

37
24 11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
I. S. S. S. T. E.
CLINICA "DR IGNACIO CHAVEZ"
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

DETECCION DE CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL DEL PACIENTE CRONICO

FALLA DE ORIGEN

T E S I S A
PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DRA. MA. ELENA LOZA OCAMPO
GENERACION 1987 - 1990





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.

INDICE

	Página
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	2
PROBLEMA	19
JUSTIFICACION	20
OBJETIVOS	21
TIPO DE ESTUDIO	22
CRITERIOS DE INCLUSION EXCLUSION Y ELIMINACION	23
CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS	23
RESULTADOS	26
CUADROS	30
DISCUSION	40
CONCLUSIONES	45
ANEXO 1	47
BIBLIOGRAFIA	54

INTRODUCCION

Las enfermedades crónicas producen efectos emocionales adversos en el paciente y su familia como sistema. Sus consecuencias más comunes son incapacidad, depresión, irritabilidad, cambios en el rol conyugal y frecuentemente deterioro de las relaciones sexuales conyugales.

Las enfermedades crónicas, pueden representar sólo 20% del trabajo médico, pero demandan una atención individual para valorar las características de la personalidad del paciente.

Se ha reconocido que una función sexual deteriorada produce efectos adversos sobre la rehabilitación médica, psicológica y laboral de los enfermos crónicos. (21)

Existen dificultades prácticas para obtener cifras seguras acerca de los trastornos sexuales dentro de una población. Se estima que la proporción de problemas sexuales dentro de un medio urbano es de aproximadamente 12.5%, la prevalencia de dificultades eréctiles 8%; y aproximadamente el 20% de las mujeres tiene imposibilidades serias para alcanzar un orgasmo coital. (8)

En los pacientes crónicos, se reportaron alteración en las relaciones conyugales, en más de 30% e insatisfacción sexual en más de 60%. (16)

ANTECEDENTES

El paciente de edad avanzada frecuentemente presenta - disminución de su actividad sexual por varias razones como - son: influencia sociocultural, cambios fisiológicos por efectos de enfermedades crónicas degenerativas, algunos medicamentos. Los sentimientos y situaciones estresantes que pueden originar depresión, alterando su comportamiento sexual. Dunn ME 1988, consideró en su estudio que la mitad de los - problemas sexuales son de origen orgánico en relación con la actitud sexual del paciente por el desinterés del médico trante en estas áreas de la personalidad del paciente y factores emocionales. (15)

Mientras que George L.K. en 1981; hace evidente que la actividad sexual se mantiene estable en la edad media y tardía, pero que puede alterarse por enfermedades crónicas y sus efectos físicos y emocionales. (31)

Entendiendo por sexualidad al conjunto de características biológicas, psicológicas y socioculturales que permiten al individuo actuar durante toda la vida con un rol determinado en su función social, es decir, se expresa como un ser sexuado en una sociedad que lo identifica como hombre o mujer. La sexualidad se inicia con la concepción y tiene una - progresión ordenada.

A la base biológica de la sexualidad se le denomina sexo biológico. La palabra sexo remite primariamente a la divi

sión de los seres orgánicos identificados como macho y hembra, seres determinados por sus características estructurales y funcionales, así pues el sexo es un hecho biológico, con cierto número de componentes que en condiciones patológicas, la aberración puede incluir un aspecto, pero no el otro.

Reunidos bajo la expresión de sexo biológico, tenemos los siguientes elementos:

- 1) Sexo genético: revelado por el número de cromosomas (46 XX ó 46 XY en las personas) o la presencia de cromatina sexual, cuerpo de Barr.
- 2) Sexo hormonal: el equilibrio andrógeno-estrógeno.
- 3) Sexo gonadal: la presencia de testículos u ovarios.
- 4) Morfología de los órganos internos de reproducción.
- 5) Morfología de los genitales externos (Money 1965).

Siendo esta la secuencia de maduración normal, aunque en cualquier etapa del proceso pueden presentarse cuadros anormales, de acuerdo a la conformación de los genitales externos al momento del nacimiento se le da un sexo de asignación que al igual que la identidad genérica y el rol sexual, son fenómenos psicosociales, apoyados en el sexo biológico.

La identidad de género o identidad sexual es la vivencia intrapsíquica que mediante el proceso de identificación nos da la pertenencia a uno u otro sexo.

Rol sexual se refiere a todas aquellas actitudes y comportamientos que son determinados socialmente, que se trans-

miten y esperan reforzar la pertenencia a determinado sexo.

Siendo el comportamiento sexual una actividad claramente discernible de un individuo, incluyendo fenómenos observables como informes verbales que se refieren a estados y experiencias subjetivas en 1953 Kinsey opinó que el orgasmo es - la mejor medida del comportamiento sexual, acuñó el término sociosexual para caracterizar actividades sexuales, tales como caricias, el coito heterosexual y homosexual, que suponen una interacción humana y "dependencia de la afluencia de capacidades, intereses y deseos de los individuos y de la disposición de uno de ajustarse al otro", muchas veces condicionada por valores culturales. (19)

Los eventos fisiológicos que se presentan en la respuesta sexual humana fueron descritos por Masters y Johnson en - 1960, dividiéndola en cuatro fases:

- 1) Fase de excitación que se desarrolla a partir de una estimulación somatogénica o psicogénica.
- 2) Fase de meseta: la tensión sexual se intensifica y llega al máximo.
- 3) Fase de orgasmo: escasos segundos durante los cuales la vasocongestión y la miotonía desarrolladas por el estímulo sexual son liberadas, se experimenta subjetivamente una respuesta en todo organismo a la tensión sexual.
- 4) Fase de resolución: periodo involuntario de pérdida de la tensión.

La mujer tiene una respuesta potencial si se replica un estímulo efectivo. En el hombre, la fase de resolución incluye un período refractario.

Destacaron los cambios anatómicos y fisiológicos durante cada una de las fases del ciclo sexual en mujeres y hombres jóvenes, de edad adulta y edad senil. Encontrando que la intensidad de las reacciones fisiológicas y la duración de la respuesta anatómica a la estimulación sexual efectiva, se reduce con los años.

La involución de los órganos "gatillo" como son: senos, labios mayores, vagina, útero; constituye la prueba de la falta de esteroides sexuales en la postmenopausia. A pesar de estos cambios, la mujer añosa puede presentar una respuesta sexual normal al nivel orgásmico de tensión sexual particular si se expone de manera regular a una estimulación sexual efectiva. Existen varios factores mecánicos resultantes del desajuste endocrino que ocasiona dolor durante el coito en la postmenopausia, muchas mujeres que no presentaron malestares durante la actividad sexual se quejaron de malestar físico inmediatamente después del coito en la postmenopausia. La dispareunia adquirida y la disuria se deben, por lo general, al intenso adelgazamiento de la mucosa vaginal y a la reducción de la distensibilidad de la vagina, la lubricación normal de la vagina y el introito pueden hallarse disminuidos o el tiempo de reacción estar prolongado en la mujer de más de 50 años.

A medida que la mujer envejece y el nivel de los esteroides sexuales disminuye, las contracciones uterinas del orgasmo se hacen dolorosas, variando el grado de malestar de una mujer a otra.

La oportunidad de la práctica sexual regular es aún más necesaria para el mantenimiento de la capacidad sexual y la actuación sexual efectiva. Es evidente que la psique tiene parte igual, que el desajuste endocrino en la determinación de la conducta sexual de la mujer postmenopáusica.

No existen motivos para que la menopausia entorpezca la capacidad, desempeño o impulso sexual de la mujer añosa, el avance de los años, no pone límite preciso a la sexualidad femenina.

También se estudiaron los cambios en las fases de la respuesta sexual humana en el hombre de diferentes edades. Encontrando una gran diferencia entre los esquemas de respuesta del sujeto de edad media (40 a 60 años) y aquéllos de más de 60 años, esta diferencia se refleja en estos últimos por la pérdida de los niveles de mantenimiento de la tensión sexual y la actividad reactiva disminuidas durante la expresión sexual.

La frecuencia de inadaptación sexual en el hombre, asociada de manera acentuada después de los 50 años.

Existen múltiples factores fisiológicos y psicológicos, que contribuyen a la involución sexual del hombre, destacándose los siguientes:

- A) Monotonía de las relaciones sexuales (aburrimiento - de la pareja).
- B) Preocupación por la profesión o por problemas económicos.
- C) Fatiga mental y física.
- D) Exceso de comida o la bebida.
- E) Enfermedades físicas y mentales del individuo o de su esposa.
- F) Temor al desempeño sexual.

En el hombre de edad, las mayores diferencias en la respuesta sexual, se relacionan con la duración de cada una de las fases del ciclo sexual, es lento en la erección, el acoplamiento y la eyaculación. En la fase de resolución, el período refractario se prolonga en el hombre después de los 50 años. Quienes tienen una vida marital normal, con frecuencia regular en sus coitos, por lo general se mantienen hasta los cincuenta años si no hay enfermedades crónicas. (23)

George L.K. Weiler.: en 1981 confirmó en un estudio de 502 parejas que las mujeres manifestaban niveles de interés, y actividad sexual significativamente menor que sus parejas varones, tanto hombres como mujeres, atribuyen el cese de actividad sexual al miembro varón de la pareja, lo que confirma la importancia dada al papel social del hombre en la iniciación de relaciones sexuales. (31)

Las enfermedades crónicas comprenden todos los menosca-

bos o desviaciones de lo normal con una o más de las siguientes características: son permanentes, dejan incapacidad residual, alteraciones patológicas irreversibles; requieren de un adiestramiento especial del paciente y su familia para la rehabilitación, requieren largos períodos de supervisión y cuidados (Comisión sobre enfermedades crónicas, 1975). (24)

Pollock en 1986; estudió la respuesta adaptativa de los factores de la identidad en las enfermedades crónicas en tres grupos de pacientes: diabéticos, hipertensos y artríticos, encontrando dureza de carácter que correspondía significativamente a su adaptación fisiológica y psicosocial en el grupo de diabéticos, pero no en los otros grupos, la adaptación se encontró dominando independientemente. (27)

Se estudiaron seis grupos de enfermedades crónicas (artritis, diabetes, cáncer, enfermedad renal, dermatitis y depresión) donde el estado psicológico del paciente dependía del tipo y grado del padecimiento, su capacidad de adaptación es variable de acuerdo a su personalidad, eventos cotidianos en su vida y no se encontró diferencia significativa de acuerdo a cada patología, excepto en el grupo de pacientes bajo tratamiento por depresión. (6)

Herta Flor en 1987; estudió los efectos de la enfermedad crónica en las relaciones conyugales y el estado emocional de las parejas del paciente con enfermedad articular y un grupo de control con parejas de pacientes diabéticos. Encontrando un 66% de alteración en la relación conyugal, con

insatisfacción sexual de los cuales 61% refirieron la influencia de la enfermedad crónica, 39% con alteraciones conyugales previas a la enfermedad, 66% de los pacientes también refirieron deficiente comunicación con sus esposas; 77% de los pacientes tenían cambios en la frecuencia de su actividad sexual; 67% se sentían insatisfechos con su vida sexual; 42% de los pacientes, reportaron eliminación completa de su actividad sexual, y 33% indicaron que sufrían alguna disfunción sexual. Esto fue relacionado con la insatisfacción de las parejas del paciente, quienes reportaron datos de depresión, -síntomas físicos más frecuentes. Mientras que las esposas tolerantes, colaboradoras con el paciente presentaron relaciones conyugales satisfactorias, mejor comunicación, predominando en el grupo de diabéticos y sus parejas. Los pacientes con cuadros dolorosos frecuentes son los que refirieron mayores alteraciones conyugales, lo que sugiere que el dolor crónico es más debilitante que la diabetes. (16)

Las enfermedades físicas que pueden reducir o eliminar la capacidad sexual con mayor frecuencia se presentan después de los 40 años, siendo un factor importante a los 60 años que alteran la respuesta sexual humana. (23)

La valoración individual de cada paciente, considerándolo como un todo funcional ha de incluir la valoración sexual para determinar la existencia de disfunciones sexuales.

La O.M.S. determinó que la salud sexual es la integración de aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y so-

ciales de la sexualidad del ser humano, de tal forma que se enriquezcan positivamente y fortalezcan la personalidad, la comunicación y el amor. El poseer un grado de salud física adecuada, es otro factor de vital importancia, ya que diversas patologías pueden interferir con la conducta sexual, con la función reproductiva o con ambas. (5)

Entendiendo por disfunción sexual a una falla persistente, en alguna o en todas las fases de la respuesta sexual humana (deseo, excitación y orgasmo) y que cause malestar a la persona o a su pareja. Las disfunciones se han clasificado en primarias cuando jamás han sido capaces de llevar a cabo adecuadamente sus relaciones sexuales, secundarias cuando la persona fue capaz de responder apropiadamente, aunque sea en alguna ocasión.

Selectivas, cuando la persona falla en ciertas ocasiones o circunstancias particulares, pero en otras funciones adecuadamente y las generalizadas simplemente las podemos entender cuando el sujeto dejó de funcionar adecuadamente en cualquier circunstancia.

EXISTEN LOS SIGUIENTES TRASTORNOS SEXUALES:

1) Trastornos del deseo sexual.

- Deseo sexual inhibido: ausencia de fantasías sexuales.
- Adversión sexual: evitación del contacto sexual.

2) Trastornos de la excitación sexual.

- Trastornos de la excitación en la mujer: fracaso - en la respuesta lubricativa.
 - Trastornos en la excitación en el hombre: fracaso parcial o completo, persistente o recurrente del - hombre, en obtener o mantener la erección hasta el final de la actividad sexual.
- 3) Trastornos del orgasmo.
- Disfunción orgásmica femenina: ausencia o retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer - tras una fase de excitación sexual normal.
 - Disfunción orgásmica masculina: retraso o ausencia persistencia o recurrente del orgasmo masculino.
 - Eyaculación precoz: eyaculación con la estimulación mínima y antes de que la persona lo desee.
- 4) Trastornos sexuales por dolor.
- Dispareunia: dolor genital, persistente o recurrente en un hombre o una mujer antes, durante o después de la relación sexual.
 - Vaginismo: espasmo involuntario de la musculatura del tercio externo de la vagina. (12)

Referente a la etiología de las disfunciones sexuales - Bancroft (1983), propuso un modelo en el que esquematiza la causa de los problemas sexuales -el ciclo psicossomático-. Describe la función sexual como un proceso psicossomático y su interacción entre el sistema límbico y el SNC, así como su -

respuesta ante estímulos cognoscitivos y táctiles, identificando seis puntos donde el ciclo puede interrumpirse y precipitar una disfunción sexual; el SNC y límbico, respuesta genital y no-genital, estimulación táctil, orgasmo y factores psicológicos.

Kaplan (1974, 1979 y 1983), divide las causas de los desórdenes sexuales como remotas e inmediatas, siendo las causas remotas responsables de la función sexual adulta, enlistando ejemplos representativos, malas relaciones con los padres en la infancia, experiencias desagradables, prematuras. Las causas inmediatas incluyen ignorancia, actitudes inapropiadas hacia el sexo, relaciones interpersonales deficientes, sentimientos de ansiedad hacia las relaciones sexuales. (7)

Maddock; indica que existen cuatro puntos que pueden ser evaluados para el diagnóstico de salud sexual:

- 1) Que la conducta personal y social del individuo estén acordes con su identidad de género.
- 2) La mayor o menor habilidad para involucrarse en una relación interpersonal efectiva con ambos sexos.
- 3) Capacidad de responder a estímulos eróticos, de tal forma que la relación sexual sea placentera para ambos y que sea placentera y positiva como experiencia personal.
- 4) La capacidad de efectuar juicios y decisiones maduras, tomando en cuenta que la conducta sexual sea congruente con los valores y creencias personales. (5)

Brown, 1987; estudió un grupo de pacientes con artritis crónica, identificando problemas importantes en un 65%; dolor crónico en el 61%; rigidez matutina 43%; problemas sexuales 31%.

La depresión, dolor, rigidez y alteración en el rol sexual, son lo que afectan frecuentemente al paciente artrítico. Dividiendo tres categorías en los problemas sexuales. La depresión puede ser una causa primaria o quizás secundaria a los cambios psicosociales (incapacidad física, deterioro de la autoimagen) por lo que se sugieren programas de rehabilitación y atención integral, al paciente y su familia. (4)

Ehrlich 1983; encontró en su estudio que la artritis como enfermedad crónica tiene más impacto en el desarrollo sexual del paciente por varios factores; el dolor es anafrodisiaco, la ausencia de contactos sexuales es interpretada negativamente por el paciente originando ideas de rechazo por su pareja, por su enfermedad originando conflictos conyugales; la limitación de movimientos impide variabilidad en posiciones sexuales, lesiones genitales por el Síndrome de Söjgren, causa dispareunia o alteraciones de impotencia secundaria al uso de corticoesteroides.

Este padecimiento adquiere un alto costo por el tratamiento e incapacidad. (14)

La consideración del impacto de la diabetes en la vida diaria del paciente y su pareja, frecuentemente el miedo, ansiedad acerca del futuro, en estudios previos concernientes

a disfunción sexual, se integraron elementos somatopsicológicos.

Se encontró en un 55% de las esposas satisfacción conyugal, mientras que el paciente refirió inquietudes en aspectos sexuales, mayor cansancio físico. La disfunción sexual es un factor significativamente correlacionado con el grado de adaptación de su enfermedad y sólo un grupo minoritario requiere de psicoterapia en etapas de crisis metabólica. El tratamiento médico, debe ser paralelo a terapia familiar. - (17)

Nathan estudió diabéticos de 55 años de edad, con Diabetes tipo II y un grupo de control del mismo grupo de edad, sin diabetes, el tratamiento se asoció con diferencias en la prevalencia de retinopatía e impotencia, siendo mayor en el paciente manejado con insulina (34% y 72% respectivamente), con hipoglicemiantes orales (26% y 72% respectivamente) que el paciente manejado con dieta (11% y 62% respectivamente); $p < 0.005$ por Chi cuadrada para retinopatía e impotencia, la diabetes tipo II es un factor de riesgo en el desarrollo de complicaciones microvasculares y complicaciones neurológicas o cardiovasculares mayor que el grupo de no diabéticos. (26)

Schereiner 1986; el impacto de la diabetes en las mujeres, se ha encontrado que las pacientes con Diabetes tipo II presentaron disfunción orgásmica y una variable respuesta de lubricación vaginal. En la mujer con diabetes tipo II el im-

pacto fue negativo en sus relaciones conyugales, actividad sexual se deteriora.

En la paciente con Diabetes tipo 1, el diagnóstico se realiza en edad temprana, lo que permite una mejor aceptación de su enfermedad crónica, pero por hospitalizaciones frecuentes se altera la capacidad de relacionarse con personas del sexo opuesto por períodos prolongados, mientras que la paciente con Diabetes tipo II, el impacto del diagnóstico afecta negativamente psicosocial y sexualmente, ya que requiere cambios adaptativos para relacionarse con sus familiares. (29)

Jensen 1985; estudió la presencia de disfunción sexual en mujeres diabéticas manejadas con 80 Uds de insulina de 26 a 45 años y no encontró diferencia significativa entre este grupo y el grupo control de mujeres sanas (27.5% y 25% respectivamente) en ambos grupos sólo se encontró disminución de la libido 22.5% y anorgasmia en el 18%. La disfunción sexual se correlacionó con neuropatía periférica, se detectó que la mitad de las pacientes que reportaron disfunción, no presentaron complicaciones propias de la diabetes, lo que sugiere la influencia de factores psicosociales. La adaptación a la enfermedad influye para que las mujeres presenten menos complicaciones sexuales. (18)

Entre las complicaciones de la diabetes, incluye aceleración de cambios macrovasculares, microvasculares, neuropatía periférica, neuropatía visceral -autónoma-, siendo esta última a la que se le han atribuido los problemas en la erección

ción. La incidencia de impotencia es dos a cinco veces mayor en diabéticos que dentro de la población total. En etapas - iniciales, el descontrol metabólico ocasiona impotencia de - manera reversible.

De todos los pacientes que desarrollan impotencia, el - 30% lo hace en el primer año posterior al diagnóstico clínico, y el 60% lo hace dentro de los cinco años siguientes, el 53% dejó de tener erecciones matutinas, después de que apareció la impotencia; las erecciones matutinas son un parámetro para determinar si el problema es orgánico o psicológico. (1, 5)

No existen estudios contundentes sobre el paciente hipertenso y su actividad sexual; como se conoce la respuesta sexual, origina cambios cardiovasculares (aumento de la T.A. de la FC, etc.) que pueden complicarse con edema pulmonar - cuando existe un gasto disminuido y se presenta hipertensión grave. En Japón se estudiaron causas de muerte súbita durante el coito, encontrándose que ocurren con mayor frecuencia, en relaciones extramaritales en un 33%, por lo que los factores de tensión, ansiedad adquieren gran importancia, el reporte anatomopatológico fue de hipertensión severa como causa de hemorragia cerebral, Ueno 1963. (5)

En el paciente hipertenso se encuentra con regularidad disfunción eréctil secundaria a temores o por efecto secundaria a la ingesta de medicamentos para su tratamiento.

Algunos fármacos afectan la conducta sexual; interactuano

do directamente con el cerebro, aumentando o disminuyendo el impulso sexual o l**í**bido; puede afectar la respuesta neurohormonal que regula los **ó**rganos sexuales o alterar la irrigaci**ó**n de **ó**rganos genitales; medicamentos antihipertensivos disminuyen el inter**é**s sexual como la metildopa, reserpina, hipoglucemiantes, relajantes musculares, y algunos tranquilizantes. (15)

Kornblit 1983; describe un modelo de abordaje m**é**dico-psicol**ó**gico de familiares con paciente cr**ó**nico. Buscando actuar sobre factores emocionales que produce la enfermedad en la familia como sistema y que interfieren en el tratamiento, actuando sobre dos **á**reas:

- 1) La cognoscitiva, favoreciendo que se aclaren dudas y distorsiones en la informaci**ó**n que el grupo familiar maneja acerca de la enfermedad.
- 2) La din**á**mica familiar; las enfermedades cr**ó**nicas se - prestan a aumentar los v**í**nculos de dependencia que - posiblemente ligarán a la familia previamente.

La elaboraci**ó**n de t**é**cnicas espec**í**ficas para cada familia tendientes a lograr una mayor autonom**í**a del paciente, y puede esperarse un mejor control de la enfermedad al mejorar el estado psicol**ó**gico del paciente. (20, 28)

Con la evoluci**ó**n sociocultural, la sociedad se muestra m**á**s abierta en relaci**ó**n con las cuestiones sexuales, los pacientes cr**ó**nicos y los que se encuentran en rehabilitaci**ó**n -

se sienten cada vez menos tolerables a la insatisfacción sexual. La mayoría de los pacientes desean hablar de sus problemas sexuales, pero por temor de que sus preocupaciones puedan originar reacciones negativas, el equipo de salud que es tá en contacto con el paciente y su familia, debe prestar orientación, entrenar al paciente y a su pareja en el cuidado e higiene personales, relacionados con actividades sexuales, intervenir para el control de la espasticidad excesiva, en problemas osteomusculares, artralgias y sensaciones fantasma que pueden interferir con la actividad sexual.

Informar sobre la postura adecuada para el coito cuando haya dificultades de equilibrio o pérdida de extremidades o alteraciones de la función cardiovascular. Adaptar el medio de las mujeres incapacitadas en situaciones de preparto o postparto a sus necesidades y a los riesgos médicos asociados. (21, 30)

Es por eso que el médico debe valorar a cada paciente crónico en forma individual y estimar las características de su personalidad. La mayoría de los psiquiatras consideran ac tualmente que todas las enfermedades físicas pueden estar in fluenciadas por factores psicológicos, y que el estado psicológico del individuo es a su vez afectado por la patología orgánica. (30)

PROBLEMA

Surge la inquietud de detectar cambios en el comportamiento sexual de los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas en la consulta de medicina familiar. Detectar cuáles de estos cambios están en relación con la enfermedad crónica, la influencia del tiempo de evolución y en qué etapa de la respuesta sexual humana se encuentran los cambios y de esta manera poder proponer alternativas de atención, orientando al paciente crónico y a su pareja, colaborando al bienestar del paciente, ya que se le proporcionaría una atención integral.

JUSTIFICACION

Las enfermedades crónicas afectan a un número importante de la población adulta. La frecuencia de su aparición aumenta a los 40 años de edad, siendo las más comunes de la consulta diaria la Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Esencial, y las Enfermedades Articulares Degenerativas. Toda enfermedad crónica produce alteraciones físicas y emocionales al paciente, que repercuten en su vida cotidiana y en su dinámica familiar, afectando su personalidad, sus interacciones sociales y personales.

El especialista en Medicina Familiar, así como el equipo de salud, son los responsables de proporcionar una atención integral a cada paciente, y detectar oportunamente situaciones estresantes, factores de riesgo, alteraciones en el núcleo familiar en cada etapa del ciclo vital.

Muchas veces se relega la función sexual, la cual es muy importante su valoración adecuada nos permite identificar cambios de conducta, disfunciones sexuales; que pueden ser mejoradas si se fomenta la comunicación médico-paciente-familia y por consecuencia lograr una calidad de vida más satisfactoria para el paciente crónico y su pareja.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Detectar cambios en el comportamiento sexual del paciente con enfermedad crónico degenerativa.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Identificar los cambios en la respuesta sexual del paciente con enfermedad crónico degenerativa.
- 2.- Identificar en los grupos estudiados en qué tipo de enfermedad crónico degenerativa se presentan con mayor frecuencia cambios en la respuesta sexual.
- 3.- Identificar la respuesta adaptativa de cada grupo - de pacientes crónicos a su enfermedad.
- 4.- Identificar cambios en la actitud sexual del paciente crónico y relacionar los cambios en sus parejas.
- 5.- Proponer programas de información sexual a la población en general.

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo

Transversal

Comparativo.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Muestra no probabilística, por cuotas.

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.- Pacientes de ambos sexos de 40 a 60 años de edad.
- 2.- Pacientes con o sin enfermedad crónica degenerativa del tipo de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Esencial y Enfermedad Articular Degenerativa.
- 3.- Pacientes que hallan iniciado vida sexual activa antes de los 40 años.
- 4.- Pacientes que vivan con pareja actualmente.
- 5.- Pacientes que deseen cooperar en el estudio, a través de una entrevista individual y otra entrevista a su pareja.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1.- Pacientes que actualmente vivan sin pareja.
- 2.- Pacientes que refieran alguna alteración sexual previa a los 40 años o al diagnóstico de enfermedad - crónica degenerativa.
- 3.- Pacientes que no deseen colaborar con la entrevista.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- 1.- Cuestionarios incompletos por falta de colaboración de la pareja del paciente estudiado.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

Se tomó a un grupo de pacientes que acudieron a la Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" del I.S.S.S. T.E., durante los meses de septiembre a diciembre de 1989, que reunieron los criterios de inclusión.

A cada paciente se le aplicó un cuestionario previa prueba piloto del 10%.

El cuestionario se aplicó a través de una entrevista individual, se hizo cita para entrevistar al cónyuge, el cuestionario fue de carácter anónimo, a cada paciente se le ex-

plicaron los objetivos del estudio.

El cuestionario consta de datos generales como: Edad, sexo, estado civil y escolaridad.

Otro apartado con la descripción de las enfermedades crónicas degenerativas, así como el tiempo de evolución y tipo de tratamiento. En este apartado se hace exclusión de las enfermedades para el grupo testigo.

Se evalúa la percepción del estado de ánimo del encuestado ante la enfermedad y su posible relación con su respuesta sexual.

Asimismo se hacen preguntas relacionadas con la respuesta sexual masculina y/o femenina; tanto al paciente como a su pareja, con el objetivo de identificar cambios en su actitud sexual.

La evaluación del instrumento se realizó por bloque de preguntas; de la pregunta 6 a la 12 son de percepción del estado de ánimo. De la 13 a la 21 son de conocimiento sobre sexualidad. De la 22 a la 28 son de respuesta sexual al paciente masculino o femenino, de la 29 a la 32 son para pacientes con enfermedad articular degenerativa.

De la pregunta 1 a la 29 del anexo 2 son para la pareja del paciente, en las cuales evalúa, actitud y respuesta sexual.

El análisis de los datos se hizo con medidas de resumen y de tendencia central.

Los resultados se presentan en tablas.

Para la realización de la investigación, los cuestionarios se aplicaron por el investigador responsable, previa información a los médicos adscritos del consultorio. Aplicándo lo de manera directa.

RESULTADOS

Se estudiaron 22 pacientes masculinos y 32 pacientes femeninas con un total de 54 parejas; 17 (31.4%) con Hipertensión Arterial Esencial (HAS); 13 (24%) con Diabetes Mellitus (DM); 13 (24%) con Enfermedad Articular Degenerativa (EAD); y 11 (20%) del mismo grupo de edad fueron utilizados como grupo control. Cuadro No. 1.

La distribución por grupos de edad y tipo de enfermedad se encontró mayor afección en el grupo de 56 a 60 años con un 46%, siendo la media de edad de los pacientes de 52.5 años; la moda 60 años y la mediana de 55 años; mientras que las parejas se encontraron con un rango de edad de 33 a 66 años de edad y su media fue de 53.5 años; mediana de 54 años y una moda de 60 años. Cuadro No. 2.

Al analizar el grado de escolaridad, se encontró que 21 pacientes (38.8%) son analfabetas, predominando el sexo femenino en todos los grupos estudiados, con instrucción primaria fueron 18 pacientes (33.3%); y 24% de los pacientes fueron profesionistas. Cuadro No. 3.

En relación con el tiempo de evolución de la enfermedad crónica, 11 pacientes (25.5%) tenían menos de 5 años de que se les diagnosticó la enfermedad; de 5 y 10 años de evolución la distribución fue similar de 24 pacientes (32%) y de más de 10 años de evolución, sólo fueron 4 pacientes (9.3%). Cuadro No. 4.

Las preguntas 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 que analizan la percepción del estado de ánimo, se encontró que los pacientes con DM manifestaron cambios en el estado de ánimo a partir de la enfermedad en un 20.3%, en el grupo de los hipertensos fue del 16% y del grupo de Enfermos Artríticos fue de 18.5%, lo que hace un total de 55.5% de enfermos crónicos que manifestaron cambios en el ánimo; un 74% de los pacientes presentaron algún sentimiento negativo, siendo más frecuente en el grupo de hipertensos en 16 pacientes (29%), la limitación de actividades predominó en el grupo de pacientes con enfermedad articular degenerativa en un 20.3%, en ningún grupo se encontró dificultad para interrelacionarse con otras personas; el 42.5% de los pacientes dedicaban tiempo para diversiones; sólo el 27.7% de los pacientes habían recibido información sobre sexualidad en alguna ocasión; 34 pacientes 62.9% manifestaron cambios en su conducta sexual, de los cuales el grupo de diabéticos y el de enfermos artríticos en 11 pacientes (20.3%) refirieron disminución de la frecuencia de sus contactos sexuales, el grupo control sin ningún cambio en estos aspectos. Cuadro No. 5.

La actitud sexual evaluada con las preguntas 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21 reportaron que un 77.7% presentaron disminución de la frecuencia de sus relaciones sexuales; 59% manifestaron interés sexual y el 64% de sus parejas manifestaron interés sexual. El grupo control no presentó cambios.

Al comparar la comunicación entre la pareja; se encon-

tró que el paciente comunicaba a su pareja sus emociones en un 57.4%, siendo un poco más frecuente en el grupo control, 18%; mientras que las parejas refirieron que sólo el 38.8% expresaban sus emociones al paciente, siendo más frecuente en el grupo de diabéticos con un 12%. Referente a la vida sexual placentera, los pacientes crónico degenerativos refirieron satisfacción en un 57.4%, siendo cifras similares en el grupo de hipertensos, pacientes con enfermedad articular y en el grupo control, mientras que las parejas refirieron vida sexual placentera, sólo en 33.3%. Cuadro No. 6.

Al analizar la respuesta sexual de los pacientes masculinos, se encontró una respuesta adecuada en todos los grupos; el 59% mantenían erección hasta el final de sus relaciones sexuales, teniendo mejor respuesta el grupo control en un 22%; y el paciente con enfermedad articular degenerativa, 18%; manifestaron erección matutina un 72%, predominando el grupo control, los hipertensos y los artríticos; 40% refirieron eyaculación precoz, siendo 18% en los pacientes artríticos; 50% refirieron dificultades para eyacular, siendo del 22% en los pacientes diabéticos y artríticos, sin problemas en el grupo control, ni en los pacientes hipertensos.

El grupo que presentó mayores dificultades fue el de los pacientes diabéticos y en este grupo se presentó un caso de cambios en todas las etapas de la respuesta sexual, correspondiendo a un paciente con más de 10 años de evolución de la enfermedad tratado con insulina; algunos de los pacienu

tes manifestaron varios cambios en su respuesta sexual. Cuadro No. 7.

Por lo que se obtiene un total de 33% de disfunción eréctil, siendo más frecuente en los pacientes diabéticos 20%; - eyaculación precoz predominó en el grupo de artríticos y puede ser relacionado con los cambios en su personalidad. Incompetencia eyaculatoria fue de 36%, siendo similar para diabéticos y artríticos. Cuadro No. 8.

La respuesta sexual de las pacientes femeninas, se encontró de la siguiente manera: 65% refirieron adecuada lubricación durante sus relaciones sexuales, encontrándose que del grupo de diabéticas sólo una paciente (3%) manifestó respuesta adecuada. El 50% de las pacientes refirieron presentar orgasmo en la mayoría de sus contactos sexuales, siendo más frecuente en las pacientes hipertensas 25% y en el grupo control 12%; se encontró un 28% de las pacientes con dispareunia. Cuadro No. 9.

De estos resultados, se obtiene un total de 30% de disfunción lubricativa; 44% de anorgasmia y 25% de dispareunia; se debe destacar que algunas pacientes manifestaron alteración en varias etapas de la respuesta sexual. Cuadro No. 10.

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION POR SEXO, TIPO DE ENFERMEDAD CRONICO DEGENERATI
VA Y GRUPO DE CONTROL.

TIPO DE ENFERMEDAD	S E X O		TOTAL %
	Masculinos	Femeninos	
Hipertensión arte- rial esencial.	4 (7.4)	13 (24)	17 (31)
Diabetes Mellitus	7 (12.9)	6 (11)	13 (24)
Enfermedad articu- lar degenerativa.	6 (11)	7 (12.9)	13 (24)
Grupo control	5 (9)	6 (11)	11 (20)
TOTAL	22 (40.7)	32 (59.2)	54 (100)

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y TIPO DE ENFERMEDAD CRONICO DEGENERATIVA.

GRUPO DE EDAD	TIPO DE ENFERMEDAD				TOTAL %
	HAS*	DEM*	EAD*	Gpo. C*	
40 a 45	2	1	3	5	11 (20)
46 a 50	1	3	3	3	10 (18)
51 a 55	6	1	0	1	8 (14)
56 a 60	8	8	7	2	25 (46)
TOTAL	17	13	13	11	54 (99)

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

HAS* = Hipertensión arterial esencial.

DN* = Diabetes Mellitus.

EAD* = Enfermedad articular degenerativa.

Gpo. C* = Grupo Control.

CUADRO No. 3

NIVEL DE ESCOLARIDAD POR SEXO Y TIPO DE ENFERMEDAD CRONICO -
DEGENERATIVA.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	HAS %		DM %		EAD %		Gpo. C %		TOTAL %
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Analfabetas	0	11.1	1.8	9.2	3.7	5.5	1.8	5.5	(21) 38.8
Primaria	3.7	7.4	7.4	1.8	1.8	7.4	1.8	1.8	(18) 33.3
Secundaria	0	0	0	0	0	0	3.7	0	(2) 3.7
Profesio- nistas	3.7	5.5	3.7	0	5.5	0	1.8	3.7	(13) 24
TOTAL	7.4	24	12.9	11	11	12.9	9.2	11	(54) 100

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO No. 4

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD CRONICO DEGENERATIVA.

TIEMPO DE EVOLUCION	HAS	D M	EAD	TOTAL %
Menos de 5 años.	3 (6.9)	5 (11.6)	3 (6.9)	11 (25.5)
5 años	6 (13.9)	3 (6.4)	5 (11.6)	14 (32.5)
10 años	5 (11.6)	4 (9.3)	5 (11.6)	14 (32.5)
Más de 10 años.	3 (6.9)	1 (2.3)	0	4 (9.3)
TOTAL	17 (39.5)	13 (30)	13 (30)	43 (100)

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO No. 5

PERCEPCION DEL ESTADO DE ANIMO POR TIPO DE ENFERMEDAD CRONICO DEGENERATIVA Y DEL GRUPO CONTROL.

CARACTERISTICAS	HAS %	DM %	EAD %	Gpo. C %	TOTAL %
Cambio de carácter.	9 (16.6)	11 (20.3)	10 (18.5)	0	30 (55.5)
Sentimientos negativos.	16 (29)	12 (22.2)	12 (22.2)	0	40 (74)
Limitación de actividades.	4 (7.4)	7 (12.9)	11 (20.3)	0	22 (40.7)
Dificultad para interrelacionarse.	5 (9.2)	5 (9.2)	2 (3.7)	1 (1.85)	13 (24)
Dedica tiempo a diversiones.	7 (12.9)	3 (5.5)	8 (14.8)	5 (9.2)	23 (42.5)
Información sobre sexualidad	5 (9.2)	7 (12.9)	1 (1.8)	2 (3.7)	15 (27.7)
Modificaciones en frecuencia de relaciones sexuales.	9 (16.6)	11 (20.3)	11 (20.3)	3 (5.5)	34 (62.9)

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO No. 6

ACTITUD SEXUAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CRONICO DEGENERATIVA Y DEL GRUPO CONTROL.

ACTITUD SEXUAL	HAS %	DEM %	EAD %	Gpo. C %	TOTAL %
Disminución de la frecuencia de relaciones sexuales.	14 (25)	12 (22)	11 (20)	5 (9)	42 (77.7)
Presenta interés en relaciones sexuales.	8 (14)	8 (14)	9 (16)	7 (12)	32 (59.2)
Toma iniciativa en relaciones sexuales.	5 (9)	5 (9)	8 (14)	6 (11)	24 (44.4)
Refiere vida sexual placentera.	10 (18)	5 (9)	9 (16)	7 (12)	31 (57.4)
Se excita con material erótico.	9 (16)	6 (11)	7 (12)	8 (14)	30 (55.5)
Le comunica a su pareja sus emociones.	8 (14)	5 (9)	8 (14)	10 (18)	31 (57.4)
Su pareja le comunica sus emociones.	5 (9)	7 (12)	4 (7)	5 (9)	21 (38.8)

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO No. 7

RESPUESTA SEXUAL DE LOS PACIENTES MASCULINOS, TIPO DE ENFERMEDAD CRONICA DEGENERATIVA Y DEL GRUPO CONTROL.

RESPUESTA SEXUAL	HAS %	DEM %	EAD %	Gpo. C %	TOTAL %
Mantiene erección en sus relaciones sexuales.	3 (13)	1 (4.5)	4 (18)	5 (22)	13 (59)
Presenta erección matutina.	4 (18)	3 (13)	4 (18)	5 (22)	16 (72)
Presenta eyacuación precoz.	2 (9)	2 (9)	4 (18)	1 (4.5)	9 (40)
Presenta eyacuación retardada.	1 (4.5)	5 (22)	5 (22)	0	11 (50)

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO No. 8

DISFUNCIONES SEXUALES ENCONTRADAS EN PACIENTES MASCULINOS DE ENFERMEDAD CRONICO DEGENERATIVA Y DEL GRUPO CONTROL.

DISFUNCION SEXUAL	HAS %	DM %	EAD %	Gpo. C	TOTAL %
Disfunción eréctil	1 (3)	6 (20)	2 (6)	1 (3)	10 (33)
Eyacuación precoz	2 (6)	2 (6)	4 (13)	1 (3)	9 (30)
Incompetencia eya culatoria.	1 (3)	5 (16)	5 (16)	0	11 (36)
TOTAL	4 (40)	13 (43)	11 (36)	2 (6)	30 (99)

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO No. 9

RESPUESTA SEXUAL DE PACIENTES FEMENINAS, POR TIPO DE ENFERMEDAD CRONICO DEGENERATIVA Y DEL GRUPO CONTROL.

RESPUESTA SEXUAL	HAS %	DM %	EAD %	Gpo. C %	TOTAL %
Presenta lubricación durante sus relaciones sexuales.	10 (31)	1 (3)	4 (12)	6 (18)	21 (65)
Presenta orgasmo.	8 (25)	2 (6)	2 (6)	4 (12)	16 (50)
Presenta dispareunia en sus relaciones sexuales.	3 (9)	3 (9)	2 (6)	1 (3)	9 (28)

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

CUADRO No. 10

DISFUNCIONES SEXUALES EN PACIENTES FEMENINAS POR TIPO DE ENFERMEDAD CRONICA DEGENERATIVA Y DEL GRUPO CONTROL.

DISFUNCION SEXUAL	HAS %	DM %	EAD %	Gpo. C %	TOTAL %
Disfunción lubricativa.	3 (8.3)	5 (13)	3(8.3)	0	11 (30.5)
Anorgasmia.	5 (13)	4 (11)	5 (13)	2 (5)	16 (44.4)
Dispareunia.	3 (8.3)	3 (8.3)	2 (5)	1 (2)	9 (25)
TOTAL	11 (30)	15 (41)	10 (27)	3 (8.3)	36 (100)

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

DISCUSION

La sexualidad se inicia desde la concepción, es parte integral de la personalidad del individuo, puede alterarse por múltiples factores como son: la edad, el sexo, la presencia de enfermedades crónico degenerativas, el tiempo de evolución, la adaptación del paciente a la enfermedad y manifestarse con cambios en el comportamiento sexual, originando insatisfacción conyugal o disfunciones sexuales al paciente. En este estudio se trató de detectar qué cambios presenta el paciente crónico de la consulta externa de medicina familiar. Siendo las enfermedades crónicas más frecuentes la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Enfermedad Articular Degenerativa, se entrevistaron a grupos similares de 40 a 60 años y un grupo del mismo rango de edad sin enfermedad, que fue utilizado como grupo control, se encontró que el 31% fueron pacientes hipertensos, de este grupo las más afectadas son pacientes femeninas, pero debemos tomar en cuenta que las mujeres acuden con mayor regularidad a sus citas médicas de control. Con la edad aumenta la incidencia de enfermedades crónicas, el resultado fue que el 46% de los pacientes estudiados se encontraron en el rango de edad de 56 a 60 años de edad. Se analizó el nivel de escolaridad, considerando que es un factor importante para la comprensión de la enfermedad lográndose un mejor control clínico, que permite una adaptación psicosocial adecuada, el resultado fue que el 73% son

analfabetas o cuentan con educación primaria, sólo 24% fueron profesionistas.

El tiempo de evolución de la enfermedad es otro factor que incluye en la incidencia de cambios en el comportamiento sexual, ya que el tratamiento modifica la respuesta sexual, como encontró Nathan en 1986, que las complicaciones de cambios microvasculares y macrovasculares en los diabéticos son los causantes de impotencia. (26) En este estudio por el tipo de preguntas no se pudo valorar las complicaciones orgánicas, ni por el número de pacientes de más de 10 años de evolución, ya que sólo fueron 4 pacientes, (9%) la adaptación de los pacientes a la enfermedad, se analizó por los resultados obtenidos en las preguntas de percepción del estado de ánimo y se encontró al igual que Pollock que el grupo de pacientes diabéticos mostraron cambios de carácter, y fueron 22%, la limitación de actividades fue más frecuente en el grupo de pacientes con Enfermedad Articular Degenerativa, siendo un 20%; y se comprende fácilmente por los cambios articulares, rigidez matutina, artralgiás. Por la capacidad para interrelacionarse con otras personas se dedujo, que los pacientes tenían una adaptación a su enfermedad aceptable, siendo un 76% y el 42% dedicaban tiempo para distracciones.

Referente a información sobre sexualidad y enfermedad fueron 27% los que en alguna ocasión recibieron información y puede ser un factor que influye en los cambios de comportamiento sexual, se reportaron 62% de pacientes con modifica-

ciones en la frecuencia de sus relaciones sexuales a partir de la enfermedad, los temores, dudas, falacias y actitudes de evasión en área sexual no habían sido aclaradas. Siendo responsabilidad del médico familiar y del equipo de salud fomentar una adecuada relación con el paciente para poder aclarar sus dudas y proporcionar orientación al paciente y su pareja.

Las parejas de los pacientes presentaron modificaciones de carácter en un 69% desde que su cónyuge enfermó, y 88% refirieron estar preocupados por el estado de salud de su pareja, también un 88% se encontraron participando en el cuidado del paciente.

En relación a la actitud sexual de los pacientes 59% refirieron interés en relaciones sexuales, mientras que 41% presentaron desinterés, el cual se relacionó con problemas de índole cotidiano, no fue relacionado con la enfermedad. De las parejas, el 36% presentaron desinterés sexual. Siendo 67% de las parejas los que reportaron insatisfacción sexual, 43% de los pacientes con enfermedad crónica aceptaron insatisfacción en su vida sexual.

En la respuesta sexual se pudo valorar que el 33% de los pacientes crónicos presentaron disfunción eréctil y el grupo más afectado fue el de los diabéticos en un 20%; en el grupo de los pacientes con Enfermedad Articular Degenerativa se encontró que un 13% de ellos presentaban eyaculación precoz, esta disfunción en la mayoría de los casos es originada por alteraciones de tipo emocional, varios autores refieren que

el paciente artrítico presenta alteraciones de la personalidad, de la percepción, de su imagen, depresión y sentimientos de minusvalía. Se encontró que el 36% de los pacientes - estudiados refirieron incompetencia eyaculatoria, siendo afectados de similar forma el grupo de diabéticos y el de artríticos. Este análisis al igual que otros estudios encuentra - que los hombres diabéticos son frecuentemente afectados y parece ser ocasionado por el descontrol metabólico y las complicaciones propias de la enfermedad, mientras que los pacientes hipertensos pueden mantener su vida sexual con mínimos cambios. De las pacientes femeninas entrevistadas el 13% de las diabéticas refirieron disfunción lubricativa, siendo un porcentaje mayor que el reportado por Jensen y Schereiner-Engel en 1986, (29); lo cual también puede estar influido - por falta de un estímulo adecuado, debido a la idiosincrasia de la población mexicana respecto a la sexualidad, esto mismo ocurre con el reporte del 44% de pacientes femeninas con anorgasmia y 25% con dispareunia, la influencia sociocultural en su expresión sexual es manifestada en las etapas de - la respuesta sexual de la mujer, no hubo diferencia significativa por tipo de enfermedad crónica y se destaca que las pacientes del grupo control también manifestaron cambios similares.

Por el tipo de preguntas, se pudo detectar cambios importantes en el paciente crónico, pero siendo la sexualidad

tan compleja y estando estructurada por diferentes factores, como son biológicos, sociales y culturales, se puede sugerir que las enfermedades crónico degenerativas influyen en los cambios de comportamiento sexual, recordando siempre que estos cambios son de origen multifactorial. Las parejas con un miembro con enfermedad crónica refirieron con mayor frecuencia insatisfacción sexual que también estuvo en relación con deficiente comunicación entre la pareja. En este estudio no pudo valorarse la influencia del tratamiento farmacológico en la respuesta sexual, porque la mayoría de los pacientes no son constantes en la ingesta de sus medicamentos o no refirieron el tiempo que tenían con su tratamiento, este enfoque sería motivo de investigación en cada tipo de enfermedad crónico degenerativa.

CONCLUSIONES

Los pacientes con enfermedad crónica degenerativa sí presentan cambios en su comportamiento sexual, los cuales son diferentes en cada tipo de enfermedad crónica. Siendo un factor desencadenante de disfunciones de pareja.

El grupo que menos cambios presentó fue el de pacientes hipertensos, en el grupo de diabéticos, los cambios de comportamiento sexual pueden ser por complicaciones propias de la patología, mientras que en el grupo de enfermos artríticos los factores que con mayor frecuencia originan cambios son de carácter psicológico. Una deficiente comunicación entre la pareja también es un factor de importancia. Siendo la sexualidad una área estructurada por múltiples factores, el cuestionario utilizado fue un instrumento que nos proporciona sólo un bosquejo que pretendió detectar estos cambios, pero se considera que deben integrarse reactivos que proporcionen información más específica de la relación conyugal.

La atención del paciente crónico debe ser integral, valorando todas las áreas de su personalidad de manera individualizada y en pareja, la detección oportuna de alteraciones en la vida sexual del paciente es un reto para cada médico que muchas veces estas alteraciones pueden ser mejoradas con una orientación adecuada que repercutirá en el bienestar del paciente; de esto se puede reafirmar la importancia de la intervención del Médico Especialista en Medicina Familiar que está entrenado para la atención integral del paciente y de su contexto familiar.

ANEXO I
CUESTIONARIO

Ced. núm. de expediente _____ Sexo _____ Edad _____

1.- Estado civil _____

2.- Escolaridad:

Analfabeta () Primaria ()

Secundaria () Profesionista ()

3.- Padece usted alguna de estas enfermedades?

Diabetes () Hipertensión ()

Enf. articular () Ninguna ()

4.- Desde hace cuanto tiempo padece la enfermedad mencionada?

Menos de 5 años () 5 años ()

10 años () Más de 10 años ()

5.- Indique qué medicamentos utiliza para el control de su enfermedad?

MEDICAMENTOS	DOSIS	TIEMPO QUE LO HA TOMADO
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

6.- Ha notado cambios en su carácter, desde que enfermó?

Si () No ()

7.- Su enfermedad le ha hecho sentirse.....

Triste () Irritable ()

preocupado () Sin cambios ()

- 8.- Su enfermedad le impide realizar sus actividades anteriores?
 Sí () No ()
- 9.- Tiene dificultad para establecer nuevas amistades?
 Sí () No ()
- 10.- Dedicar tiempo para distracciones?
 Sí () No ()
- 11.- Ha recibido información relacionada a su enfermedad y sexualidad?
 Sí () No ()
- 12.- La frecuencia de sus relaciones sexuales se ha modificado desde que enfermo?
 Sí () No ()
- 13.- La frecuencia de sus relaciones sexuales se encuentra?
 Sin cambios () Disminuidos () Aumentados ()
- 14.- Presenta interés en tener relaciones sexuales?
 Sí () No ()
- 15.- Si su respuesta fue negativa, de las siguientes opciones marque cuál sería una causa de desinterés?
- Aburrimiento con su pareja ()
- Preocupación por otros problemas ()
- Preocupación por su enfermedad ()
- Enfermedad de su pareja ()
- Témor a no funcionar adecuadamente ()
- Rechazo de su pareja ()
- Exceso de comida o bebida ()

16.- Inicia usted sus relaciones sexuales?

Sí () No ()

17.- Su pareja le estimula para tener relaciones sexuales placenteras?

Sí () No ()

18.- Usted le platica a su pareja sus emociones?

Sí () No ()

19.- Y su pareja le platica a usted sus emociones?

Sí () No ()

20.- Considera que su vida sexual es placentera?

Sí () No ()

21.- Cuando ve material pornográfico se excita o despierta su interés sexual?

Sí () No ()

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON PARA PACIENTES MASCULINOS:

22.- Usted mantiene erección hasta el final de sus relaciones sexuales?

Sí () No ()

23.- Al amanecer presenta usted erección?

Sí () No ()

24.- Usted eyacula antes de que lo desee?

Sí () No ()

25.- Con frecuencia tiene dificultad para ayacular?

Sí () No ()

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

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON PARA PACIENTES FEMENINAS:

26.- En sus relaciones sexuales, usted presenta lubricación (humedad de genitales)?

Sí () No ()

27.- En sus relaciones sexuales, usted obtiene satisfacción con un placer máximo?

Sí () No ()

28.- Presenta dolor en genitales durante sus relaciones sexuales?

Sí () No ()

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD ARTICULAR:

29.- Durante sus relaciones sexuales, usted presenta dolor articular?

Sí () No ()

30.- Los dolores articulares le hacen evitar relaciones sexuales?

Sí () No ()

31.- Por estos dolores articulares, usted ha modificado posiciones en sus relaciones sexuales para no tener molestias?

Sí () No ()

32.- En sus relaciones sexuales, usted ha presentado alguna molestia?

Sí () No ()

PREGUNTAS PARA LA PAREJA DEL PACIENTE:

- 1.- Sexo _____
- 2.- Edad _____
- 3.- Escolaridad:
- | | |
|----------------|-------------------|
| Analfabeta () | Primaria () |
| Secundaria () | Profesionista () |
- 4.- Padece usted alguna enfermedad?
- | | |
|--------|--------|
| Sí () | No () |
|--------|--------|
- 5.- De las siguientes enfermedades marque cuál enfermedad padece usted?
- | | |
|--------------------|------------------|
| Diabetes () | Hipertensión () |
| Enf. articular () | Ninguna () |
- 6.- Su enfermedad ha modificado su carácter?
- | | |
|--------|--------|
| Sí () | No () |
|--------|--------|
- 7.- La enfermedad de su pareja ha modificado su carácter?
- | | |
|--------|--------|
| Sí () | No () |
|--------|--------|
- 8.- Ha recibido información referente a la enfermedad de su pareja?
- | | |
|--------|--------|
| Sí () | No () |
|--------|--------|
- 9.- Participa en el cuidado y control de la enfermedad de su pareja?
- | | |
|--------|--------|
| Sí () | No () |
|--------|--------|
- 10.- Considera que la enfermedad de su pareja ha modificado su conducta?
- | | |
|--------|--------|
| Sí () | No () |
|--------|--------|

11.- Por la enfermedad de su pareja, usted se siente:

Triste ()

Irritable ()

Preocupado ()

Sin cambios ()

12.- Considera que el carácter de su pareja se ha modificado?

Sí () No ()

13.- Dedicar tiempo para distracciones?

Sí () No ()

14.- Se ha modificado la frecuencia de sus relaciones sexuales?

Sí () No ()

15.- Sus relaciones sexuales en frecuencia, cómo se encuentran?

Sin cambios ()

Disminuidas ()

16.- Usted presenta interés por tener relaciones sexuales?

Sí () No ()

17.- Inicia usted sus relaciones sexuales?

Sí () No ()

18.- Considera que su vida sexual es placentera?

Sí () No ()

19.- Cuando ve material pornográfico, usted se excita?

Sí () No ()

PREGUNTAS PARA PACIENTES MASCULINOS:

20.- Usted mantiene erección hasta el final de sus relaciones sexuales?

Sí () No ()

21.- Al amanecer presenta usted eyaculación?

Sí () No ()

22.- Usted eyacula antes de desearlo?

Sí () No ()

23.- Con frecuencia tiene usted dificultades para eyacular?

Sí () No ()

PREGUNTAS PARA PACIENTES FEMENINAS:

24.- En sus relaciones sexuales, usted presenta lubricación?

Sí () No ()

25.- En sus relaciones sexuales, usted obtiene satisfacción placentera?

Sí () No ()

26.- Presenta dolor en genitales durante sus relaciones sexuales?

Sí () No ()

27.- Usted tiene temor de lastimar a su pareja?

Sí () No ()

28.- Usted considera que su vida sexual fue placentera antes de que su pareja enfermara?

Sí () No ()

29.- Le gustaría recibir información sobre sexualidad?

Sí () No ()

Por la información proporcionada, le damos las gracias.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BANCROFT J., BELL C: "Assessment of erectile function - in diabetic and non-diabetic impotence by simultaneous - recording of penile diameter and penile arterial pulse". J. Psychosomatic Research, 1985: Vol. 29, No. 3, pp. 315 324.
- 2.- BASSETT D., PILOWSKY.: "A study of brief psychotherapy - for chronic pain". J. Psychosomatic Research, 1985: Vol. 29, No. 3, pp. 259 - 264.
- 3.- BLAKE JR.: "The effects of stress and Social Support on Health: A research challenge for Family Medicine". Family Medicine, 1988: Vol. 20, No. 1, pp. 19 - 24.
- 4.- BROWN: "Important problems identified by patients with chronic arthritis". S. Afr. Med. J.; July 1987, Vol. 72 pp. 126 - 128.
- 5.- CARRIZO. "La educación de la sexualidad humana. Individuo y sexualidad". CONAPO. México 1982; Vol. 3, pp. 269 308.
- 6.- CASSILETH B.: "Psychosocial status in chronic illness; A comparative analysis of six diagnostic groups". The New England Journal of Medicine: Aug. 1984, Vol. 23, No. 311 pp, 506 - 511.
- 7.- COLE M. "Sex therapy - A Critical Appraisal". British -

- Journal of Psychiatry; 1985, Vol. 147, pp. 337 - 351.
- 8.- COLE M. "Realidades y mitos: La sexología". Acta psiquiátrica psicológica. América Latina, 1986, Vol. 32, pp. 237 - 240.
 - 9.- COOPER A.J.: "Short-Term Treatment in Sexual Dysfunction: A Review". Comprehensive Psychiatry; March-April 1981; Vol. 22, No. 2, pp. 206 - 215.
 - 10.- CHAVEZ D.C.: "Repercusión en las relaciones sexuales en el paciente con artritis reumatoide". Tesis IMSS: Feb. 1984, Medicina Familiar. México, pp. 1 - 19.
 - 11.- CLINICAS DE NORTEAMERICA: "Medicina Geriátrica Clínica". Editorial Interamericana. March 1983, Vol. 67, No. 2, - pp. 441 - 444.
 - 12.- D.S.M. III-R: "Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales", 1986. 5ta. edición revisada, pp. 347 - 354.
 - 13.- DUNN ME.: "Psychological perspectives of sex and aging" Am. Journal Cardiol. Jun, 1988. Vol. 15, No. 61(16): - 24H - 26H.
 - 14.- EHRLICH G.: "Social, Economic, Psychologic, and Sexual Outcomes in Rheumatoid Arthritis". The Am. Journal of Medicine. Dec. 1983, 30:75 (6A), pp. 27 - 34.
 - 15.- GOTWALD W. Jr., GOLE GOLDEN: "Sexualidad experiencia humana". Editorial Manual Moderno 1988. Primera edición.

México, D.F., pp. 369 - 381.

- 16.- HERTA FLOR, TURK: "Impact of chronic pain on the spouse: marital, emotional and physical consequence". Journal of Psychosomatic Research; 1987, Vol. 31, No. 1, pp. 63 - 71.
- 17.- JENSEN S.B.: "Emotional aspects in Diabetes Mellitus; a study of somatopsychological reactions in 51 couples in which one partner has insulin-treated diabetes". Journal of Psychosomatic Research, Vol. 29, No. 4, pp. 353 - 359, 1985.
- 18.- JENSEN S.B.: "Sexual dysfunction in younger insulin-treated diabetic females; A comparative study". Diabete Metab. 1985, Oct. Vol. 11, No. 5, pp. 278 - 282.
- 19.- KATCHADOURIAN H. (Compilador): "La sexualidad humana; un estudio comparativo de su evolución". Editorial Fondo de Cultura Económica. Primera reimpresión en México, 1984.
- 20.- KORNBLIT A.: "Abordaje médico-psicológico de familias con pacientes crónicos". Acta psiquiát. psicol. Amér. - Lat. 1983, No. 19, pp. 67 - 71.
- 21.- KRUEGER D.W.: "Psicología de la rehabilitación". Editorial Herder, 1988, pp. 107 - 114.
- 22.- MC. CARY J.L., MC CARY S.: "Sexualidad Humana de Mc Cary". Edit. Manual Moderno, cuarta edición, 1983. México.
- 23.- MASTERS William H. and Johnson V.: "Respuesta sexual hu

- mana. Editorial Buenos Aires, 1967.
- 24.- MAUSNER J.: "Epidemiología". Editorial Interamericana, primera edición en español, 1977. México.
- 25.- MINTZ GREGORIO: "El reto social de las enfermedades reu-
máticas". Reumatología Práctica. Vol. 1, No. 2. México,
1989.
- 26.- NATHAN: "Non-insulin-dependent Diabetes in Older Patien-
ts: complications and risk factors". Am. Journal of Me-
dicine; 1986. Vol. 81, pp. 837 - 842.
- 27.- POLLOCK S.E.: "Human responses to chronic illness; phy-
siologic and psychosocial adaptation". Nurs Res. Mar-
Apr. 1986, Vol. 35, No. 2, pp. 90 - 95.
- 28.- ROBLES DE FABRE T.: "El enfermo crónico y su familia: -
propuestas terapéuticas". Ediciones Novomar, S.A.; Nov.
1987. Primera edición. México.
- 29.- SCHREINER-ENGEL P.: "The differential impact of diabe-
tes type on female sexuality". Journal of Psychosomatic
Research. Vol. 31, No. 1, pp. 23 - 33, 1986.
- 30.- SHAMOIAN C.: "Problemas psicológicos en las enfermedades
reumáticas: Personalidad y mecanismos". Reumatología -
Práctica. Vol. 1, No. 2. México.
- 31.- WEILER S.J.: GEORGE.: "Sexuality in middle and late li-
fe". Arch. Gen. Psychiatry, 1981, No. 38, pp. 919 - 923.