensitivas a productos químicos utilizados para la higiene o ducha vaginal, e incluso la vaginitis senil, y por radiación, otro factor que va a condicionar la dispareupnia es la insuficiencia de secreción vaginal ya sea por una insuficiente estimulación durante la fase de excitación o una falta de identificación con la pareja o incluso como mecanismo organo de choque ante alguna alteración familiar. Hay factores psicológicos que son de muy difícil manejo y son causa de dispareupnia, sin afección organica como son: - la falta de identificación sexual con la pareja y - tendencias homosexuales.

La terapia la constituye una confirmación de ausencia de patología organica, con una adecuada psicoterapia orientada hacia la causa de la dispareupnia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de la rotación por el servicio de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar Clínica 29 del IMSS, se observó una deficiencia sobre los conceptos y conocimientos sobre respuesta sexual humana y sus disfunciones más frecuentes, además de detectarse falta de tacto y capacidad para conducir el interrogatorio sobre la Sexualidad del derechohabiente.

JUSTIFICACION

Debido a que algunos disturbios pueden afectar la sexualidad y secundariamente ésta a la conducta cotidiana del paciente, quien en ocasiones acude a consultar al Médico Familiar para buscar una orientación o resolución del problema, el cual en ocasiones es motivo de consulta; por lo que es importante que el Médico Familiar cuente con los conceptos bien definidos sobre lo que es la Respuesta Sexual Humana y sus disfunciones más frecuentes que se presentan en su consulta para proporcionar una orientación o incluso una terapia.

OBJETIVOS

OBJETIVOS INMEDIATOS

1.- Por medio del presente estudio se trata de describir si el Médico Familiar cuenta con los conocimientos suficientes sobre la Respuesta Sexual Humana.

2.- Describir el nivel de conocimientos del Médico Familiar sobre las disfunciones Sexuales mas frecuentes.

OBJETIVOS MEDIATOS.

1.- Valorar la realización de cursos de capacitación del Médico Familiar que contemplen la Respuesta sexual Humana y las Disfunciones Sexuales mas frecuentes, para una mejor e integral atención del paciente y mejor comprensión a su sexualidad.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se llevó a cabo en las Unidades de Medicina Familiar Clínicas 23 y 29, del Instituto Mexicano del Seguro Social con los médicos familiares del horario A-C y B-D, realizándose una encuesta con aplicación de un cuestionario de 35 reactivos, donde se midió el nivel de conocimientos sobre Respuesta Sexual Humana y disfunciones sexuales mas frecuentes. Dicho cuestionario estuvo constituido por 35 reactivos con 26 preguntas sobre Respuesta Sexual Humana y disfunciones sexual mas frecuentes en numero de 9.

La encuesta se llevó a cabo del 10. de enero de 1986 al 15 de enero de 1986.

Dentro de éste estudio se subdividieron a los Médicos familiares en 2 grupos:

- 1.- Medicos Familiares con especialidad de Medicina familiar horarios A-C y B-D.
- 2.- Medicos Familiares sin especialidad de Medicina familiar horarios A-C y B-D.

Las unidades de observación fueron los médicos Familiares en sus respectivos consultorios, donde se les aplicó el Cuestionario.

Los médicos familiares encuestados fueron en numero total de 98, correspondientes a las clínicas 23 y 29 del I.M.S.S. horario A-C y B-D; de los cuales - a 78 se les aplicó el cuestionario y lo entregaron; - de los Médicos Familiares con cuestionarios contestado 50 de ellos NO tienen la residencia de Medicina -

Familiar correspondiendo al 64%, y 28 cuentan con la residencia de Medicina Familiar, siendo una proporción del 36%.

De los Médicos Familiares que se les solicitó su colaboración para la realización de la encuesta y no aceptaron fueron en número de 20, correspondiendo al 22.0% quienes en la mayoría argumentaron no manejar los temas de Respuesta Sexual Humana y disfunciones sexuales mas frecuentes y otros simplemente no entregaron el cuestionario.

1.-¿QUE ES SEXUALIDAD HUMANA?

- A) La forma de pensar sobre el sexo
- B) Conjunto de características biopsicosociales- que nos permiten comprender el mundo como hom bre o mujer.
- C) La expresión del acto sexual
- D) La expresión del hombre o mujer en la socie - dad.
- E) Conjunto de características anatómicas y fi - siológicas que diferencian a un hombre de una mujer.

2.-¿QUE ES SEXO?

- A) La forma de pensar sobre el sexo.
- B) Conjunto de características biopsicosociales- que nos permites comprender el mundo como hom bre o mujer.
- C) La expresión del acto sexual.
- D) La expresión del hombre o mujer en la socie - dad.
- E) Conjunto de características anatómicas y fi - siológicas que diferencian a un hombre de una mujer.

3.-¿CUALES SON LAS FASES DE LA RESPUESTA SEXUAL HUMANA?

- A) Excitación.
- B) Meseta.
- C) Orgasmo.
- D) Resolución.
- E) Todas las anteriores.

4.- Durante la fase de excitación la lubricación vaginal está dada principalmente:

- A) Secreción de glán de bartholini.
- B) Trasudación por la dilatación de plexos veno- sos de la vagina.

- C) Por glándulas ubicadas en paredes vaginales.
 - D) Secreción procedente de cervix.
 - E) Por secreción producida por uretra peniana.
- 5.- La eyaculación masculina está mediada por respuesta autónoma de:
- A) Respuesta parasimpática a nivel de sacro.
 - B) Respuesta simpática a nivel de L-1 y L-2.
 - C) Respuesta simpática a nivel de S-1 y S-2.
 - D) Respuesta parasimpática a nivel de T-3, T-4.
 - E) Respuesta vagal C-1, C-2.
- 6.- La plataforma orgásmica femenina, está dada por:
- A) La miotonía de piso pélvico y musculatura de tercio distal de vagina.
 - B) Vasocongestión.
 - C) La miotonía de piso pélvico y musculatura de tercio interno de vagina.
 - D) A y B son ciertas.
 - E) Ninguna de las anteriores son ciertas.
- 7.- El orgasmo femenino, a nivel de vagina está caracterizado por:
- A) Relajamiento de musculatura de piso pélvico.
 - B) Aumento de secreción de las glándulas de Bartholini.
 - C) Contracciones rítmicas y regulares de plataformas orgásmicas.
 - D) Disminución de secreción vaginal.
 - E) Ninguna de las anteriores.
- 8.- En la mujer postmenopáusica puede haber dispareunia, dolor abdominal bajo, lo cual está condicionado por:
- A) Adelgazamiento de mucosa vaginal.
 - B) Reducción de distensibilidad de mucosa vaginal.

- C) Rechazo psicológico al acto sexual.
- D) Falta de relaciones sexuales frecuentes.
- E) Todas las anteriores.

9.- Ante un cuadro de dispareupnia postcoital en la mujer postmenopausica, siendo descartado proceso infeccioso o de infestación, indicaría tratamiento con:

- A) Analgesicos.
- B) Antiespasmodicos.
- C) Estrogeno y progestagenos.
- D) A y B son correctos.
- E) Ninguna de las anteriores.

10.- El deseo sexual en la mujer postmenopausica se encuentra como regla general:

- A) Deseo sexual aumentado.
- B) Deseo sexual disminuido.
- C) El deseo sexual continua siendo igual.
- D) No hay deseo sexual.
- E) A.B.C. son correctas.

11.- El hombre que tiene una vida sexual activa en forma regular, tiene mejor desempeño en vida sexual en su período de edad avanzada.

- A) Cierto
- B) Falso

12.- Es una característica que en el hombre añoso sucede:

- A) Disminución de su vida sexual activa.
- B) Desaparezca su vida sexual activa.
- C) Aumente su actividad sexual.
- D) Continuar con su vida sexual activa igual.
- E) Tenga tendencia a la masturbación.

13.- Es factor para la involución sexual masculina, en la vida sexual activa:

- A) Monotonía sexual.

- B) Preocupación sexual.
- C) Fatiga física y sexual.
- D) Exceso de comidas y bebidas.
- E) Todas las anteriores son correctas.

14.- En algunos casos la mujer con embarazo normal - el orgasmo puede ser mas intenso.

- A) Cierto
- B) Falso.

15.- Durante el embarazo normal la libido de la mujer se encuentra:

- A) Libido disminuido.
- B) Libido aumentado.
- C) Continua igual que sin embarazo.
- D) El lívido desaparece.
- E) Depende de cada mujer.

16.- En algunas mujeres con embarazo normal el erotismo puede incrementarse.

- A) Cierto
- B) Falso.

17.- La eyaculación femenina está relacionada con:

- A) Glándulas de Bartholini.
- B) Punto G (Gräfenberg)
- C) Mucosa vaginal.
- D) Vejiga.
- E) No existe la eyaculación femenina.

18.- En la mujer los orgasmos posteriores al primero, son en función a la intensidad:

- A) Los orgasmos subsecuentes son de menor intensidad.
- B) Los orgasmos subsecuentes son de igual intensidad que el primero.
- C) Los orgasmos subsecuentes son de mayor intensidad que el primero.
- D) No tienen relación.
- E) La mujer no tiene capacidad para varios orgasmos.

19.- Se encuentra como factor principal predisponente para la eyaculación precoz:

- A) La masturbación.
- B) Enfermedades urológicas.
- C) Vida sexual muy activa.
- D) Iniciar~~se~~ con relaciones rápidas.
- E) Enfermedades febriles.

20.- Se denomina eyaculación precoz a:

- A) Incapacidad para la erección.
- B) Incapacidad de control sobre la eyaculación para satisfacer a su conyuge.
- C) Incapacidad para la eyaculación.
- D) Eyaculación hacia vejiga.
- E) Todas las anteriores.

21.- El tratamiento para la eyaculación precoz incluye:

- A) Técnica de comprensión en surco balanoprepucial.
- B) No tocar los genitales.
- C) Posición superior femenina con retiro en la primera fase del orgasmo masculino.
- D) A y C son correctas.
- E) No hay tratamiento.

22.- Se denomina impotencia primaria a:

- A) Incapacidad de erección después de haber tenido varias erecciones con fines de penetración.
- B) Incapacidad de erección cuando nunca se ha tenido una erección con fines de penetración.
- C) Cuando se desconoce la causa de falta de erección.
- D) Cuando se tiene una semierección, y se presenta la eyaculación antes de la penetración.
- E) Ninguna de las anteriores.

23.- EL TRATAMIENTO DE LA IMPOTENCIA PRIMARIA SE BA
SA PRINCIPALMENTE EN:

- A) Psicoterapia.
- B) Ejercicios de autoestimulación.
- C) Tratamiento quirúrgico.
- D) Tratamiento hacia la homosexualidad.
- E) No existe.

24.- SE LLAMA IMPOTENCIA SECUNDARIA A:

- A) Incapacidad de erección después de haber -
tenido una erección con fines de penetra -
ción.
- B) Incapacidad de erección cuando nunca se ha
tenido una erección con fines de penetra -
ción.
- C) Cuando se desconoce la causa de falta de -
erección.
- D) Cuando se conoce la causa de falta de erec
ción.
- E) Cuando se tiene una semierección y se pre-
senta la eyaculación antes de la penetra -
ción.

25.- LA EYACULACION POR SI SOLA SI CREA SUFRIMIENTO
FISICO RESIDUAL

- A) CIERTO
- B) FALSO

26.- SON CAUSA DE IMPOTENCIA SECUNDARIA.

- A) La eyaculación precoz.
- B) Episodios alcohólicos.
- C) Dominio paterno asociado a homosexualidad.
- D) Importante influencia de religión ortodoxa.
- E) Todas las anteriores.

- 27.- LA DIFERENCIA CLINICA ORIENTADA HACIA EL TRATAMIENTO ENTRE LA IMPOTENCIA SECUNDARIA Y LA EYACULACION PRECOZ; ES QUE LA PRIMERA EL TRATAMIENTO ES FUNDAMENTALMENTE PSICOLOGICO MIENTRAS QUE EN LA EYACULACION PRECOZ EL TRATAMIENTO ES FUNCIONAL.
A) CIERTO B) FALSO.
- 28.- LA IMPOTENCIA SECUNDARIA PUEDE ESTAR ASOCIADA A INGESTA MEDICAMENTOSA.
A) CIERTO B) FALSO
- 29.- SE DENOMINA ANORGASMIA FEMENINA PRIMARIA A:
A) Carencia de obtención de orgasmos durante toda la vida.
B) Cuando la mujer no ha tenido orgasmos y se desconoce su causa.
C) Incapacidad para una adecuada lubricación vaginal.
D) Son correctas la A y C.
E) Todas las anteriores son correctas.
- 30.- SON CAUSA DE ANORGASMIA FEMENINA PRIMARIA:
A) Ortodoxia religiosa.
B) Dominación psicológica negativa hacia el sexo.
C) Impotencia primaria o secundaria masculina.
D) Eyaculación precoz masculina.
E) Todas las anteriores.
- 31.- SE DENOMINA VAGINISMO A:
A) Dolor a la penetración de la vagina por el pene.
B) A la contractura de perine y musculatura vaginal que impide la penetración de la vagina.

- C) A la falta de lubricación de la vagina.
- D) A la falta de presión de la musculatura del periné.
- E) Elongación vaginal.

32.- EL TRATAMIENTO DEL VAGINISMO SE BASA EN:

- A) Psicoterapia
- B) Evitar el coito
- C) Tratamiento quirúrgico
- D) Realizar dilatación con dilatadores hegar.
- E) A y D son correctas.

33.- SON CAUSA DE DÍSPAREUPNIA

- A) Falta de identificación sexual con su pareja.
- B) Tendencias homosexuales.
- C) Insuficiencia de secreción vaginal.
- D) Procesos infecciosos de sistema genital.
- E) Todas las anteriores.

34.- DENTRO DE LAS CAUSAS MAS DIFICILES DE TRATAMIENTO DE DISPAREUPNIA ES:

- A) Endometritis.
- B) Procesos infecciosos pélvicos.
- C) Vaginismo.
- D) Fuertes tendencias homosexuales.
- E) Ninguna de las anteriores.

35.- EN LA FASE I DEL ORGASMO MASC. SE PRESENTA EXPULSION DE SEMEN POR MEATO URETRAL EXTERNO.

- A) CIERTO
- B) FALSO.

SELECCION DE INFORMACION

La recolección de la información se realizó por medio de una encuesta, la cual se llevó a cabo en los consultorios de Medicina Familiar de las clínicas del IMSS clínicas 29 y 23, llevando la técnica de aplicación de cuestionario, el cual está constituido de 35 reactivos con 26 preguntas sobre respuesta sexual humana y 9 reactivos sobre disfunciones sexuales más frecuentes. Las preguntas en su contenido fueron seleccionadas por su mayor relevancia sobre respuesta sexual humana y disfunciones sexuales, estructurada con reactivos de opción múltiple y de cierto y Falso.

RECOLECCION DE DATOS

Una vez aplicado el examen se procedió a agrupar los resultados del cuestionario de acuerdo a su calificación. Posteriormente se procedió a la realización de tablas de resultados y gráficas. Para la realización de las tablas se tomaron en cuenta el número de Médicos Familiares (grupo de trabajo), el número de reactivos totales a contestar sobre las diferentes áreas a explotar (variables e indicadores) y el número de reactivos contestados en forma correcta por el grupo de trabajo, proporcionándoles una calificación del 1 al 100; que es el porcentaje de respuestas contestadas en forma correcta.

VARIABLES A INVESTIGAR

Dentro de este estudio se realizó la investigación sobre respuesta sexual humana con las variables que son las siguientes:

1.- RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

Es la respuesta fisiológica de la mujer ante un estímulo sexual, en el cual se incrementan la tensión sexual dando cambios a niveles genital y extragenital en sus diferentes fases como es la de estimulación, meseta, orgasmo y resolución. Para evaluar este punto se realizaron los reactivos del cuestionario con números de: 3,4,6,7,17 y 18.

1.1.- RESPUESTA SEXUAL MASCULINA

Es la respuesta fisiológica del hombre ante un estímulo sexual, en el cual se incrementa la tensión sexual dando cambios a nivel genital y extragenital en sus diferentes fases como es la de estimulación, meseta, orgasmo y resolución. Para evaluar este punto se realizaron los reactivos del cuestionario con número de: 11, 13, 25, 5 y 35.

1.2.- RESPUESTA SEXUAL DURANTE EL EMBARAZO

Por generaciones se ha estado sujeto a conjeturas el saber si la sexualidad aumenta o disminuye durante el embarazo, por lo que es indispensable conocer las modificaciones que se suceden durante el embarazo y la sexualidad de la mujer, en quienes algunas se incrementa el erotismo principalmente en el segundo trimestre, y otro grupo que rechaza el contacto con fines sexuales.

1.3.- RESPUESTA SEXUAL GENIATRICA.

En relación a este punto hay importantes cambios fisiológicos, hormonales y anatómicos, los cuales influyen en forma importante en la respuesta sexual masculina y femenina en la edad avanzada, lo cual condiciona a un cambio del hábito sexual, que en ocasiones no es comprendido por el paciente ni por el Médico, para evaluar éste tema se han realizado las preguntas 8, 10, 12, 13, 9 y 11.

2.0 DISFUNCIONES SEXUALES MAS FRECUENTES.

Se engloban bajo este término a los trastornos que no permiten la realización de una respuesta sexual completa.

2.1.- EYACULACION PRECOZ

Se denomina eyaculación precoz cuando el hombre presenta la eyaculación, antes de presentarse el orgasmo femenino, presentándose así un período insuficiente para la satisfacción de su conyuge, aunque solo sea en un 50% de los contactos sexuales. Para la evaluación de este punto se realizaron los reactivos números: 19, 20 y 27.

2.2.- IMPOTENCIA.

Se denomina impotencia a la incapacidad para presentar o mantener la erección con fines de penetración. Para determinar el nivel de conocimientos de los médicos familiares se realizaron los reactivos números: 23, 23, 26 y 28.

2.3.- ANORGASMIA FEMENINA.

Se denomina anorgasmia femenina, a la falta de obtención de orgasmo en la mujer, ya sea que nunca ha obtenido uno o ha perdido la capacidad para presentarlos. Para evaluar este tema se realizaron las preguntas números: 29 y 30 del cuestionario aplicado a los Médicos Familiares.

2.4.- VAGINISMO.

Se denomina vaginismo al cuadro psicofisiológico en el que hay contractura del periné y tercio-distal de la vagina que es involuntario y que se es timula al intento de penetración e impide ésta. Se cuentan con los reactivos números: 31 y 32 para la evaluación de este apartado.

2.5.- DISPAREUPNIA

El término dispareupnia -coito dificultoso o -doloroso- ha sido empleado siempre para referirse - a los dolores de la mujer durante la cópula, existiendo entidades biológicas como psicológicas productoras de este transtorno. Se cuenta con los reactivos números: 33 y 34 para su evaluación.

UNIDADES Y CRITERIOS
DE MEDIDAS

VARIABLES E INDICADORES	PREGUNTAS QUE MIDEN	PREGUNTAS FILTRO	CATEGORIAS
1.0 RESPUESTA SEXUAL HUMANA			
1.1 FEMENINA	3,4,6,7,	17,18	SUFICIENTE; 4-6 DEFICIENTE; 0-3
1.2 MASCULINA	11,13,25	5,35	SUFICIENTE; 4-5 DEFICIENTE; 0-3
1.3 EN EMBARAZO	15,14,	16	SUFICIENTE; 2-3 DEFICIENTE; 0-1
1.4 GERIATRICA	8,10,12,13	9,11	SUFICIENTE; 4-6 DEFICIENTE; 0-3
2.0 DISFUNCIONES SEXUALES			
2.1 EYACULACION PRECOZ	19,20	27	SUFICIENTE; 2-3 DEFICIENTE; 0-1
2.2 IMPOTENCIA	23,22,24, 26,28,	27	SUFICIENTE; 4-6 DEFICIENTE; 0-3
2.3 ANORGASIA FEMENINA	29,30		SUFICIENTE; 2 DEFICIENTE; 0-1
2.4 VAGINISMO	31,32		SUFICIENTE; 2 DEFICIENTE; 0-1
2.5 DIBARRUP NIA	33,34		SUFICIENTE; 2 DEFICIENTE; 0-1

R E S U L T A D O S

Después de haber aplicado el cuestionario de 35 reactivos en la Unidad de Medicina Familiar 23 y 29, a los Médicos Familiares sin residencia de Medicina Familiar durante el 10. de enero de 1986 al 15- de enero de 1986, se obtuvo la tabla y gráfica número 1, en la cual podemos observar en los diferentes- indicadores a evaluar como es la Respuesta Sexual, - humana, femenina, masculina, durante el embarazo y - en edad avanzada que los conocimientos de este grupo fueron deficientes, ya que al evaluar los cuestionarios se obtuvieron valores oscilantes del 34% al 38% de respuestas contestadas en forma correcta. Por - otra parte en relación a este mismo grupo sus conoci- mientos sobre las Disfunciones sexuales como son: - eyaculación precoz e impotencia, éstos fueron sufi- cientes, como se observa en la Tabla III y gráfica - II, contestando en forma correcta solo un 69.33% y - 79.66% de los reactivos para evaluar estos temas, no siendo así los demás temas como son: anorgasmia, fe- menina, vaginismo y dispareupnia, obteniendo solo un 48.0% a 59.0% de respuestas correctas. Por lo que se puede concluir que los Médicos Familiares sin resi- dencias de Medicina Familiar son deficientes sobre - los temas de Respuesta Sexual Humana y disfunciones- sexuales.

Después de haber aplicado el cuestionario de 35 reactivos en las Unidades de Medicina Familiar - Clínicas 23 y 29, a los médicos familiares con Resi- dencia de Medicina Familiar durante los días 10. de- enero al 15 de enero de 1986, se obtuvo la tabla nú- mero II y gráfica I, en la cual podemos observar los diferentes indicadores a evaluar como es la Respues- ta Sexual Humana que incluye: respuesta sexual feme-

nina, masculina, durante el embarazo y edad avanzada- que los conocimientos de este grupo fueron de un nivel deficiente, ya que al calificar los cuestionarios se obtuvieron valores oscilantes del 30.95% al 53.37% de respuestas contestadas en forma correcta. Por otra parte en relación a este mismo grupo sus conocimientos sobre las disfunciones sexuales como se ve en la tabla IV y gráfica II, en la eyaculación precoz e impotencia el nivel de conocimientos fueron suficientes contestando en forma correcta solo un 60% y 69.66% de los reactivos a evaluar en este tema, no siendo así - en otros temas como son: anorgasmia.femenina, vaginismo y dispaperupnia obteniendo solo un 46.42% a 37.5% de respuestas correctas. Por lo que se puede concluir que los conocimientos del Médico Familiar con residencia de Medicina Familiar son deficientes sobre el Tema de Respuesta Sexual Humana y Disfunciones Sexuales.

T A B L A I

Conocimientos de Respuesta Sexual Humana
 en el Médico Familiar sin residencia de
 Medicina Familiar de las clínicas 23 y
 29 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
 del 10. de enero al 15 de enero de 1986.

RESPUESTA SEXUAL HUMANA	SUFICIENTE		DEFICIENTE	
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
FEMENINA	-	-	129	43%
MASCULINA	-	-	147	58%
EN EMBARAZO	-	-	52	34%
GERIATRICA	-	-	127	42%

F U E N T E , Encuesta directa.

T A B L A I I

Conocimientos de Respuesta Sexual Humana
 en el Médico Familiar con residencia de
 Medicina familiar de las Clínicas 23 y
 29 del Instituto Mexicano del Seguro Social,
 del 1o. de enero al 15 de enero de 1986.

RESPUESTA SEXUAL HUMAN A	SUFICIENTE		DEFICIENTE	
	NUMERO	PORCEN- TAJE	NUMERO	PORCEN- TAJE
FEMENINA	-	-	58	33%
MASCULINA	-	-	77	53%
EN EMBARAZO	-	-	26	30%
GERIATRICA	-	-	70	41%

FUENTE ; Encuesta Directa.

TABLA III

Conocimientos sobre Disfunciones sexuales en el Médico Familiar sin residencia de Medicina Familiar de las clínicas 23 y 29 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Del 10. de enero al 15 de enero de 1986.

DISFUNCIONES SEXUALES	SUFICIENTE		DEFICIENTE	
	NUMERO	PORCENTAJE	NUMERO	PORCENTAJE
EYACULACION PRECOZ	104	69%	-	-
IMPOTENCIA	229	76%	-	-
ANORGASMIA FEMENINA	-	-	59	59%
VAGINISMO	-	-	55	55%
DISPAREUPNIA	-	-	48	48%

FUENTE : Encuesta Directa.

T A B L A I V

Conocimientos sobre Disfunciones sexuales en el Médico Familiar con residencia de Medicina Familiar de las Clínicas 23 y 29 del Instituto Mexicano del Seguro Social, - del 10. de enero al 15 de enero de 1986.

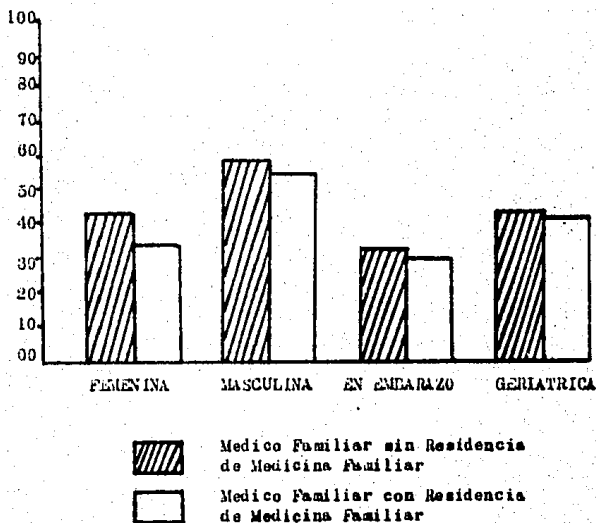
DISFUNCIONES SEXUALES	SUFICIENTE		DEFICIENTE	
	NUMERO	PORCEN- TAJE	NUMERO	PORCEN- TAJE
EYACULACION PRECOZ	51	60%	-	-
IMPOTENCIA	104	61%	-	-
ANORGASMIA FEMENINA	-	-	26	46%
VAGINISMO	-	-	22	39%
DISPAREUPNIA	-	-	21	37%

FUENTE ; Encuesta Directa.

G R A F I C A I

Nivel de conocimientos sobre Respuesta Sexual Humana en el Médico Familiar con y sin Residencia de Medicina Familiar de las clínicas 23 y 29. I.M.S.S.

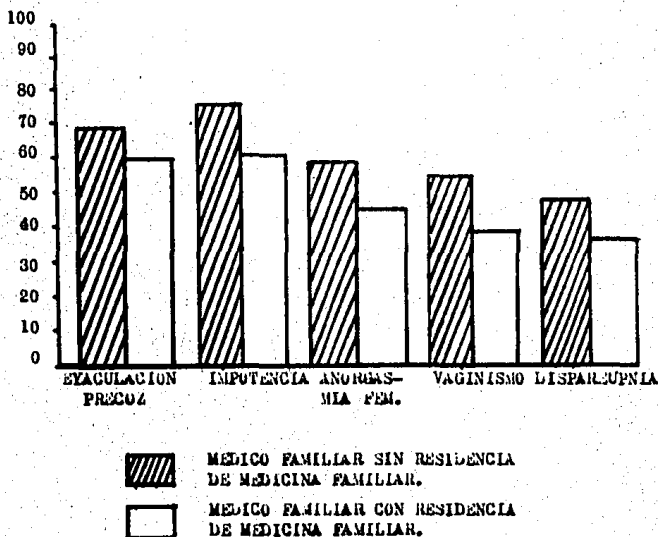
- del 10. de enero al 15 de enero de 1986



F U E N T E ; Cuadro num. I y II

G R A F I C A I I

Nivel de conocimientos sobre Disfunciones Sexuales en el Médico Familiar con y sin residencia de Medicina Familiar de las clínicas 23 y 29 del I.M.S.S. - 1o. de enero al 15 de enero de 1986.



F U E N T E ; Cuadro Número III y IV

C O N C L U S I O N E S

Una vez obtenido los resultados de la aplicación del cuestionario para evaluar al Médico Familiar en su nivel de conocimientos sobre Respuesta Sexual Humana y disfunciones sexuales más frecuentes, observamos que hay una franca deficiencia en los conocimientos sobre estos puntos, por lo que es imperante la necesidad de proponer la realización de cursos de orientación sexual que abarquen en forma más intensiva estos temas, ya que es de gran importancia tenerlos conceptos bien definidos para proporcionar una buena orientación e identificación de los problemas de esta índole cuando se presenten en forma particular o en la consulta externa de Medicina Familiar.

Otro punto importante en relación a la comparación de los dos grupos de trabajo; es que el Médico Familiar sin residencia tuvo mejor promedio en relación a las preguntas contestadas en forma correcta que el Médico Familiar con residencia.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Jon K Meyer, Tratamiento clínico de los trastornos sexuales. Edit. Espax 1978.
Bases psicológicas de trastornos sexuales pp. 90-122.
- 2.- Clínicas de Obstetricia y Ginecología Jun. 1976 - Edit. Interamericana. Eficacia del tratamiento psicológico de la disfunción sexual humana. Pp. - 143-160.
- 3.- Clínicas de Obstetricia y Ginecología Vol. 1 1978 Edit. Interamericana. Pp. 219-276.
- 4.- Masters H & Johnson. Incompatibilidad Sexual Humana Edit. Intermedica 1983: Pp. 1-325.
- 5.- Salzman L: Relationship of coital Frequency to sexual satisfaction. Med. Asp. Human Sexualitu 3 (9): pp. 6-17, 1969.
- 6.- Rubin, I. Sex. over 65, en advances in sex research H.G Beigel Ed. Hoeber Harper New York 1973.
- 7.- Orientación Sexual, Asesoría de Metodología educativa Depto. de Orientación Sexual. I.M.S.S. 1983.
- 8.- Koffer D. Clímax. Edit. Edidasa, 1984, Pp. 1-70.
- 9.- Master H. & Johnson. Edit. Intermédica. Pp. 1-268 1983.
- 10.- Walbroehl Family physician and sex. education -- (letters) eng. J. Med. Educ. 1982 Aug; 57 (8); - 658.
- 11.- Podell R N Psychosocial problems: a Four -article symposium, Eng. Postgrad Med. 1981 Jun; 69 (6); - 102-3.

- 12.- Pistorius G.J. Sex. education for the general - practitioner. S Afr. Med. J. 1979 nov. 3; 56 - (19): 770-2.
- 13.- Musap H. Secondary anorgsm in women Ned Tijdsch- Geneeskd 1978 Dec. 16; 122 (50): 1953-4.