

11226
2ej
207



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACION VERACRUZ SUR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA ORIZABA

DETECCION DE LOS DESAJUSTES SEXUALES DE LA PAREJA Y EL PAPEL DEL MEDICO FAMILIAR

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DR. ONESIMO NORZAGARAY LOPEZ



IMSS
SEGURIDAD PARA TODOS

ORIZABA, VER.

1985

**TESTIS CON
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

- I.- Introducción
- II.- Planteamiento del problema
- III.- Objetivos
- IV.- Marco teorico (Antecedentes científicos)
- V.- Hipotesis
- VI.- Material y métodos
- VII.- Analisis de resultados
- VIII.- Conclusiones
- IX.- Apendice
- X.- Bibliografía

I.- INTRODUCCION

La sexología constituye uno de los pilares en los que se sustenta la conducta humana, es por lo anterior, por lo que el hombre en general y el médico en particular debe de poner toda su atención en el conocimiento, difusión, proyección y establecimiento de modelos o programas que dentro de una sociedad determinada puedan permitir un desarrollo armónico del individuo y por ende de la sociedad.

En las ultimas dos decadas ha habido una creciente liberación de las actitudes sexuales y un marcado desapego hacia aquel criterio moral que permitía mas libertad en cuestiones sexuales al hombre que a la mujer. Por lo tanto las actitudes sexuales maritales de mujeres y hombres adultos jovenes estan convergiendo.

Un hecho particularmente importante es el surgimiento de mujeres que asumen actitudes igualitarias en la sociedad actual.

La influencia del grupo de compañeros y las imagenes sexuales de la T.V. tambien influyen en la formación de actitudes de la gente joven.

Las jovenes crecen con la idea de que el atractivo físico es la clave para el reconocimiento, mientras que los jovenes aprenden que la fuerza física y el éxito son indicadores del atractivo entre los hombres. Al aceptarse estos criterios sesgados de masculinidad y femineidad, los jovenes con frecuencia se-

ven atrapados en ciclos viciosos de comportamiento derrotista. Los padres pueden jugar un papel muy importante en la formación de las actitudes y percepciones sexuales de los niños al promover relaciones cercanas y amorosas al interior de la familia (1)

Los factores que influyen en el desarrollo humano, y por lo tanto en la expresión sexual, son numerosos (1), cultura, sociedad, familia y comunidad lo mismo que clima político y movimientos sociales, influyen en nuestra conducta lo mismo que en nuestras creencias. El proceso continuo de desarrollo de la identidad es influido por todos los factores, lo mismo que por otros que no se identifican con tanta facilidad. Ideas muertas, mitos fuera de época y fantasías infundadas también por sí solas en los mecanismos de la vida diaria, haciéndose a veces indistinguibles de la realidad y de la necesidad. Estos mitos y falsas desempeñan una función en nuestra falta de conocimiento de hechos sobre la naturaleza de la sexualidad, lo mismo que en nuestro temor de alcanzar el significado de la sexualidad de manera abierta (9).

Las actitudes y los valores que se enarbolan actúan en detrimento de una expresión total y responsable de la sexualidad, y lo mismo ocurre con falta de conocimientos acerca de los hechos. Las personas abusan de los demás y los usan mal, no siempre por ignorancia, sino también por valores y creencias compulsivos. Algunos valores y creencias se basan por lo general en mitos que han servido para crear y conservar una aura de misterio al rededor de la sexualidad y han llevado a ignorancia, -

abuso, discriminación y deshumanización.

Una íntima relación humana y la involucración emocional; amor, afecto profundo, compromiso de placer recíproco, constituyen elementos de importancia capital para una experiencia sexual llena de plenitud.

El sexo es parte placentera y significativa del matrimonio y tanto el esposo como la esposa deben hacer todo lo que este a su alcance para transformar el acto sexual en lo más satisfactorio y gozable que sea posible. O bien el sexo puede constituirse en un asunto repulsivo y siniestro en un matrimonio donde se practique carente de satisfacción.

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Se detecta en la U.M.F. No. 2 los desajustes sexuales de la pareja? ¿El médico familiar no se inhibe cuando descubre problemas en la esfera sexual de la pareja? ¿Posee el nivel cognocitivo adecuado y la relación médico-paciente es óptima cuando se investiga esta área detectada como tabú? Si ésto fuera afirmativo se traduciría en una integración adecuada del núcleo familiar.

III.- OBJETIVOS GENERALES:

Evaluar el % de parejas que presentan conflictos emocionales como consecuencia de desajustes sexuales no detectados a nivel de consulta externa por el médico familiar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Determinar la incidencia de desajustes sexuales en la pareja no detectados a nivel de consulta externa por el médico familiar.
- 2.- Evaluar las causas por las que el médico familiar no detecta los desajustes sexuales conyugales.
- 3.- Valorar el % de parejas con desajustes sexuales que tienen conflictos emocionales.

IV.- MARCO TEORICO (ANTECEDENTES CIENTIFICOS).

La repercusión de los desajustes sexuales en el estado emocional de una pareja es tan antiguo como la humanidad misma, desafortunadamente ignorados y permaneciendo como tabú durante siglos; hasta la aparición de S. Freud con su controvertida teoría de la libido en su obra magistral, en la que enfatiza la gran importancia de la sexualidad infantil en el desarrollo armonico del individuo, sentando así las bases para la integración de dicha entidad.

Sin embargo en este campo de la sexualidad humana son pocos los estudios serios que se han realizado, como pocas son las personas que verdaderamente han dado aportes científicos como el psicólogo A. Ellis, el Dr. Alfred C. Kinsey, el ginecólogo William H. Master, la psicóloga Virginia E. Johnson y H.S. Kaplan entre otros, quienes al estudiar la conducta sexual humana han observado que los desajustes sexuales de la pareja son causa frecuente de conflictos emocionales (1)

El estudio científico y profesional de la sexualidad humana continua avanzando a ritmo acelerado en esta área compleja del comportamiento humano al seguir remodelandose y asumiendo formas nuevas y así día a día se aclaran dudas y surgen nuevos datos que ponen en entredicho hechos e hipótesis aceptadas.

Los psicoterapeutas estan encontrando que las 3/4 partes de sus enfermos con problemas de leves a graves en la esfera emotiva, tienen en igual forma dificultades sexuales. También han hallado complicaciones semejantes en un 50% de las relaciones -

maritales en los pacientes que buscan psicoterapia. El problema de desajuste sexual no es de naturaleza casual y que el estado de salud mental, el bienestar físico y el ajuste sexual están íntimamente correlacionados.

El ajuste sexual es esencial para la madurez y la adaptación fructífera al medio particular de cada individuo. La investigación científica y las observaciones hechas en clínicas confirman que el ajuste sexual está positivamente correlacionado con la educación sexual precisa, bien sincronizada y presentada en forma global y congruente (1)

En una investigación de la organización mundial de la salud encontró que se ofrece muy poca enseñanza importante sobre sexualidad humana en los programas de la mayoría de las escuelas de medicina de todo el mundo (II), sin embargo esta tendencia cambia con rapidez, y en los últimos dos años la educación sexual y las oportunidades de asesoría en la educación profesional han crecido mucho. Las investigaciones de la educación sexual que se está ofreciendo en la actualidad en los programas profesionales son probablemente obsoletas antes que lleguen a la imprenta (II).

Los sentimientos de culpabilidad originados por el conocimiento inadecuado del sexo interfieren en el ajuste personal y marital. Para que sea totalmente satisfactorio el sexo debe estar libre de culpa. Aquellas personas que tienen conocimientos sexuales están más capacitadas de gozar de sus sentimientos sexuales y de derivar gozo de muchas formas de actividad -

sexual que las que son ignorantes del sexo y tienden a restringir sus impulsos sexuales. Esta diferencia probablemente esta relacionada con la ansiedad, la cual sirve para inhibir la libertad de respuesta sexual por lo tanto mientras mayor sea la cantidad de información sexual precisa, menos ansiedad habrá.

Si los adultos juvenes de hoy son educados adecuadamente, estaran en una posición de educar a sus propios hijos en forma adecuada en relacion con los temas sexuales. Solo en esta forma puede romperse el ciclo de ignorancia y ansiedad sexual.

Resulta curioso que la oposicion en gran parte de nuestro pueblo mexicano continúe siendo tan fuerte contra el método mas seguro de lograr la llamada educación sexual.

Los obstaculos para la educación sexual y los complejos de culpa así como los temores que la recubren actualmente son minuciosamente examinados con la esperanza de disolverlos, de manera que una educación sexual efectiva pueda llegar a ser algun día, un derecho con el que se nace de todos nuestros semejantes.

ALGUNOS FACTORES QUE DE MANERA POSITIVA O NEGATIVA INFLUYEN EN LOS ASPECTOS SEXUALES DE LA PAREJA:

Los actos sexuales son inadecuados cuando ellos son destructivos por si mismos y los resultados son necesariamente dolorosos o bien son acompañados de ansiedad, sentimiento de culpa, depresión, compulsividad, hostilidad o sabotaje de las propias relaciones sexuales(6).

Por lo general varios factores estan involucrados en el desarrollo de los problemas sexuales; factores culturales, - deseo sexual inhibido, eyaculación prematura, impotencia, dispareunia y vaginismo funcional y psicológico y orgasmos inhibidos entre otros (12)

De hecho la incapacidad de alcanzar el orgasmo durante el coito apesar de respuesta plena ante otras formas de estimulación sexual, constituye la queja mas comun de las mujeres - que buscan ayuda de los terapeutas del sexo. El bloqueo psicologico parece responsable de la dificultad.

La calidad de un orgasmo, es decir la intensidad, duración y placer global puede variar de un coito a otro. La originalidad y la frecuencia de la ocurrencia pueden influir sobre la calidad de la siguiente experiencia sexual. Como pueden influir factores tales como la ansiedad, culpa, depresión, ira, indiferencia hacia el conyuge y el desagrado por el escenario que rodea a ambos. Por lo que estos factores no solo pueden afectar la calidad del orgasmo, sino tambien pueden si son lo suficientemente intensos bloquear la respuesta del todo.

Cuando las mujeres llegan al climáx pero con poco placer, la base rara vez es funcional aunque la patología orgánica como la diabetes puede provocarla, lo mismo que la pueden producir ciertos medicamentos. Dicha disminución del placer orgásmico por lo general es de origen psicológico y refleja la falta de satisfacción con la relación sexual o la presencia de barreras emocionales como el temor, la ansiedad, hostilidad, fatiga o quizá hastío.

Las mujeres con frecuencia reportan que logran la satisfacción sexual en el coito inclusive aunque no logren alcanzar el orgasmo. Sin embargo la investigación ha demostrado que en tales ocasiones están más conscientes de la tensión sexual que cuando alcanzan el orgasmo. Este hallazgo tiende a apoyar el argumento de que aunque la satisfacción emocional del coito puede adquirirse sin el climáx, el alivio de la tensión residual puede derramarse en otras zonas de la vida de la mujer y algunas veces provocar problemas sin causa discernible(10).

Poca gente en posición de juzgar rechazaría que probablemente la mayor amenaza a la salud psicosexual se encuentra en ciertas religiones rígidas instigadoras de culpa que profesan el sexo es sucio y debe evitarse esgrimidas por los progenitores y la sociedad. Creyendo que el sexo es igual a pecado muchas novias y desposadas sufren finalmente de reacciones desafortunadas como culpa, dolor, frigidez, y los hombres eyaculación precoz e impotencia.

Por lo tanto nuestro comportamiento y actitudes sexu-

ales estan considerablemente influidos por nuestras creencias - pensamientos y percepciones sobre el sexo. Las exigencias y expectativas culturales al igual que las enseñanzas y doctrinas - religiosas ayudan a moldear nuestra actitud con respecto al - sexo.

En realidad las influencias sociales y religiosas en las actitudes sexuales, no ejercen en si influencia negativa sobre el comportamiento sexual, pero la culpa relacionada con el - sexo que se adquiere como resultado de una educación religiosa - muy estricta puede llegar a afectar el comportamiento sexual futuro.

Muchos problemas funcionales especificos estan relacionados con la educación sexual y las emociones, por ejemplo - la mayoría de las mujeres sexualmente activas que sufren tensión premenstrual y de menstruación difícil, tienen un fondo familiar de padres en conflicto y han recibido una educación religiosa muy estricta.

Por otra parte la investigación y la experiencia clínica atestiguan la presencia de los problemas sexuales crónicos en la vida de los individuos y en sus relaciones que son directamente atribuibles a la ignorancia sexual y a la información - errónea.

Uno de los objetivos de crecer en sociedad es aprender adecuadamente nuestra sexualidad, sin la carga que representan las prohibiciones absurdas o la ansiedad y culpa excesivas.

Esta comprobado que el placer sexual entre humanos -

se afecta de manera negativa por la sensación de culpa. Esta culpa sexual juega un papel fundamental en la aparición de actitudes y comportamientos sexuales.

La culpa también influye de manera negativa en deseos, capacidad de respuesta y experiencias sexuales.

Las evidencias sugieren que los hombres tienden a sentir mayor culpabilidad sobre asuntos sexuales que las mujeres, aunque mucha gente puede superar la culpa con respecto al juego amoroso y a las relaciones sexuales premaritales. Las actitudes en relación con el coito extramarital son mucho más difíciles de superar. A pesar de la condena persistente del adulterio por parte de la sociedad, un número muy importante de hombres y mujeres tienden a buscar relaciones extramaritales una vez que se desvanece el romance y la pasión en su matrimonio.

Con respecto a las relaciones extramaritales se argumenta el deseo de variedad en la experiencia sexual, desquite, revelación, satisfacción emocional nueva. Se hace notar que no necesariamente la infidelidad marital (sexual o emocional), está relacionada con relaciones maritales insatisfactorias o débiles ni con inclinaciones a personalidades neuroticas(1).

De manera que el aburrimiento en el matrimonio es una posibilidad real en la actualidad. Y cuando hombres y mujeres encuentran que el romance y la pasión desaparecen significativamente en sus matrimonios, a menudo se ven impulsados a relaciones extramaritales.

Es necesaria una actitud abierta, comprensiva para su-

perar los prejuicios y el fanatismo acerca de la sexualidad humana.

Los profesionistas de la salud estamos en deuda con Master y Johnson pioneros de los aspectos fisiológicos del -- sexo. Su trabajo demostró que la respuesta sexual humana es un fenómeno cíclico constituido por cuatro fases. La fase de excitación, la fase de plataforma, el orgasmo y la fase de resolución (10).

Gracias a estos investigadores surgieron grandes cambios positivos en el comportamiento sexual en general. Dentro de sus numerosas investigaciones nos informaron que las mujeres alcanzan su máximo deseo sexual entre los 30-40 años de edad y los hombres entre los 20-30 años.

La mayoría de los hombres quedan satisfechos después de un orgasmo y muestran pocos deseos de continuar la actividad sexual al eyacular. No obstante la mayoría de las mujeres sexualmente maduras, no quedan satisfechas con un solo orgasmo, casi todas requieren dos o más orgasmos para alcanzar la saciedad sexual, especialmente durante episodios de estimulación clitoridea (10).

Los hombres que no entienden esta necesidad sexual normal de muchas mujeres, probablemente crean que están involucrandose con un monstruo sensual, el cual rehúsa conocer la terminación de algo bueno cuando ella alcanza ya su orgasmo. Como tales hombres no entienden la sexualidad femenina, con frecuencia estigmatizan a una mujer perfectamente normal como ninfomane

niaca, por el simple hecho de que ella tiene un apetito sexual normal.

Todavía hay otro tipo de hombres que por ignorancia, sensación de amenaza a su masculinidad o tal vez crueldad, acusa a su consorte de ninfomanía ya que ella desea relaciones sexuales más a menudo que él, en virtud de que su propio deseo es satisfecho por el coito realizado 2-3 veces por semana se sorprende de que una mujer pueda desearlo 6-7 veces a la semana, lo cual es un grado de necesidad sexual tan normal como el suyo (1)

Desgraciadamente con demasiada frecuencia las relaciones sexuales se vuelven un ritual paralizado y carente de imaginación en el cual los conyuges se enfrascan mecánicamente o solo por aliviar la urgencia física del apetito sexual.

Las variaciones en el enfoque sexual y en el escenario pueden añadir sabor considerable a la relación.

El tocar música suave, empleando espejos para observar con detenimiento las intimidades del acto sexual, buscar literatura sensual y el arte erótico etc. Todos estos constituyen otros dispositivos que ayudan a mantener el aburrimiento y la monotonía fuera del hogar o de la alcoba matrimonial.

El deseo de la variedad en la vida sexual del individuo es normal si este ideal es alcanzado dentro del matrimonio o en alguna otra relación sexual de larga duración, habrá menos probabilidad en forma considerable de que cualquiera de los conyuges la busque en otra parte. La imaginación y la aceptación para experimentar asociado lo anterior a la sensación de confi-

anza y consideración, servirá a la mayoría de las parejas excelentemente a conservar un ajuste sexual y emocional.

La personalidad juega un papel muy importante en la formación de actitudes sexuales. Una de las formas en que la personalidad influye es através de sentimientos de dominio, ligero dominio o ausencia de dominio en las relaciones con los demás. Este elemento de la personalidad influye en ajustes en las relaciones sexuales y maritales.

En general las relaciones más satisfactorias suelen ser aquellas en las que el hombre conserva una actitud de dominio igual o ligeramente superior a la conclusión de que fué el hombre el que asumió la responsabilidad de iniciar la relación sexual. Muchos hombres y mujeres hoy en día creen que las mujeres deberían asumir también la iniciativa con respecto al coito (1).

El interés sexual y la capacidad de respuesta de una persona parecen estar directamente relacionadas con la satisfacción sexual de la pareja y esto a su vez contribuye a la satisfacción sexual del otro elemento de la pareja, lo que incrementa el interés y la capacidad de respuesta de ambos. Así podemos observar que las esposas que logran el orgasmo durante el coito en un 90-100 % de veces, pertenecen al grupo de matrimonios "muy felices" en comparación con otros matrimonios (1).

Una íntima relación humana y la involucración emocional; amor, afecto profundo, compromiso de placer recíproco, constituyen elementos de importancia capital para una experiencia sexual llena de plenitud.

EL PAPEL DEL MEDICO COMO EDUCADOR SEXUAL.

Dentro de las funciones naturales del médico está la de educador, así mismo se le pide que sea un buen científico, que establezca la función de líder dentro del equipo de salud, sea un buen consejero dentro de los aspectos éticos y morales de la vida humana y realice las acciones propias de la medicina con un alto nivel de ciencia. Todos estos elementos si bien pueden establecer un modelo ideal de la práctica médica no en todos los casos establecen una realidad operativa; la educación tomada en su totalidad, es un complejo proceso que requiere de una alta preparación por parte de quien va a realizar la instrucción y la presencia de objetivos claros y metas precisas definidas en cuanto a tiempo y cantidad. Si por lo tanto aceptamos que educar conlleva la realización de un cambio de actitudes tendremos que establecer en primer lugar cual es la actitud que deberemos cambiar y desde donde vamos a partir para establecer un parámetro de evolución; dentro del ejercicio de la medicina la educación para la salud establece una de las prioridades más altas ya que a través de ella se esta completando la realización de uno de los aspectos más importantes de la prevención de las enfermedades y de la conservación de la salud.

Decimos lo anterior porque tenemos que partir de la base de una aceptación del papel o rol que el médico pueda y deba jugar en la realización de estos objetivos de educación para la salud.

Si nosotros no encontramos dentro del médico la prepa

ración, la disposición, esto es en cuanto a tiempo, esfuerzo, pero - sobre todo la actitud que como educador deba tener. Difícilmente podremos establecer programas o acciones en los cuales la educación para la salud tome elemento de partida, la acción del médico dentro de su ejercicio profesional ya sea en el consultorio, en el hospital o a través de su proyección como profesor - conferencista y aun dentro de los aspectos de intercomunicación social dentro de los cuales el médico no puede desprenderse de su calidad misma de profesionista.

Hablando específicamente del papel que juega el médico dentro de la educación sexual o de los problemas de sexualidad humana hemos de señalar que éste tiene una posición ventajosa para llevar a cabo acciones que intervengan directamente en la vida sexual humana, ya sea a través de consejos, establecimiento de conceptos o de la información que puede otorgarle los diversos aspectos que la educación sexual puede tener, la eliminación de elementos de ansiedad o bien conceptos que pudieran limitar la vida del hombre.

Los médicos tienen oportunidad de ver al hombre en todas sus etapas de la vida, además pueden verlo en diversas actitudes en las cuales puede estar con una mayor sensibilidad a tomar o adoptar información o acciones que pueden en un momento dado incrementar su estabilidad favoreciendo el desarrollo y la conducta de una vida sexual normal(9).

HISTORIA CLINICA SEXUAL:

Desde el punto de vista estrictamente clínico, la recolección de datos acerca de la vida sexual, no difiere en general de la realizada en relación con otro tipo de problemas o investigación médica.

La historia clínica sexual es parte de la historia clínica en general y debería ser tomada en cuenta cuando menos en parte para poder detectar una gran cantidad de interrogantes, problemas y disfunciones verdaderas de la que son portadores activos nuestros pacientes y por no estar preparado el médico, no dedicar el tiempo suficiente o guardar una actitud de desinterés hacia la esfera sexual, permanecan inexplorados a veces latentes y en un gran número de ocasiones influyen de manera determinantes en la conducta y vida del paciente.

Por principio de cuentas deberá dejarse acentado que no existe una forma única de realizar la historia clínica sexual, ésta tiene un cuerpo de conocimiento general y una parte de conocimientos específico, esto es aplicable a la parte de interrogatorio como a la exploración física; naturalmente que no es posible aplicar un mismo interrogatorio a una adolescente, una mujer casada, una viuda, una divorciada o a una anciana y tampoco sería valioso aplicar los mismos rubros a un hombre y a una mujer. El análisis de los problemas específicos dependerá sobre todo del tipo de problema planteado o detectado pudiendo orientar nuestra investigación de acuerdo en primer lugar a nuestro conocimiento del tema, la actitud de la paciente hacia el problema y la posibilidad de establecer una orientación cuan-

do menos general respecto al tema, ya que si no existen la conjugación de estos factores será mejor realizar excelentemente la detección y canalizar a nuestro paciente a un especialista que pueda tener un acercamiento más adecuado para la ubicación realista del problema y sentar las bases duraderas de una terapia sexual que la mayoría de las veces de ser mal manejado el problema de primera intención obstaculiza una adecuada evolución clínica con el consecuente fracaso médico en el manejo.

El objetivo primordial de la historia clínica sexual es obtener los datos integrales de las áreas física, emocional y social así como su correlación con patología concomitante o agregada.

En vista de tratarse de aspectos incluso de la vida íntima y que quizá sean tratados conscientemente por parte del paciente por primera vez, toda la atmósfera que rodee la entrevista debiera favorecer nuestro objetivo de esta manera deberá ponerse especial cuidado en la privacidad del medio, la comodidad del paciente, la posibilidad de exteriorizar de manera completamente libre todas las dudas o posibles trastornos.

Se debe señalar que un factor trascendente es la actitud del médico, hacia los problemas del área sexual, ésta se determina no sólo por los conocimientos que el médico pueda tener sobre la mayoría sino también influye sobre ésta, las experiencias previas, conocimiento de su propia problemática sexual y la posibilidad de haberla superado, actitud de servicio, disponibilidad de tiempo, disposición afectiva y sensibilidad en el momento de realizar la entrevista, facilidad de comunicación o empatía -

con el paciente (algunas veces existe una barrera infranqueable por rechazo a alguna característica del o la paciente por parte del médico lo que hace imposible el abordar esta esfera) y por último la posición que juega o guarda el médico en el grupo en que se desarrolla desde el punto de vista individual y colectivo.

Por parte del paciente se establecen también limitantes que impiden y obstaculizan el desarrollo de la entrevista, en primer lugar está la patología o motivo de haber acudido al médico, es natural que cuando existe un problema agudo o estado de emergencia los aspectos sexuales en general, pasan a un segundo término; de igual manera la actitud del sujeto motivo de estudio redundará en la posibilidad de realizar el interrogatorio, su actitud hacia el problema, el deseo de analizarlo, discutirlo y en último caso intentar resolverlo; la necesidad sentida de ayuda urgente dada la repercusión en su vida cotidiana, su propia conciencia sobre la naturaleza de su trastorno, la posibilidad de conocer o tener el modelo de conducta que habiéndolo aceptado pueda intentar adoptarlo, tener la posibilidad de conocer su escala de valores y poder transformarla, buscar la consolidación o mejoría en su posición individual dentro de la colectividad a la que pertenece, tener la posibilidad de modificar su conducta y reestablecer su equilibrio emocional, actitudinal y orgánico, todo lo cual hará funcionar como resortes positivos que favorezcan no solo la recolección de datos sino de manera definitiva - la posibilidad de terapia sexual.

Hasta este momento hemos analizado los tres factores que intervienen en la realización de la entrevista esto es, la paciente, el médico y el ambiente que los rodea; los elementos que a continuación analizaremos constituyen el mecanismo dinámico que interviene en la estructura de la entrevista; la comunicación, la relación médico-paciente y la naturaleza del problema sexual.

Dentro de la atmósfera del consultorio, en relación a la esfera sexual, la comunicación puede tener tres modalidades principales; formal, informal o espontánea. La primera es cuando se toca la problemática a través de una consulta directa y dirigida constituyendo el motivo de la consulta, en estos casos es posible encontrar una gran receptividad y sensibilidad por parte del paciente y la pareja, pudiendo aprovechar el médico esta coyuntura para establecer una vez diagnosticado el problema, las bases de la terapia ulterior. También existe comunicación formal cuando existiendo la posibilidad por el tipo de consulta original se inicia el interrogatorio de los aspectos reproductivos o el inicio de la vida sexual, esto es francamente más fácil en la observación de pacientes mujeres ya que la historia menstrual y obstétrica es el punto de partida para un interrogatorio de aspectos sexuales sin ser estos el motivo explícito de la consulta.

La comunicación informal se establece motivada por el médico cuando habiendo analizado la problemática motivo de la consulta, se ofrece con un sano e irrefutable objetivo de servicio un cuestionario sobre algún otro problema que el o la pa-

paciente desearan se trate e incluso analiza varios ejemplos que incluyen las experiencias, satisfacciones de la vida sexual lo que da como resultado el inicio del interrogatorio dirigido hacia esta esfera.

La comunicación espontánea se puede ejemplificar cuando sin tener ninguna motivación y no siendo el motivo principal de la consulta médica, el paciente decide poner en la mesa de discusión el tópico de la problemática sexual; esta circunstancia ocurre frecuentemente con el estudio de la pareja en donde alguno de los cónyuges de manera casi accidental o fortuita realiza una pregunta o un comentario que permite el inicio de la investigación de la esfera sexual. En estos casos es muy importante señalar que el médico se encuentra en una posición difícil ya que es muy importante ver que es muy frecuente que el otro compañero no esté de acuerdo en el manejo médico de sus problemas sexuales siendo necesario ser extremadamente cuidadoso en el inicio y manejo del interrogatorio de la pareja ya que un bloqueo brusco o un desbordamiento puede constituirse en un obstáculo insalvable.

En este momento hay que señalar una variante más de la historia clínica sexual y es que puede ser elaborada a una persona o a la pareja, la ventaja inegable de la realización a la pareja es que se inicia desde el primer momento las bases de la terapia y se establece una dinámica de grupo que deberá favorecer la comunicación de la pareja y la colaboración con el médico de las medidas correctivas. En este caso deberá evitarse que el médico se convierta en juez y que el consultorio sea la

masa de acusaciones debiendo combinar la actividad de terapia sexual con la de orientador matrimonial o emotivo-sexual.

Existen muchas técnicas para desarrollar la entrevista médica pero generalmente deberían observarse los siguientes pasos; 1.- Favorecer el diálogo abierto según el nivel cultural del paciente y su conocimiento del problema sin cortapisa 2.- Observar el lenguaje corporal y las manifestaciones con las que el paciente reciba los diversos contenidos. 3.- Otorgar apoyo emocional y de respeto a todo lo que el paciente relate. 4.- Demostrar un sentido de profesionalismo durante la entrevista evitando la procacidad o la pornografía y empleando terminos accesibles a la mente del sujeto. 5.- Realizar la confrontación de hechos y fechas con objeto de verificar hasta donde es posible la autenticidad, 6 - Utilizar ejemplos impersonales o situaciones en otros sujetos de preferencia en el sexo opuesto al del entrevistado que permita abordar tópicos o contenidos que haya intentado rehuir el interrogado. 7.- De acuerdo a la experiencia y los recursos es preferible realizar anotaciones y si es posible no interrumpir o llamar la atención. 8.- Realizar un interrogatorio básico general que complete e incluya los aspectos orgánicos, emocionales y sociales y algunos de la esfera sexual también de tipo general. 9.- De acuerdo a los hallazgos establecer un perfil de la problemática y señalar los puntos principales para su análisis y realización con lo anterior un interrogatorio dirigido. 10.- Utilizar de ser posible pruebas sencillas o interrogatorios estructurados para conocer la posición inicial del paciente ante problemas de conducta sexual que pudieran ser

relevantes para conocer su información previa, tales como (masturbación, coito premarital, sexo extramarital, sexo oral, etc). Siempre deberá informarse a la pareja sobre la confidencialidad de los datos recogidos (?).

V. HIPOTESIS

La detección oportuna por el médico familiar de los desajustes sexuales de la pareja, para resolverlos o canalizarlos precozmente, se traduciría en una integración familiar.

VI.

MATERIAL Y METODOS:

RECURSOS HUMANOS - Médicos familiares, pacientes, psicólogo y trabajadora social

RECURSOS TECNICOS - Entrevista con médicos familiares psicólogo, pacientes y trabajadora social.

RECURSOS MATERIALES - Expedientes clínicos.

METODOLOGIA - Aplicación de un cuestionario sexual - compuesto de 20 preguntas, aplicado a 20 parejas tomadas al azar así como aplicación de un cuestionario de 5 preguntas a médicos familiares de la U.M.F. No.2 .

LAS RESPUESTAS A ESTE CUESTIONARIO SON DE CARACTER ESTRICTAMENTE CON FIDENCIAL, CON EL FIN DE INTEGRAR UN TRABAJO DE TESIS SOBRE SESAGUS - TES SEXUALES EN LA PAREJA.

- 1.- SEXO _____ EDAD _____ ESTADO CIVIL _____
 2.- OCUPACION _____ ESCOLARIDAD _____ RELIGION _____
 3.- MENARCA _____ CICLOS _____ G P A C _____
 4.- A QUE EDAD INICIO SU VIDA SEXUAL _____ NUMERO DE HIJOS _____
 5.- CONSIDERA QUE SUS CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD SON ?
 EXCELENTE () BUENOS () SUPERFICIALES () NULOS ()
 6.- INFLUYE LA RELIGION EN SU VIDA SEXUAL ?
 SI () NO ()
 7.- INFLUYE SU OCUPACION EN SU VIDA SEXUAL ?
 SI () NO ()
 8.- CONSULTA ALGUN PROBLEMA SEXUAL CON SU MEDICO FAMILIAR ?
 SI () NO ()
 9.- CONSIDERA QUE SU MEDICO FAMILIAR POR MEDIO DE SU ORIENTACION ADECUADA PODRIA AYUDAR A RESOLVER GRAN PARTE DE LA PROBLEMATICA SEXUAL DE LA PAREJA O BIEN ENVIARLA A LA ESPECIALIDAD CORRESPONDIENTE EN SU MOMENTO OPORTUNO ? SI () NO ()
 10.- DISCUTE POR ASPECTOS SEXUALES CON SU PAREJA ?
 SIEMPRE () CASI SIEMPRE () RARA VEZ () NUNCA ()
 11.- SE CUMPRE SEXUALMENTE CON SU PAREJA ?
 SI () NO ()
 12.- SI NO SE CUMPRE CONSIDERA QUE ES CULPA SUYA ?
 SIEMPRE () CASI SIEMPRE () RARA VEZ () NUNCA ()
 13.- COLABORA PARA EL ORGASMO DE SU PAREJA ?
 SIEMPRE () CASI SIEMPRE () RARA VEZ () NUNCA ()
 14.- CUANTAS RELACIONES SEXUALES TIENE UD. POR SEMANA ?
 1-2 () 2-3 () 3-4 () 4-7 () MAS DE 7 ()
 15.- CONSIDERANDO EL ORGASMO COMO EL PLACER MAXIMO DE LAS RELACIONES SEXUALES UD. LO EXPERIMENTA ?
 SIEMPRE () CASI SIEMPRE () RARA VEZ () NUNCA ()
 16.- CONSIDERA QUE EL NO LOGRARLO FRECUENTEMENTE Y POR LO TANTO NO ALCANZAR LA COMPLETA SATISFACCION SEXUAL REPERCUTE EN SU ESTADO EMOCIONAL Y EN EL DE SU PAREJA ?
 SI () NO ()
 17.- CONSIDERA QUE EL SEXO ORAL ES IMPORTANTE PARA LOGRAR EL ORGASMO Y DEBE PRACTICARSE ?
 SIEMPRE () CASI SIEMPRE () RARA VEZ () NUNCA ()
 18.- CONSIDERA QUE UD. TIENE ?
 VAGINISMO: O SEA IMPOSIBILIDAD PARA REALIZAR EL ACTO SEXUAL DEBIDO AL DOLOR TAN AGUDO ()
 DISPARUNIA: O SEA DOLOR MODERADO AL EFECTUAR EL ACTO SEXUAL. ()
 FRIGIDEZ: O SEA FALTA DE RESPUESTA A LOS ESTIMULOS SEXUALES ()
 EYA CULACION PRECOZ O SEA SALIDA DEL SEMEN ANTES DE LO DESEADO ()
 IMPOTENCIA O SEA DIFICULTAD PARA REALIZAR EL ACTO SEXUAL POR FALTA DE
 19.- A NOTADO QUE ULTIMAMENTE SU DESEO SEXUAL HA ? ERECCION ()
 DISMINUIDO () AUMENTADO () NO SE HA MODIFICADO ()
 20.- INFLUYE EL USO DEL ALCOHOL O DE ALGUN ANTICONCEPTIVO EN SUS RELACIONES SEXUALES ?
 SI () NO ()

CUESTIONARIO PARA MEDICOS FAMILIARES SOBRE DETECCION DE DESAJUSTES SEXUALES DE LA PAREJA.

- 1.- CONSIDERA LA EXISTENCIA DE DESAJUSTES SEXUALES EN LAS PAREJAS DE SU POBLACION ASCRITA?
SI () NO ().
- 2.- CONSIDERA QUE LA EXISTENCIA DE DESAJUSTES SEXUALES REPERCUTA EN EL ESTADO EMOCIONAL DE LA PAREJA?
SI () NO ().
- 3.- CONSIDERA LA SOMATIZACION DE ALGUN PROBLEMA DE ORIGEN SEXUAL EN ALGUNOS DE SUS PACIENTES?
SI () NO ().
- 4.- CONSIDERA ESTAR PREPARADO PARA ORIENTAR ADECUADAMENTE A LA PAREJA QUE LO CONSULTE POR ASPECTOS SEXUALES?
SI () NO ().
- 5.- EN LA SUPUESTA EXISTENCIA ENORME DE DESAJUSTES SEXUALES EN LA PAREJA MEXICANA, ENHIERE ALGUNAS CAUSAS POR LAS QUE EL MEDICO FAMILIAR NO DETECTA ESTOS DESAJUSTES.

ANÁLISIS DE RESULTADOS:

El 100% de los médicos familiares consideró la existencia de desajustes sexuales de las parejas de su población adscrita así como la repercusión de estos en el estado emocional de la misma.

Todos consideraron la somatización de algún problema sexual en un 5-10% de su población adscrita y ninguno consideró estar preparado para manejar adecuadamente un problema de este tipo.

Aun que tienen ciertos conocimientos de la materia el 50% refieren sentirse inhibidos al abordar el tema con sus pacientes.

Dentro de las causas más comunes por las que no se detectan los desajustes sexuales de la pareja se mencionan;

- No estar preparado para tratar adecuadamente el caso
- Un gran % de la población derechohabiente ser de un nivel cultural bajo, la cual aunque tenga un desajuste sexual no lo consulta
- Un gran % de pacientes son de edad avanzada los cuales ven todavía los aspectos sexuales como tabú.
- No contar con el tiempo suficiente para investigar o tratar adecuadamente un problema de este tipo.

La idea de este modesto trabajo fue con el fin de crear una inquietud en el médico familiar sobre la importancia de la sexualidad humana en el desarrollo completo del individuo y de su núcleo familiar, valorar la gran incidencia de desajustes sexuales y sus repercusiones en el estado emocional, para que al detectarlos y darles una vía de solución tengamos familias más unidas y más felices.

VIII.- CONCLUSIONES:

De 20 parejas investigadas 11 (55%) presentaron desajustes sexuales no detectados en la consulta externa de medicina familiar existiendo repercusiones en el estado emocional en 9 (81.8%) de las pacientes con desajustes sexuales. o sea el 45% de las parejas investigadas.

Se observo que a menor grado de escolaridad de la mujer y con escasa información sexual, menos discute por aspectos sexuales con su pareja, aunque no experimente el orgasmo y en la mayoría de los casos ni siquiera sabe que esto exista, o bien por temor a erir a su compañero y dada la sumision a el finge el orgasmo.

Un 30% de las mujeres investigadas jamas han experimentado un orgasmo y un 55% rara vez y solo un 15% casi siempre lo logran. Estas ultimas son las de menos edad (22 años promedio), mayor información sexual, más iniciativa en el acto sexual y partidarias de alguna variante sexual (sexo oral generalmente), bajo grado de tension emocional tanto en el esposo como ella. Se observo que cuando la mujer comenta sus fantacias o deseos sexuales con su pareja generalmente es satisfecha.

Eyacuulación precoz en 6 (30%) de los varones investigados, los cuales ignoraban las fases de la respuesta sexual humana y generalmente solo se preocupaban por su propia satisfacción y el 80% de estos creia que su pareja quedaba satisfecha, reportando lo contrario al responder el cuestionario.

Se encontro 3 (15%) de dispareunia las cuales refieren falta de estimulación adecuada al realizar el acto sexual.

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

- 1.- Mc. Cary J.L. Sexualidad humana el médico moderno
- 2.- Brudal liberth F. " Sexual Marital Problems and Children " Nordisk Psykologi 1980 Vol. 32(1) 42-54 .
- 3.- Regns-Susan J. Sprengle-Douglas H "Functional Family Terapy - and the Treatment of inhibited Sexual Desire" Journal of marital & Family Therapy 1984 Jan.Vol 10(I) 67.
- 4.- Hartman-Lorne-M " The interfase between sexual dysfunction -- and marital conflict" American Journal of Psychiatry 1980 May Vol. 137(5) 576-579
- 5.- Meisel-Susan S. "The Tratment of sexual problems in marital-- and family therapy" Clinical Social Work Journal 1977 Fal.--- Vol. 5(3) 200-209.
- 6.- Ellis-Albert "The tnatment of sexual disturbance "Journal - Marriage & Family counseling 1975 Apr. Vol. I (2) P.III-12I.
- 7.- Dicks-Robert. Strauss-Dorothy "Adverse reaction of the apparently healthy partner in response to improvement in the overly dysfunctional partner" Journal of Sex & Marital Therapy. - 1980 Jun. Vol. 6(2) 109-115.
- 8.- Zilbergeld Bernie."Alternatives to coples counseling for sex - problems: group and individual therapy "Journal of Sex & Marital Therapy 1980 Spr Vol. 6(I) 3-19
- 9.- Memorias del curso teorico Sexologia para el médico general Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia Mex.D F.1980
- 10.- Master W.H. and Johnson V. : Human Sexual Response. Boston litle, brown and Co. 1976.

11.- Clínicas de enfermería de norteamérica

Enfermería renal urología y Sexualidad Humana.1975.

12.- Sexual Disorders And Thy Family Therapist

Family Therapy Collections 1983 p No 549-61.