

# Expresión de la sexualidad

Enviado por [Gonzalez, Erica](#) |

1. [Introducción](#)
2. [Anatomía y fisiología de la función sexual.](#)  
[Diferenciación del sexo](#)
3. [Control hormonal del sistema de la reproducción](#)
4. [Aparato reproductor del varón](#)
5. [Aparato reproductor femenino](#)
6. [Respuesta sexual](#)
7. [Factores que afectan a la disfunción sexual](#)
8. [Necesidades sexuales](#)
9. [Anamnesis sexual](#)
10. [Patrones de la actividad sexual](#)
11. [Exámen físico](#)
12. [Valoración de la mujer](#)
13. [Valoración del varón](#)
14. [En ambos sexos](#)
15. [Trastornos en la salud y sus efectos en la sexualidad](#)
16. [Intervenciones en trastornos específicos que afectan la sexualidad](#)
17. [Soporte emocional](#)
18. [Detección temprana](#)
19. [Disfunción sexual](#)
20. [Métodos anticonceptivos](#)
21. [Enfermedades de transmisión sexual \(ETS\)](#)

## INTRODUCCIÓN

La **sexualidad** humana implica a la integridad de la **persona**, no solo su organismo. Por ello, se manifiesta también en la actividad de la imaginación o fantasía, que interviene de forma consciente o inconsciente mediante las llamadas fantasías sexuales, situaciones que en un **individuo** recuerda o imagina porque le resultan eróticas o excitantes. Estas fantasías se pueden presentar de forma involuntaria, como sucede, a veces, en los sueños. No obstante, también se evocan voluntariamente, especialmente en el transcurso de cualquier tipo de actividad sexual. En las fantasías sexuales

intervienen dos factores importantes: (a) el objeto sexual y (b) el fin sexual.

El objeto sexual se puede entender como la persona o el tipo de persona, o incluso, las partes del cuerpo de una persona que resultan eróticas para un individuo.

El fin sexual se podría definir como el tipo de relación o actividad que se desea mantener o desarrollar con el objeto sexual para que efectivamente se desencadene la respuesta sexual.

Las fantasías sexuales no suelen ser de únicas ni fijas, ya que, como la sexualidad en su conjunto, tienden a evolucionar y enriquecerse con el paso del tiempo.

Las enfermeras a menudo evitan hablar acerca de temas sobre sexualidad e interacción sexual cuando cuidan pacientes con problemas médicos o a los que se someten a intervenciones quirúrgicas. Sin embargo, todos somos seres sexuados, desde el nacimiento hasta la muerte.

Por lo tanto, cada paciente con quien tiene contacto, sin importar en que punto se encuentre del espectro continuo de salud-enfermedad, es un ser sexual.

El término sexualidad designa la totalidad de un ser: las cualidades humanas, no solo genitales y su función; incluye todos los componentes que hacen a la persona ser quien es, biológica, psicológica, emocional, social, cultural y espiritualmente. Los individuos tienen capacidad de expresar su sexualidad en cualquiera de estas áreas.

Para proporcionar un cuidado total al paciente, es importante tener un conocimiento básico adecuado acerca de la sexualidad y la función sexual, así como sentirse cómodos con su propia sexualidad y la de los pacientes. Un curso de sexualidad humana que incluya un programa de revalorización de actitud sexual ayuda a la enfermera a obtener un conocimiento adecuado para hacerse consciente y comprender así como aceptar sus propias actitudes, valores y sentimientos. Una enfermera no puede considerar las actitudes del paciente y sus sentimientos sin prejuicios hasta que se acepte a sí misma.

En nuestra sociedad occidental, a la gente se le enseña a juzgar como inmoral, ilegal o como tabú cultural cualquier conducta que no

cumpla las **normas** establecidas. No es posible ignorar la función de la **cultura**, costumbres, creencias religiosas y valores familiares, que ayuda a determinar quien es un individuo, como acepta la **información** acerca de esos aspectos, y como expresa la sexualidad. Quizá se solicite a la enfermera que cuide algún paciente cuya cultura u orientación sexual es diferente o tiene **conflictos** con su definición de "aceptable". Sin embargo, para proporcionar **atención** total al paciente, se debe estar consciente de que los prejuicios afectan de manera negativa a los cuidados, por los que es necesario aceptar la propia sexualidad y la de los pacientes.

Con muy pocas excepciones, todos los humanos nacen en este mundo con caracteres masculinos o femeninos precisos. El **sexo** se determina al momento de la concepción, en el óvulo fecundado, de un par de **cromosomas** sexuales derivados de cada uno de los padres. Una vez que se establece el sexo en el embrión humano, la suerte esta echada para el **desarrollo** subsecuente de todas las características, adquiridas **genética** y socialmente, que diferencian al varón de la **mujer** en la sociedad humana.

Desde el nacimiento saltan a la vista las diferencias físicas. El pene y los **testículos** localizados externamente, facilitan la identificación del recién nacido varón, en tanto que la presencia del nicho vaginal distingue claramente a una **mujer**. Sin embargo, excepto por las características sexuales primarias, en la niñez temprana hay poca diferencia en el aspecto de **niños** y niñas. De hecho, con los cortes de pelo y las modas de vestir de hoy en día, en ocasiones es difícil diferenciarlos.

Las diferencias en la **estructura** corporal no se acentúan hasta la **adolescencia**. A partir de ese momento al parecer repentinamente los pezones de la niña comienzan a desarrollarse en mamas maduras; las caderas se ensanchan; comienza a aparecer el vello pubico y axilar iniciándose el **ciclo menstrual** en las niñas.

En el adolescente varón, los hombros comienzan a ensancharse y crecen los órganos genitales. Además el vello pubico y axilar que empieza a brotar en ambos sexos, los varones vigilan con ansiedad la aparición de vello sobre su labio superior y el desarrollo de la barba.

Alrededor de esta época se inicia también el **cambio** de voz, que varía del tenor al bajo, y finalmente se establece alrededor de una octava abajo del tono alto de la voz femenina promedio.

En la edad adulta, la talla corporal de los varones suele ser mayor que la de las mujeres; por lo general son más altos, pesados y fuertes, aunque no siempre. El varón promedio es un 10% mayor que la mujer promedio. Sus pulmones y **corazón** son más grandes que los de las mujeres y su latido cardíaco es más lento pero más energético. El varón promedio tiene más músculos que la mujer promedio y la hormona testosterona, aumenta el **volumen** de las fibras musculares. Por otra parte, las mujeres tienen más grasa corporal que los varones y al parecer su capacidad para disponer de sus reservas de energía es mayor y le proporciona más **resistencia** en **deportes** como la **natación**.

En el útero, el embrión masculino se desarrolla con más lentitud que el femenino y esta diferencia suele persistir durante la niñez. En las niñas el periodo de crecimiento rápido prepuberal suele empezar antes que en los niños y como resultado las primeras suelen ser más altas en los años anteriores a la adolescencia que los niños de la misma edad. Así mismo, las mujeres maduran antes que los varones, como regla general, y suelen entrar en la adolescencia uno o dos años antes. La maduración del varón tiende a ser menos predecible que la de la mujer y hay mayor variación a este respecto entre ellos que entre ellas.

Los psicólogos indican que las diferencias tradicionales entre los caracteres de **la personalidad** masculina y femenina están desapareciendo rápidamente en la sociedad occidental. Al parecer, hoy en día más mujeres muestran características como entereza, arrojo, **competitividad** y confianza en sí mismas. Las cuales se las consideraban características muy masculinas. Al mismo tiempo, más varones están mostrando abiertamente ternura, **creatividad** artística e intuición, características que antes se consideraban como femeninas.

No obstante aun hay gran diferencia entre los papeles sociales del varón y de la mujer. En la actualidad trabajan más mujeres que antes y el número de familias de un solo padre ha aumentado mucho en forma considerable en los últimos 20 años.

El impulso sexual, o libido, es una **fuerza** motivadora muy intensa en los seres humanos, ya que es necesaria para la supervivencia de la especie. En su jerarquía de las necesidades del **hombre**, Maslow los cito entre las de orden fisiológico básico, Kalishlow, le dio el segundo nivel de prioridad, solo después de las necesidades individuales de supervivencia de la especie, es decir, de las de **alimentación, agua**, conservación de la **temperatura**, eliminación, reposo y evitar el dolor. En nuestra sociedad, a pesar de la **naturaleza** fundamental de las necesidades sexuales, el tema de la sexualidad humana ha sido tabú hasta fechas muy recientes.

Lo importante para **enfermería** es aceptar la sexualidad como una entidad de la salud y considerar que las necesidades sexuales del individuo son parte integral de un enfoque completo del cuidado de la salud. Hoy en día, enfermería debe estar bien informada de las necesidades sexuales cambiantes de los individuos, durante el **ciclo de vida** y conocer los problemas de salud relacionados con la función sexual, a fin de incorporar en su practica las necesidades sexuales de los pacientes. Un buen tema para iniciarlo es revisar brevemente la **anatomía** y **fisiología** de la función sexual.

## ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA FUNCIÓN SEXUAL

### DIFERENCIACIÓN DEL SEXO

Con la excepción de las **células** sexuales, todas las del cuerpo del hombre contienen 23 pares de cromosomas. Veintidós de ellos son pares homólogos, es decir, iguales, e incluyen genes para los mismos caracteres. Los del par 23 son los que determinan el **genero**. Las mujeres poseen dos cromosomas sexuales similares, llamados cromosomas X, y los varones dos cromosomas sexuales distintos: uno tipo X y el que se a designado cromosoma Y.

Durante el **proceso** de maduración, los gametos o células sexuales (el espermatozoide del varón y el óvulo de la mujer) se dividen y el numero de cromosomas que lleva cada uno se reduce a la mitad (23). El óvulo maduro siempre contiene un cromosoma X, pero en el espermatozoide maduro puede X o Y. Si un óvulo es fecundado por un espermatozoide que lleva un cromosoma X, el embrión resultante será femenino. Si por el contrario el óvulo es fecundado por un

espermatozoide portador del cromosoma Y, se forma un embrión masculino.

Una función mayor del cromosoma Y es determinar que se desarrollen testículos en el embrión. En los embrionarios se secreta la hormona testosterona que estimula la formación de los genitales externos masculinos, el **sistema** de conductos y los órganos sexuales accesorios. También establece la diferenciación sexual del **cerebro**. Cuando no existe esta hormona, se desarrollan órganos reproductores femeninos.

## CONTROL HORMONAL DEL SISTEMA DE LA REPRODUCCIÓN

La estructura maestra que controla las **hormonas** sexuales del varón y la mujer es el hipotálamo. Secreta el factor liberador de la gonadotropina, que estimula la hipófisis anterior para que secrete hormonas gonadotrópicas. La hormona foliculoestimulante (FSH) induce la **producción** de óvulos y espermatozoides. La hormona luteinizante (LH) estimula la producción de las hormonas masculinas y femeninas. El hipotálamo es sensible a estímulos externos, como el **estrés** físico, las **emociones** y los cambios notables del tiempo.

Las hormonas masculinas se conocen en conjunto como andrógenos. La principal es la testosterona cuyas **funciones** son:

- Inducir la diferencia sexual durante el **desarrollo embrionario**.
- Estimular el crecimiento de los genitales y los caracteres sexuales secundarios.
- Conservar el proceso de la espermatogénesis.
- Promover el crecimiento por anabolismo proteico.
- Aumentar el impulso sexual.

Las principales hormonas femeninas son los estrógenos y la progesterona. Los primarios son secretados por el folículo ovárico, el cuerpo amarillo y durante el **embarazo** por la placenta.

Sus funciones son:

- Estimular el crecimiento del útero, la vagina y el desarrollo de las características sexuales secundarias en la **pubertad**.
- Inducir la reparación del endometrio después de la menstruación.
- Promover el crecimiento del sistema de conductos de las glándulas mamarias.
- Aumentar la motilidad del útero y su sensibilidad a la oxitocina.
- Acelerar la formación de la **matriz** ósea.

Las funciones de la progesterona, secretada por el cuerpo amarillo y durante el embarazo por la placenta son:

- Convertir el endometrio parcialmente engrosado durante el periodo postovulatorio en una estructura secretora adecuada para la implantación del óvulo fecundado.
- Promover el crecimiento de los alvéolos de las glándulas mamarias.
- Disminuir la motilidad uterina.

## APARATO REPRODUCTOR DEL VARÓN

La **función** del **aparato reproductor** del varón es producir espermatozoides maduros y depositarlos en el cuerpo de **la mujer** para la **fecundación** del óvulo. Este aparato incluye los órganos que producen las **células** germen y las diversas **hormonas**, un **sistema** de conductos que transporta las células al exterior y diversas **estructuras** accesorias que facilitan el **proceso**. El órgano masculino de la copulación, el pene, se encarga de inyectar espermatozoides en el cuerpo de la **mujer**.

**Testículos:** Los órganos masculinos que producen las células germen son un par de estructuras ovales llamadas **testículos**. Como en el caso de muchos **mamíferos**, las células germen masculinas del humano no pueden sobrevivir a temperaturas muy frías o muy calientes. La **temperatura** interna del cuerpo es muy alta para el

proceso de la espermatogénesis y, poco antes del nacimiento, los testículos descienden de la cavidad abdominal hacia el escroto, una bolsa que cuelga detrás del pene y esta suspendida del pubis.

Normalmente, los músculos están relajados y el escroto cuelga, pero en los climas fríos se contraen para llevarlos hacia el perineo, entre los muslos, a fin de conservarlos calientes.

Cada testículo consiste en unos 250 lóbulos en forma de cuña, que contienen a su vez uno a cuatro tubos contorneados estrechos, llamados tubos seminíferos, que producen los espermatozoides. Asimismo, en los testículos se localizan las células de Sertoli, que proveen de nutrientes a los espermatozoides, y las células intersticiales de Leyding que producen las hormonas masculinas.

**Sistema de conductos:** El proceso de la espermatogénesis dura unos 60 días en los tubos seminíferos. Después de este tiempo, los espermatozoides requieren otras 2 semanas en el epidídimo para hacerse móviles y capaces de fecundar un óvulo.

A medida que los espermatozoides viajan de los testículos a la uretra, diversas glándulas aportan secreciones para nutrirlos y darles vitalidad.

**Semen:** Durante la eyaculación, se secretan unos 2 a 6 ml de semen, o líquido seminal, cuya cantidad depende del tiempo transcurrido entre las eyaculaciones. Cada descarga de semen contiene varios cientos de millones de espermatozoides, las secreciones de las glándulas accesorias y el moco de las situadas a lo largo de la uretra. La cuenta de promedio normal de espermatozoides es de unos 120 millones por ml. El semen es viscoso y lechoso cuando se secreta, pero rápidamente se torna líquido en reposo por acción de las enzimas hidrolíticas de la próstata.

**Pene:** Su tamaño varía, pero suele tener 15 cm por 2,5 cm, cuando se encuentran en erección. Está fijado a las paredes anterior y lateral del arco púbico, enfrente del escroto. El pene está formado por tres columnas longitudinales (cuerpos cavernosos) de tejido eréctil unidas por bandas fibrosas y cubiertas de piel. Normalmente es una estructura flácida. Durante la estimulación sexual, los cuerpos cavernosos se llenan con sangre y el pene se hace turgente (rígido) y erecto. El flujo de sangre hacia los senos cavernosos depende del

**sistema nervioso** autónomo. La estructura cónica abultada de la punta del pene se llama glande y contiene el orificio externo de la uretra. El glande esta recubierto por un pliegue de piel retráctil, el prepucio, que con frecuencia se extirpa en la circuncisión, poco después del nacimiento.

## APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

La función del **aparato reproductor femenino** es producir óvulos maduros, recibir el esperma y ofrecer un **ambiente** adecuado para el **desarrollo** del **feto** hasta que este maduro para nacer.

**Ovarios:** Producen las células femeninas. Son dos estructuras ovales pequeñas, localizadas en la región pélvica de la cavidad abdominal. Están suspendidas de la pared lateral de la pelvis por una parte del ligamento ancho. Los ovarios producen óvulos y hormonas. Al nacer, contienen la dotación total para toda la vida de la mujer de unos 400 mil folículos primordiales (óvulos primitivos) de los cuales durante los años fértiles probablemente se desarrollaran 350 a 500 folículos de Graaf.

Unos años antes que se inicie la **pubertad**, los ovarios comienzan a secretar mayores cantidades de hormonas, como son estrógenos, progesterona, y un poco de andrógenos (hormonas masculinas).

El proceso de la ovogénesis u oovogénesis se lleva a cabo en los ovarios. Aproximadamente cada 28 días se produce un óvulo maduro.

**Trompas de falopio (oviductos):** Son dos pequeñas estructuras intraperitoneales de unos 10 cm de largo que se extienden desde el útero hasta los ovarios.

Su función es llevar los óvulos maduros al tercio medio de la trompa, en donde son fecundados, y al óvulo fecundado hasta el útero para su implantación, o al que no lo ha sido para eliminarse con el flujo menstrual.

**Útero:** Es un órgano muscular hueco de paredes gruesas, localizado en la porción pélvica de la cavidad abdominal entre el recto y la vejiga. Su recubrimiento interno consiste en una superficie mucosa especializada, el endometrio, que es el sitio principal de implantación del óvulo fecundado.

**Cuello uterino:** Es el cuello (cervix) del útero y sale hacia la bóveda vaginal. Es un cuerpo cónico, redondo, muy duro, de unos 2 a 2,5 cm de diámetro.

**Vagina:** Es un tubo muscular. Tiene unos 10 cm de largo y 4 cm de ancho. Es la vía de paso por donde los espermatozoides penetran al útero y se elimina el flujo menstrual y forma parte del conducto del parto.

**Vulva:** Los órganos genitales femeninos externos forman en conjunto la vulva. El monte de Venus es un cojín suave redondeado de tejido adiposo, localizado sobre la sínfisis del pubis. Está recubierto con pelo. Los labios mayores, consisten en dos pliegues longitudinales de la piel. Cubren y protegen la abertura de la vagina, el meato urinario y los labios menores.

El clítoris es el órgano femenino equivalente al pene. Es un órgano eréctil, corto y muy sensible a los estímulos táctiles. El himen es un tabique elástico, firme recubierto de mucosa que cierra la vagina en las vírgenes. Puede faltar por completo o en parte.

**Glándulas mamarias o mamas:** Son estructuras sexuales accesorias en la mujer. Tienen como función secretar leche para nutrir al recién nacido. Cada mama contiene compartimentos o lóbulos separados por tejido adiposo. Cada lóbulo está formado por lobulillos que contienen células secretoras de leche.

**Ciclo menstrual:** Es una hemorragia uterina periódica que consiste en el desprendimiento del miometrio secretorio del útero cuando no se ha fecundado un óvulo maduro. El primer periodo que ocurre en la pubertad, se llama menarquia, y se continúa hasta la menopausia, alrededor de los 40 años.

La menstruación se lleva a cabo unos 14 días después de la ovulación. El ciclo menstrual dura 28 días, aunque el límite normal es de 24 a 32. La duración promedio del periodo menstrual es 5 días y la pérdida promedio de sangre, es de 70 ml. El ciclo consiste en tres fases:

1. **Menstrual:** Desprendimiento de los dos tercios superficiales del endometrio.
2. **Proliferativa:** el quinto día al momento de la ovulación el endometrio se regenera y engruesa de 8 a 10 veces, en tanto que los folículos comienzan a crecer.

3. **Secretora:** el día de la ovulación hasta tres días antes del siguiente periodo menstrual. El endometrio se desarrolla en un tejido tipo secretor para recibir al óvulo fecundado.

**Menopausia.** Suele ocurrirse entre los 45 y 55 años de edad. Se inicia de manera gradual, con irregularidad de los periodos menstruales. Los dos principales molestos síntomas para la mujer son:

1. Rubores, enrojecimiento de la piel, cara cuello y parte superior de los pechos, que pueden durar minutos o varias horas
2. Bochornos, que son periodos breves de **calor** intenso en todo el cuerpo. Ambos son trastornos circulatorios relacionados con **la administración** de la **producción** de estrógenos por los ovarios.

## RESPUESTA SEXUAL

Durante la respuesta sexual hay dos cambios fisiológicos principales para el varón y la mujer:

**Vasocongestión:** La respuesta primaria en la estimulación sexual es ingurgitación de los vasos sanguíneos(venas) en los órganos sexuales.

Miotina: La vasocongestion se acompaña de aumento de la tensión muscular necesarios para el acto sexual.

**Fase de excitación:** Se origina en la mujer tocando y acariciando diversas partes de su cuerpo. Se denominan zonas erógenas. Los órganos que más responden son las mamas y los órganos externos, en especial el clítoris. En la mujer estimulada el glánde del clítoris crece y su cuerpo aumenta de largo y de diámetro, se expande el conducto vaginal. La pared de la vagina toma un **color** violeta, por la vasocongestion, que también causa la aparición de un líquido que recorre la vagina y la lubrica. Los órganos extragenitales también se estimulan. Los pezones se ponen erectos, aumentan el tamaño de las mamas, se ingurgitan las areolas y se observan contornos venosos en aquellas. En ocasiones hay "rubor sexual en la región epigástrica y las mamas. El **corazón** comienza a latir deprisa y la **presión** arterial se eleva al aumentar la tensión sexual. También puede haber una tensión involuntaria de los músculos intercostales y abdominales.

Un varón puede estimularse sexualmente con **imágenes** mentales o visuales y con la estimulación directa del pene, cuyo tamaño aumenta rápidamente al ingurgitarse el tejido eréctil. El órgano normalmente flácido se hace erecto y rígido. Se cierran **válvulas** en los vasos sanguíneos localizados en su base, evitando así que la sangre salga del tejido conservándolo erecto. Hay tensión muscular involuntaria y a medida que aumenta el tamaño la excitación sexual eleva la presión arterial y la frecuencia cardíaca.

**Fase de meseta:** Se eleva el útero y se alarga el conducto vaginal. El aumento de la congestión causa crecimiento de los labios menores y del tercio externo de la vagina. Los labios menores cambian del color rojo vivo al vino. Las glándulas de Bartholin secretan una pequeña cantidad de **materia** mucoide y el clítoris se retrae contra la sínfisis del pubis.

En el varón, el pene aumenta de circunferencia y los testículos se tornan más grandes y se acercan más al peritoneo, aumenta la tensión muscular, hay hiperventilación, se acelera mucho el pulso y aumenta bastante la presión arterial.

Estos cambios vasculares son muchos más intensos en el varón que en la mujer, justo antes de la eyaculación se cierra la uretra en el cuello de vejiga para evitar el escape de orina y se secretan dos o tres gotas de material mucho de las glándulas de Cowper para lubricar el paso del semen.

**Orgasmo:** Tanto en el hombre como en la mujer, el orgasmo se caracteriza por ser una serie de contracciones musculares intensas. EN ella suele ocurrir de 5 a 12, a un intervalo de 0.8 de segundos. Se presenta en el útero, comenzando en el fondo y siguiendo hasta los segmentos inferiores y en los músculos del piso pélvico en donde rodean el tercio inferior de la vagina, también se contrae el esfínter anal.

En el varón, hay contracciones clónicas a lo largo de la uretra para expulsar el semen y forzar su paso por el glande. También se contrae el epidídimo, los conductos deferentes, las vesículas seminales y la próstata. Las contracciones suelen iniciarse a intervalos de 0.8 de segundos y se tornan menos frecuentes cuando se ha expulsado la mayor parte de semen. El proceso de la eyaculación suele durar unos pocos segundos.

**Resolución:** Esta fase incluye tanto la relajación de los músculos como la pérdida de la vasocongestión. Esta última se expresa en una detumescencia y el varón es rápido al principio. En la mujer, el clítoris regresa a su posición normal unos 5 a 10 segundos después del orgasmo.

En tanto que la mujer puede volver a estimularse casi inmediatamente después del orgasmo, el varón requiere un periodo de 10 a 45 minutos para lo mismo.

## FACTORES QUE AFECTAN A LA DISFUNCIÓN SEXUAL

Los de importancia primaria son los cambios de las necesidades sexuales del **individuo** durante su vida. Les afecta la edad y la etapa de desarrollo físico y psicosocial. Además existen factores biológicos, como genéticos lesiones y **enfermedades** afectan el desarrollo y función de la **reproducción**. Asimismo existen factores sociales, morales y psicológicos que deben considerarse en cualquier **análisis** de las necesidades sexuales.

- **FACTORES BIOLÓGICOS**

La edad y la etapa del desarrollo son muy importantes en el desarrollo sexual. Aunque las características sexuales primarias se encuentran desde el nacimiento, solo en la **adolescencia** maduran se tornan capaces de funcionar.

Los principales agentes biológicos que controla la función sexual son los genes y las hormonas. La diferenciación inicial de los órganos sexuales se determina en el útero con la combinación de los **cromosomas** XX o XY del embrión recién formado. Los defectos en los cromosomas sexuales o el desequilibrio de las hormonas que regulan el desarrollo y la función sexual pueden originar **problemas** en el crecimiento y desarrollo de los órganos sexuales o en la función.

El sistema reproductivo es sensible a lesiones y enfermedades. Las mamas y el útero en la mujer; Y la próstata y los testículos en el varón, son propensos al desarrollo de tumores. También son muy vulnerables a infecciones. La intimidad del contacto facilita el paso de infecciones entre la pareja. Las infecciones generales pueden

afectar los órganos sexuales. Ejemplo las paperas y las infecciones hepáticas causan atrofia de los órganos sexuales en varones. En adultos, las paperas pueden causar **inflamación** de los testículos (orquitis) que origina el **daño**.

La función sexual puede alterarse por agentes farmacológicos, **depresión** grave, trastornos médicos como enfermedades sistémicas, endocrinos, genitales, y vasculares locales y algunas **operaciones** quirúrgicas.

- **FACTORES SOCIALES, MORALES Y PSICOLÓGICOS**

Aunque se considera que el impulso sexual es instintivo y básico para la supervivencia de la especie, la **conducta** sexual es aprendida principalmente. En la niñez temprana se enseñan las **normas** éticas sobre lo bueno y lo malo en relación con la actividad sexual en una **sociedad** determinada. Las normas varían de una **cultura** a otra, toda sociedad tiene ciertos tabúes sexuales, la prohibición del incesto.

El **matrimonio** es una institución legal para proteger **la familia**. Las **religiones** también han establecido una influencia importante en lo que se considera bueno y malo en cuanto a la actividad sexual.

Los factores psicológicos también tienen importancia en la función sexual

La ignorancia de los temas sexuales, las **actitudes** sociales hacia la actividad sexual fuera del matrimonio, el temor de embarazos no deseados y otros múltiples factores contribuyen en conjunto a envolver esta función biológica normal con una virtual mortaja de sentimientos de culpa, represión y desajuste.

## **NECESIDADES SEXUALES**

El propósito biológico del impulso sexual es la reproducción.

En ocasiones, hay problemas en el momento de la concepción o posteriormente en el útero.

Anormalidades en los cromosomas del **sexo**, como en cromosoma X o Y extra.

Criptorquidia (testículos que no han descendido), que quizás necesite tratamiento hormonal si no hay descenso espontáneo durante el primer año de vida.

Genitales ambiguos o hermafroditismo en que los genitales externos no son claramente ni de un sexo ni del otro. Uno de los aspectos más importante del desarrollo de la niñez es la identificación del **género**, que se refiere al **concepto personal** de masculinidad y feminidad.

Se dice que el papel del género se imprime durante los tres primeros años de vida. Hacia esta edad el varoncito ya se considera un niño y prefiere relacionarse con su par, en tanto que la mujer se considera una niña y se une a su madre.

Durante los primeros años de la **escuela** los papeles del sexo están muy interiorizados. Hacia los nueve o diez años, la segregación de los sexos es casi completa. Los **niños** exploran y obtiene placer de su cuerpo, incluyendo el área genital. La masturbación (estimulación del área genital) es común en la niñez. También son muy curiosos sobre los temas sexuales. **Los valores** de las hormonas sexuales en los varones (andrógenos) son muy bajos hasta los 8 años y en las mujeres los estrógenos comienzan a secretarse hacia los 9 años.

Los cambios en la **anatomía** y en la **fisiología** sexual son muy intensos durante la adolescencia que en cualquier otra época de la vida. En los niños, los cambios incluyen: sudación axilar, aumento de la sensibilidad testicular a la presión, crecimiento de los testículos, enrojecimiento punteado del escroto, aumento de la longitud del pene, aparición del vello axilar, pubico y facial; cambios de la voz, poluciones nocturnas( sueños húmedos), aumento de la estatura y ensanchamiento de los hombros. En las niñas aparición de los brotes mamarios, la menarquia, el desarrollo de vello pubico y axilar; ensanchamiento de las caderas y sudación axilar.

La edad promedio de la maduración **física** del niño ha disminuido en el último siglo de 16 a 13 años.

Los **adolescentes** tienen **relaciones sexuales** a edad mas temprana, estas tendencias han originado un aumento importante de la frecuencia de **enfermedades venéreas**, también ha aumentado el numero de embarazos y abortos.

La edad adulta temprana es la época en que llega a su máximo la urgencia biológica por la satisfacción sexual y los varones suelen tener un impulso sexual más intenso.

Tanto en ellos como en las mujeres esta la necesidad de lograr un sentimiento de intimidad en las relaciones sexuales. Entre los

problemas comunes en este grupo de edad se encuentran las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados. Llegando a la edad de maduración en las mujeres la menopausia trae consigo sus problemas de rubor y bochorno y en ocasiones, cambios de ánimos por las concentraciones hormonales muy bajas. Hay atrofia vaginal, también por la disminución hormonal que puede causar irritabilidad y aumento de la sensibilidad a infecciones. Las mujeres son propensas a tumores de la mama y el útero.

En esta etapa los varones suelen preocuparse sobre su conducta sexual. Con frecuencia buscan recuperar la seguridad con relaciones extramaritales con compañeras más jóvenes. Las mujeres y los varones mayores deben adaptarse a los cambios que ocurren en su cuerpo. A los varones les preocupa con frecuencia su potencia sexual y a las mujeres la pérdida de atractivo. Sin embargo, muchas parejas que superan las preocupaciones sobre sus problemas encuentran que la edad madura es una época muy satisfactoria

## VALORACIÓN INICIAL

La valoración inicial sexual se inicia con la obtención de datos objetivos y subjetivos. La información esencial obtenida de la anamnesis médica y sexual, examen físico y estudio de laboratorio contribuyen a la formación de la base de datos.

## ANAMNESIS SEXUAL

La anamnesis sexual es una herramienta que permite a la enfermera comentar con franqueza las cuestiones sexuales y dar al paciente la oportunidad de que exprese sus preocupaciones sobre el tema a un profesional informado.

Una vez que se sientan las bases iniciales de una relación de confianza, puede pasarse de áreas poco delicadas a otras que lo son en mayor grado.

El estilo de la entrevista debe estar exento de juicios.

Si el entrevistado percibe mensajes negativos, sean verbales o no, es probable que omita información que considera delicada. El lenguaje empleado durante la sesión debe apropiarse a la edad y antecedentes del enfermo. Ha de evitarse la ambigüedad mediante la exclusión de oraciones o términos eufemísticos, que son imprecisos y originan

confusión. Las preguntas que permiten una respuesta abierta suelen ser preferibles para iniciar la conversación sobre el tema.

La gente suele experimentar ansiedad, **culpabilidad** y vergüenza considerables durante la valoración sexual.

Por lo tanto, el entorno en el que tiene lugar la **entrevista** reviste suma importancia. La comodidad y la intimidad sin interrupción, así como los mensajes verbales y no verbales de que se mantendrá el **carácter** confidencial de los datos, son indispensables para generar y conservar la relación de confianza.

La anamnesis sexual puede iniciarse con la pregunta general de respuesta abierta siguiente: "¿tiene actividad sexual?" Si la respuesta es negativa, se debe indagar acerca de:

- Las experiencias sexuales pasadas y por qué se interrumpieron.
- El grado de satisfacción con la inactividad presente.

El paciente quizás esté satisfecho con su situación, pero tenga muchas precauciones acerca de las actitudes o conductas sexuales de los familiares y amigos.

La enfermera proporcionará orientación previsoramente e información relacionada con el nivel de desarrollo del sujeto. Además, debe analizarse la información de medicamentos y enfermedades, así como sus efectos en la función sexual. En cuanto al paciente con actividad sexual, si el sitio y la circunstancia son apropiados, la enfermera puede analizar las siguientes áreas:

1. Variedad y frecuencia de la actividad sexual (incluida en la elección de pareja y la intensidad del impulso sexual).
2. Satisfacción con el funcionamiento sexual actual.
3. Funcionamiento y satisfacción de la pareja.
4. Antecedentes maritales o de relaciones.
5. Efectos de las vivencias (ejemplo la violación, **muerte** del cónyuge, envejecimiento, etc.) sobre el funcionamiento sexual.
6. Necesidad de información acerca de temas sexuales.

Se requiere una anamnesis más detallada cuando el paciente señala un problema específico.

En tal caso debe abarcar información sobre lo siguiente:

1. Desarrollo sexual temprano.

2. Desarrollo sexual y experiencias de la adolescencia.
3. Antecedentes sexuales premaritales y postmaritales.
4. Antecedentes del problema.

Esta información debe registrarse con las propias palabras del paciente.

La toma de la anamnesis sexual es un proceso dinámico en que sujeto y enfermera intercambian información. Además constituye una oportunidad de aclarar **mitos** y sondear áreas de precaución sobre las que el enfermo quizás no haya podido hablar en lo pasado.

## PATRONES DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

- **Actividad heterosexual**, puede incluir el coito genital, el extragenital y contactos no coitales. Estos últimos incluyen actividades físicas entre un **hombre** y una mujer como tomarse de la mano, hacerse arrumacos, besarse, acariciarse, caricias mayores y masturbación muta
- **Actividad homosexual**, incluye contacto sexual entre dos personas de un mismo sexo. La satisfacción proviene del contacto corporal, abrazos, estimulación **manual** de las áreas genitales por el compañero o relaciones buco o ano genitales.
- **Actividad autosexual**, que es la actividad sexual de uno mismo. La masturbación es una forma de actividad autosexual. Los varones suelen llevarla a cabo frotando el cuerpo del pene. Las mujeres pueden hacerlo por estimulación del clítoris con la mano o los dedos, **movimiento** rítmico de los muslos o inserción de un cuerpo extraño en la vagina.
- **Orgasmo nocturno**, muchas personas tienen sueños de contenido sexual. En ocasiones, terminan en orgasmo. Puede haber eyaculación de semen como en los sueños húmedos comunes en adolescentes varones.

## EXÁMEN FÍSICO

El examen físico permite que la enfermera imparta **enseñanza** sobre la **sexualidad**.

Durante la **evaluación** física, puede enseñarse a la paciente el autoexamen de los senos, ejercicios de Kegel, la finalidad de la prueba del papanicolau, formas anticonceptivas eficaces y conductas que disminuyan el **riesgo** de contagio de enfermedades venéreas. A los varones se les puede enseñar Las **técnicas** de autoexamen de testículos, disminución del riesgo de contagio de enfermedades venéreas, así como medidas anticonceptivas y examen de las tetillas. La **actitud** de quien realiza el examen, físico reviste la mayor importancia. Las personas en riesgo de sufrir trastornos sexuales son:

Los que no conocen los efectos de los cambios del ciclo vital en la sexualidad, particularmente en la adolescencia y la fase media de la vida adulta; los que padecen trastornos de conducta o problemas de **comunicación**; quienes sufren vivencias traumáticas; los que padecen trastornos anatómicos y fisiológicos; aquellos que consumen fármacos que afectan la sexualidad y los que sufren cambios en su **estilo de vida**.

## VALORACIÓN DE LA MUJER

La **historia** sexual de la mujer incluye observaciones sobre su **constitución** general. Cuando se obtiene la historia es posible observar su estructura corporal. Hay que obtener información sobre trastornos del aparato reproductor, deben señalarse los antecedentes obstétricos y anotarse las operaciones quirúrgicas. Es necesario interrogar sobre el patrón menstrual de la mujer.

La enfermera debe conocer **el estado** civil de la mujer y sobre sus relaciones sexuales con otros, también debe contener información sobre el **conocimiento** que tiene la paciente sobre sus cuidados de **salud**.

### ESTUDIO FÍSICO

El estudio físico de la mujer incluye el examen de los genitales externos e internos (ginecológicos). A fin de valorar adecuadamente la presencia de exudados vaginales, hay que indicar a la mujer que no se lave por 24 horas antes y pedirle que orine inmediatamente antes de la exploración, ya que la vejiga llena altera la posición de los órganos pélvicos. Ello también facilita la palpación y evita el peligro de incontinencia.

# VALORACIÓN DEL VARÓN

La historia sexual del hombre suele combinarse con la historia y el examen del sistema urinario. A medida que la obtiene el examinador observa la constitución corporal. También se observan las características sexuales secundarias como la **distribución** del vello facial y axilar, tono de la voz y desarrollo de los genitales. Se interroga sobre antecedentes familiares de trastornos genitourinarios masculinos, la historia marital, antecedentes sobre relaciones sexuales y las actuales. Se pregunta sobre exudados o úlceras que haya observado el paciente y cualquier dolor en el área genital. El estudio físico del varón incluye un examen del pene y el escroto, la región inginal (por hernia), el recto y la próstata. El pene y el escroto se exploran por inspección y palpación. Para examinar el pene, se retrae el prepucio de los varones, no circuncidados alrededor del glande, debe retraerse con facilidad; si no es así hay que indicarlo.

Las anormalidades incluyen fimosis, en la que el prepucio se adhiere al pene; la parafimosis, que es la inflamación del prepucio; edema que quizá indique retención de líquido, cicatrices o lesiones activas en el pene; exudados excesivos, el viscoso, purulento, con frecuencia corresponden a gonorrea, en tanto que el mucoide, delgado, puede indicar inflamación uretral. Normalmente los testículos son asimétricos y el izquierdo suele estar mas abajo que el derecho. Su tamaño varia. Se sienten duros a la palpación. Las anormalidades incluyen: atrofia, que quizá indique orquitis por paperas o infección hepática; quistes escrotales y varicocele que son crecimientos quísticos localizados.

Se inspecciona el área externa y se palpa los órganos internos a través del recto.

## EN AMBOS SEXOS

**También se deben recoger datos tales como:**

- Factores de riesgo, como **consumo** de **alcohol** o de **drogas** parenterales; trastornos sistemicos, como la hipercolesterolemia o la **diabetes**, y hormonales, y posible **exposición** profesional o ambiental a agentes carcinogenos (Ej. Radiaciones)

- Medicación de consumo habitual o crónico: motivo, dosis y pauta posológica. No se deben olvidar los fármacos que actúan sobre el **sistema nervioso central** (antidepresivos, hipnóticos, antiparkinsonianos, etc.) o periférico, ya que pueden tener efectos secundarios sobre la función y el deseo sexuales. Posibles alergias.
- Antecedentes de trastornos de los órganos genitales; eventuales episodios de enfermedades de transmisión sexual (ETS), y **accidentes** o traumatismos previos sobre la región abdominal y pélvica.
- Sintomatología actual. Los síntomas que con mayor frecuencia son motivo de consulta y sobre los que se debe indagar son: secreción vaginal, mamaria o peneana, prurito genital y lesiones mamarias o genitales. También puede referirse la presencia de sangrado anómalo (de origen urinario o genital); disuria (dolor durante la micción); dismenorrea (dolor asociado a la menstruación), incontinencia y dolor suprapúbico o abdominal. En la **población** de riesgo, se indagará sobre posibles **signos** y síntomas asociados a las enfermedades de transmisión sexual.

A lo largo de la entrevista, el profesional de **enfermería** deberá ir valorando globalmente el nivel sociocultural del paciente, el grado de conocimiento que presenta en relación con su propio cuerpo y la sexualidad y su tipo de creencias o tendencias ético-religiosas al respecto, factores todos ellos muy importantes a la hora de enfocar un posible **plan** educativo posterior.

## TRASTORNOS EN LA SALUD Y SUS EFECTOS EN LA SEXUALIDAD

Los trastornos sexuales son resultado de la **interacción** compleja del individuo con su ambiente. La aplicación de un **método** holístico en tales circunstancias requiere evaluar las **variables** biológicas, psicológicas y ambientales, a fin de tener una valoración precisa del grado de salud sexual de la **persona**.

Aunque las disfunciones sexuales por lo general son resultado de problemas orgánicos y psicológicos, quizás se deban a factores puramente orgánicos. Entre las variables biológicas, se incluyen los trastornos anatómicos o fisiológicos que inhiben todas o algunas de las fases del ciclo de la respuesta sexual del ser humano. Las fases

del deseo (libido) de la respuesta sexual se ve afectada por dolor, fatiga y depresión, así como por lesiones de los centros encefálicos superiores, de manera específica la porción del sistema límbico que se sitúa en la corteza cerebral. Cualquier padecimiento que inhiba la producción de las hormonas necesarias, es decir, la concentración sanguínea de andrógenos, influyen en el deseo sexual.

La miotonía y la vasocongestión suele disminuir con las enfermedades o traumatismos del sistema nervioso autónomo y el **aparato circulatorio**.

Los traumatismos, operaciones y trastornos crónicos y agudos afectan la respuesta sexual, sea en forma directa o indirecta.

Los medicamentos prescritos como parte de cualquier régimen terapéuticos afecta el deseo sexual, la vasocongestión y la miotonía al impedir los mecanismos hormonales, neurológicos o circulatorios correspondientes. La mayor parte de los casos de disfunción sexual son psicógenos, en los que se incluyen tanto factores internos como interpersonales. Los primeros abarcan el desarrollo, los pensamientos y sus procesamientos, así como el **estado** de ánimo y los afectos, la **imagen** corporal. Las variables interpersonales comprenden **la comunicación**, los patrones de expresión sexual, y la atracción física por la pareja y los **conflictos** con estos (**valores**, actitudes y creencias, papeles sexuales y preferencia sexual). Los problemas derivados de variables psicológicas pueden precipitarse a raíz de enfermedades o surgir de personas sanas.

Afectan la respuesta sexual humana al disminuir la libido e inhibir la miotonía o la vasocongestión, en forma conjunta o por separado.

Las variables ambientales que tienen efectos negativos en el funcionamiento sexual provienen de cambios en el estilo de vida ciclo vital o vivencias del sujeto. Las personas hospitalizadas o aisladas de la sociedad suelen tener dificultades para satisfacer sus necesidades sexuales.

La inadaptación puede hacer que el sujeto reprima y evite parcial o totalmente la actividad sexual.

## **INTERVENCIONES EN TRASTORNOS ESPECÍFICOS QUE AFECTAN LA SEXUALIDAD**

## **CAMBIOS EN LA IMAGEN CORPORAL**

La imagen corporal se inicia en la niñez temprana y evoluciona a lo largo de la vida. Interactúa con la **identidad** sexual, el papel sexual y los patrones de funcionamiento sexual.

En la sociedad occidental se da un gran **valor** al aspecto físico. El hecho de que la imagen corporal de una persona no corresponda a esa imagen idealizada es causa de **conflicto**.

La transición de la salud a la enfermedad puede poner en riesgo la sensación que tiene una persona de su normalidad con lo que se origina una disminución de su **autoestima**, y se adquiere una imagen corporal negativa e **inseguridad**. La ansiedad, en cuanto al funcionamiento sexual surge cuando se percibe que el **cambio** corporal tendrá efectos negativos en el papel, identidad o funcionamiento sexual. Los patrones tradicionales de funcionamiento sexual quizá ya no tengan avisos de operabilidad para quien sufre tales cambios.

Además, los mitos, la información errónea y las actitudes y valores negativos pueden impedir que el sujeto encuentre nuevas formas de **educación sexual**, cambio que con frecuencia experimentan quienes sufren de alteraciones en la estructura o funcionamiento corporal, a menudo a la intensidad de las reacciones emocionales es directamente proporcional a la visibilidad de la parte afectada. Si la última guarda correlación estrecha con la identidad sexual, el impacto sobre la imagen corporal suele ser profunda además, quien considera que su pareja reacciona ante los cambios de su imagen corporal con disgustos, quizás tema el rechazo.

El resultado de esto podría ser la evitación del sexo, el retraimiento y aislamiento que se impone el propio individuo. La relación entre compañeros sexuales es el factor más importante en la actividad a causa de enfermedades, falta de comunicación o imagen corporal negativa suele provocar conflictos, frustración e irritabilidad puede surgir ira y hostilidad si no se comunica dicho temor.

La valoración de la persona en este caso incluye la evaluación de los efectos sobre el concepto de sí mismo y la autoestima, sobre el papel sexual, identidad sexual, funcionamiento y relaciones sexuales, así como los mecanismos de adaptación de la persona.

Las metas generales de la intervención de la enfermería abarca que el paciente ventile sus sentimientos negativos que aclare la información errónea, y los mitos con el paciente y su pareja, por separado y en forma conjunta, fomentar el reconocimiento de los atributos y habilidades sexuales, y ampliar el repertorio de técnicas mediante la validación y la orientación.

## **INFARTO DE MIOCARDIO**

La gente con **infarto** al miocardio corre el riesgo de padecer disminución sexual a raíz de los cambios de su imagen corporal, según la perciben. Los temores de **la muerte** súbita y la impotencia, la sensación de emasculación, la dependencia creciente de la función del enfermo y la disminución general de las actividades, suelen impedir que reanuden la actividad sexual del nivel previo al infarto. Es muy baja la frecuencia real de la muerte súbita durante el coito, en sujetos que han sufrido el infarto, aunque un poco mayor cuando la relación es con una pareja desconocida en un ambiente estresante. Según la amplitud de la lesión cardíaca en la mayor parte de estos casos pueden reanudarse la actividad sexual normal en 8 a 12 semanas. Después de someterse a **pruebas** ergométricas y evaluar los resultados.

Los factores de evaluación con: el tipo preferido o común, la hora y la frecuencia de las actividades sexuales; el consumo de bebidas alcohólicas y **alimentos** previos a la relación; los antecedentes de angina o fatiga; insomnio relacionado con la actividad sexual, y medicamentos consumidos.

La orientación sexual como parte de la rehabilitación de cardiopatías tiene un efecto significativo en la frecuencia y en la **calidad** de las relaciones sexuales subsecuentes. Una vez que sede el temor de morir, el paciente le haga insinuaciones a la enfermera. Esta situación sirve para iniciar la enseñanza y orientaciones sexuales.

Es necesario aconsejar al paciente y a su pareja sexual para clarificar mitos y la información equivocada. La información relativa al ciclo normal de respuesta sexual, la amplitud de la lesión cardíaca y los efectos de esta en la relación sexual deben incluirse en un plan de enseñanza.

El ambiente en que se reanuda la relación sexual deben ser familiar al afectado, sin temperatura extrema. No se deben consumirse

bebidas alcohólicas por lo menos tres horas antes de la relación sexual, debido a que el alcohol aumenta la frecuencia cardiaca y dilata los vasos sanguíneos.

Si se sospecha angina es posible tomar una tableta de nitroglicerina antes de empezar la actividad sexual; se alienta al paciente y a su pareja que empiecen con formas menos extenuantes.

Pueden informarse al paciente sobre los factores de autoevaluación o la posibilidad de signos de advertencia, antes los cuales deben interrumpir la actividad sexual hasta consultar a un médico. Se incluyen la angina durante el coito o después de él, palpitaciones que se prolongan más de 15 minutos después del coito, insomnio al día siguiente y aumento de las frecuencias cardíacas y respiratorias que persisten 20 minutos después del coito.

Entre los medicamentos prescritos frecuentemente a cardiopatías están los antihipertensivos, antidepresivos, tranquilizantes e hipnóticos. Estos fármacos causan disminución del impulso sexual o libido e inhiben la vasocongestión y la miotonía. Es preciso canalizar a pacientes con infarto que experimentan disfunción sexual después de dicho padecimiento. Esto puede ser resultado de la vasocongestión disminuida por otros trastornos cardiovasculares, medicamentos, ansiedad, depresión, temor a la impotencia o fatiga.

## **DIABETES**

Es un trastorno, que da origen a alteraciones de la función sexual.

La causa de disminución sexuales en la gente con diabetes es compleja e incierta; los factores contribuyentes incluyen neuropatía diabética, microangiopatía, disrupción del **equilibrio** bioquímico u hormonal y factores psicógenos. Los varones experimentan impotencia y eyaculación retrograda. Las mujeres sufren disminución orgásmica, problemas con la lubricación vaginal y dispareunia (Dolor que se experimenta en la penetración. En el caso de la mujer, se produce en el introito vaginal, en todo el órgano o únicamente en la penetración profunda, y no es atribuible a vaginismo o a la escasa lubricación. En el caso del varón, se manifiesta con dolor o sensación desagradable. Es sinónimo de coitalgia y algopareunia.) . Esta última es frecuente en mujeres diabéticas como resultado de vaginitis, casi siempre causada por *Candida albicans*.

Los trastornos en la fertilidad en varones diabéticos son resultados de eyaculación retrograda, disfunción eyaculatoria y disminución en el recuento y **volumen** de espermatozoides. Por lo general, las diabéticas no son estériles; pero si es mayor la frecuencia de mortinatos, abortos espontáneos y **productos** con alto peso al nacimiento.

La valoración de factores incluye: anamnesis sexual, antecedentes maritales, valoración física detallada, mecanismos de adaptación presentes y pruebas de laboratorio para determinar si hay fertilidad o un problema para el **control** de la diabetes.

La orientación se inicia con la anamnesis sexual, en dicho punto, se disipan los mitos y los datos erróneos, además de aliviar la sensación de culpabilidad, que es frecuente. En cuanto a personas casadas, se recomienda brindarles orientación conyugal. En estas suelen analizarse la información acerca de la transmisión **genética** de la enfermedad y el impacto de esta en la fertilidad y funcionamiento sexual.

La enfermera proporciona información sobre la diabetes. Esta indicado el envío con un especialista, a fin de obtener cambios en el tratamiento médico de la enfermedad.

## **HIPERTENSIÓN**

La persona que experimenta disfunción sexual como resultado del consumo de antihipertensivos debe recibir información en el sentido de que se trata de un problema reversible y que se dispone de otras opciones medicamentosas. Es necesario recalcarle que los efectos adversos de estos fármacos en la respuesta sexual son muy variables de una persona a otra.

El propio efecto de disminución de la presión arterial es suficiente para producir una disfunción eréctil transitoria, hasta que el organismo se adapta a las nuevas cifras tensionales. Se ha observado que en algunos pacientes ciertos hipotensores provocan una disminución del deseo o de la capacidad de conseguir erecciones en el varón.

- ¿Qué hipotensores afectan al deseo sexual?
- **Diuréticos:** El grupo de las tiazidas, sobre todo cuando se asocian a otros fármacos, es el que causa más problemas en la erección, la eyaculación y provoca pérdida del deseo sexual. En la

mujer, los diuréticos causan menor lubricación vaginal, la espirolactona puede hacer que la glándula mamaria pierda sensibilidad, y los antidepresivos y ansiolíticos provocan problemas en el orgasmo.

- **Betabloqueantes:** Pueden producir alteraciones en la función sexual normal, especialmente disminución de la libido y problemas en la erección

Las técnicas de control del **estrés**, como las de relajación profunda y yoga, así como los ejercicios cardiovasculares y el acatamiento de la dieta prescrita, suelen disminuir la necesidad de dosis altas de hipertensivos y permiten mejorar la respuesta sexual.

### **LESIONES EN LA MÉDULA ESPINAL**

Los adolescentes y adultos jóvenes suelen ser víctimas de accidentes que afectan la médula espinal y uno de los **grupos** en lo que es más difícil brindar asistencia a la salud sexual. La lesión y cambios consecuentes en la autoestima, imagen corporal, funcionamiento sexual y relaciones sociales, conforman una grave amenaza para el bienestar psicológico y físico del paciente.

La rehabilitación sexual se inicia durante la hospitalización, cuando el enfermo ya no percibe la muerte como una posible amenaza. Es indispensable que reciba información sobre su funcionamiento sexual antes de ser dado de alta, la confianza en sí mismo y la capacidad de comunicación son indispensables para establecer una nueva relación sexual o modificar la que ya se tiene.

La persona con lesión incompleta experimentan deficiencias neurológicas menos intensas y tienen mayor probabilidades de lograr coitos satisfactorios.

Los pacientes con lesiones de médula espinal suelen estar preocupados por numerosos mitos acerca de la sexualidad y funcionamiento sexual después de este tipo de lesión. La orientación se inicia considerando tales preocupaciones como normales, y con el aporte de información que disipe los mitos y los datos erróneos. Se recomienda la orientación conyugal, que puede impartirse por separado si así lo desea el interesado.

Las erecciones son más frecuentes en pacientes con lesiones completas de la **neurona** motora superior, pero quizá no produzca satisfacción sexual.

Las áreas en las que se facilita la estimulación táctil dependen del grado de la lesión. Las áreas de hipersensibilidad táctil en el nivel de la lesión provocan un placer sexual intenso en personas con este tipo de trastornos.

Los pacientes son capaces de expresar su sexualidad y con **educación** y **entrenamiento** alcanzan niveles altos de satisfacción sexual. La rehabilitación sexual depende de la autoconfianza, la buena voluntad de la pareja sexual y un personal al cuidado de la salud sensible y con conocimiento.

## **MASTECTOMÍA**

El cáncer de senos, origina muchísimos problemas de ajuste en las mujeres sometidas a la Mastectomía, *afectan no sólo la salud del paciente, sino su entorno social e incluso sus relaciones afectivas, las cuales experimentan negación, depresión e ira como parte del proceso de sufrimiento. Es el caso de la Mastectomía, cuyos efectos pueden repercutir en la sexualidad de la pareja.* Las relaciones sociales y de pareja se ven seriamente afectadas cuando ocurre la extirpación de un seno por la presencia de un tumor. Se trata de una situación muy difícil de afrontar para cualquier mujer, por sus repercusiones emocionales y sobre todo en el aspecto sexual. Después de la operación, es inevitable que la paciente experimente diversos grados de tristeza por la pérdida de una parte significativa de su cuerpo asociada a la maternidad, feminidad y sexualidad en general. También es frecuente el temor a ser rechazadas o abandonadas por la pareja y la vergüenza a mostrarse ante ella. Sin embargo, estos sentimientos se irán aliviando en la medida en que vaya acostumbrándose a su nueva situación.

La mujer tiene que adaptarse a esta nueva situación, revalorizar y darle un nuevo sentido a su vida, y, para ello, debe conversar abiertamente con su pareja sobre sus miedos y preocupaciones. En este sentido, la pareja debe establecer en un primer momento manifestaciones de ternura en los acercamientos. La frecuencia de las relaciones sexuales tiende a disminuir en la fase inicial, sin embargo, luego de un tiempo, se retoma la vida sexual en su integridad. Para ello será importante que cada uno haga explícito su deseo y hable de sus fantasías o temores, facilitando el acercamiento. La orientación sexual de apoyo y el fomento de la comunicación de la

pareja durante la hospitalización sufrirá efectos positivos sobre el funcionamiento sexual en el postoperatorio

La mujer que no tiene un compañero sexual, puede sentirse poco atractiva y experimentar disminución de la autoestima, al igual que las casadas. Sin embargo, carece el apoyo adicional que tienen estas últimas, es importante que se sobre pongan a la etapa de negación y tenga una imagen corporal positiva en los comienzos de la rehabilitación, para no sentirse abandonada para cuando regrese a casa. La enfermera supone que las preocupaciones de la mujer son normales y tranquiliza a la paciente de que la Mastectomía no afectara su capacidad de respuesta sexual. Mediante un método centrado en la paciente, la enfermera debe considerar si debe incluir o no al esposo en la valoración inicial. En caso negativo, se recomienda una valoración inicial por separado.

## **SOPORTE EMOCIONAL**

El apoyo psicológico resulta de gran valor para la paciente y mejora su **calidad de vida**. Este soporte profesional ayuda en el proceso de asimilación y superación de la enfermedad. Las terapias de pareja facilitan la comunicación y entendimiento y favorecen un acercamiento mutuo que les permite asumir la experiencia en forma compartida. Afrontar **el cáncer** y sus efectos requiere del apoyo de la **familia** y sobre todo de la pareja.

## ***DETECCIÓN TEMPRANA***

La mamografía a los 40 años es indispensable. En caso de antecedentes familiares de cáncer al seno, la mamografía debe realizarse a partir de los 30 años.

Por otra parte, el autoexamen mamario debe realizarse cada mes a partir de los 20 años de edad. Esta prueba tiene por **objetivo** detectar algún bulto anormal en el seno. Para realizarlo se sugiere hacerlo en la ducha con las manos enjabonadas para que resbalen con facilidad por el pecho. Los movimientos deben hacerse en forma circular alrededor del seno, presionando suavemente y prestando **atención** a cualquier protuberancia anormal.

## **DISFUNCIÓN SEXUAL**

La respuesta sexual esta regulada por el sistema nervioso autónomo, y en ella intervienen sus divisiones simpática y parasimpática. En presencia de estrés y ansiedad, el sistema simpático predomina sobre el parasimpática, con lo que es imposible la relajación necesaria para la respuesta sexual. La vasocongestión y la miotonía se inhiben, de manera conjunta o por separado. Este tipo de disfunción origina respuestas sexuales inadecuadas. Es importante tener en mente que hay respuestas psicológicas y orgánicas de las disfunciones sexuales.

Las disfunciones sexuales se clasifican en primarias y secundarias. Una persona que nunca a experimentado una respuesta sexual adecuada sufre de disfunción sexual primaria, en tanto que la disfunción sexual secundaria es la que surge cuando se ha logrado dicha respuesta al menos de una vez.

Son diversas las respuestas individuales en cada disfunción. Pueden considerarse como parte de un continuo, lo que depende de la frecuencia e intensidad de la respuesta inadecuada.

## DISFUNCIONES SEXUALES EN EL VARÓN

La reducción de la libido (Apetito sexual. Según la **teoría** psicoanalítica de **Freud**, energía o impulso psíquico relacionado con el instinto sexual. Posteriormente Jung la definió como la energía psíquica que subyace a cualquier manifestación psíquica (pulsiones, esfuerzos, etc.)) puede tener causas orgánicas o psicológicas. A menudo se acompaña de niveles reducidos de testosterona y aumentados de prolactina que pueden ser primarios o secundarios. También se puede relacionar con problemas psicológicos, dificultades para las relaciones, enfermedades, y uso de determinadas drogas.

Los problemas de eyaculación pueden ser prematuros, retrasada o retrógrada. La eyaculación prematura o precoz es más frecuente en varones jóvenes que en los mayores, suele desaparecer o disminuir con la edad y experiencia sexual. La definición de eyaculación es muy discutible, pero se puede admitir que corresponde a la eyaculación dentro de los primeros 2 minutos tras la penetración vaginal. Las causas son psicológicas, médicas y uso de determinados

agentes como los adrenérgicos. La eyaculación retrasada o la aneyaculación se deben a causas psicológicas, neurológicas o médicas. La eyaculación retrógrada se produce en alteraciones neurológicas, especialmente en la neuropatía diabética o como complicación de la resección prostática transuretral.

La disfunción eréctil es el problema sexual más común del varón: afecta al 80-85% de los varones que buscan ayuda sexual. La disfunción eréctil es la incapacidad para alcanzar y mantener la erección durante suficiente tiempo y con la firmeza adecuada para realizar el coito vaginal. En la disfunción eréctil Masters y Johnson incluyeron el hecho de que en el 25% de los intentos sexuales se fracasa, lo cual significa que el varón puede fallar en la función eréctil y sin que sea anormal.

### **DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA**

La disfunción sexual femenina puede involucrar una disminución en el impulso sexual, aversión a la actividad sexual, dificultad para excitarse, incapacidad para lograr un orgasmo o dolor con la actividad o relaciones sexuales. Tradicionalmente, se pensaba que la disfunción sexual en las mujeres se debía sobretodo a problemas psicológicos. Las **investigaciones** recientes están comenzando a descubrir muchas causas orgánicas para los problemas sexuales en las mujeres. Aunque muchos problemas sexuales tienen un componente psicológico subyacente, se deben descartar posibles causas orgánicas en la **investigación** inicial.

### **CAUSAS COMUNES**

- Problemas de comunicación en la pareja
- Ansiedad o depresión
- Sentimientos de culpabilidad y de vergüenza hacia el sexo
- Miedo al dolor, a contagiarse de una infección o a quedar embarazada
- Falta de estimulación apropiada
- Falta de lubricación
- Cambios relacionados con la menopausia
- Daño a los nervios debido a una cirugía o trauma
- Medicamentos
- Infección o enfermedad ginecológica
- Antecedentes de **abuso sexual**

## INHIBICIÓN DEL DESEO SEXUAL

El deseo sexual inhibido se refiere al bajo nivel de **interés** sexual que se manifiesta en la dificultad para iniciar o responder al deseo de actividad sexual en la pareja.

Dicha condición puede ser primaria, en la cual la persona nunca ha sentido mucho interés o deseo sexual, o secundaria, en la cual la persona solía tener deseo sexual, pero ya no lo tiene.

El deseo sexual inhibido puede ser ya sea situacional con relación a la pareja: él o ella tiene interés hacia otras personas pero no hacia la pareja, o puede ser general: él o ella carece de interés sexual hacia cualquier persona. En la forma extrema de aversión sexual, la persona no sólo carece de deseo sexual, sino que también puede encontrar el sexo repugnante, repulsivo y desagradable.

Algunas veces, más que presentarse un deseo inhibido, puede existir simplemente una discrepancia en los niveles de interés sexual entre los dos miembros de la pareja, quienes poseen niveles de interés dentro del límite normal.

A veces, alguien puede afirmar que su pareja presenta deseo sexual inhibido cuando, en realidad, la misma persona puede tener un deseo sexual hiperactivo y ser muy exigente sexualmente.

El deseo sexual inhibido es una disfunción sexual muy común. Las causas más comunes parecen ser los problemas de relación, en donde uno de los miembros de la pareja no se siente emocionalmente íntimo o cercano a su compañero. Entre los factores comunes se encuentran: problemas de comunicación, falta de afecto que no está asociada con la continuidad en la relación sexual, pugnas y conflictos fuertes y la falta de tiempo para que la pareja pueda estar a solas. Por otra parte, el deseo sexual inhibido también se puede asociar con una educación sexual muy restringida, actitudes negativas hacia el sexo o experiencias sexuales traumáticas o negativas (como violación, incesto o abuso sexual).

Las enfermedades físicas y algunos medicamentos también pueden contribuir a que se presente esta disfunción, en particular cuando producen fatiga, dolor o sensación general de malestar. Las deficiencias hormonales a veces pueden estar implicadas en ello, al igual que condiciones psicológicas como la depresión y el estrés excesivo que pueden inhibir el interés sexual.

Comúnmente los factores dominantes son insomnio o períodos inadecuados de sueño que ocasionan fatiga. Esta disfunción también puede estar asociada con otras disfunciones sexuales y algunas veces puede ser causada por éstas. Por ejemplo, la mujer que no es capaz de tener un orgasmo o que presenta dolor en el acto sexual, o el hombre que tiene problemas de erección impotencia o eyaculación retardada, puede perder interés en el sexo porque comúnmente está asociado con fracaso o con una actividad no muy placentera.

Se encuentran en particular riesgo de deseo sexual inhibido las personas que fueron víctimas de abuso sexual o violación en la infancia y las personas cuyos matrimonios carecen de intimidad emocional

Con frecuencia la evaluación médica y los exámenes de laboratorio no revelan una causa física. Sin embargo, se recomienda verificar los niveles de testosterona (la hormona responsable de originar el deseo sexual) tanto en los hombres como en las mujeres, particularmente en aquellos hombres que presentan deseo sexual inhibido. El examen se realiza mediante una muestra de sangre que debe obtenerse antes de las 10:00 a.m., momento en el cual los niveles de hormonas masculinas se encuentran en su punto más alto. Es probable que la entrevista con un especialista en terapia sexual revele las posibles causas.

## MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

### MÉTODOS MECÁNICOS O DE BARRERA

#### **Preservativo masculino o condón:**

Funda generalmente de látex, muy fina y resistente que se coloca desenrollándolo en el pene en erección, impidiendo así que el semen de la eyaculación se aloje en la vagina.

#### **Preservativo femenino:**

Es una funda de poliuretano, más ancho que el masculino y provisto de un anillo rígido de unos 10 cm. de diámetro en el extremo abierto y de un segundo anillo más estrecho situado en el interior del preservativo.

#### **Diafragma:**

Es una caperuza de caucho o de goma con un borde flexible de distintas medidas que actúa como obstáculo mecánico tapando el

cuello del útero, impidiendo así la entrada de los espermatozoides.

### **Dispositivo intrauterino (D.I.U.):**

Es un pequeño aparato de plástico y metal (cobre o plata y cobre) muy flexible, que se introduce en el interior del útero. Ante su presencia, se segrega mayor cantidad de flujo dificultando el ascenso de los espermatozoides a través de él. Altera el movimiento de las trompas de Falopio dificultando la fecundación.

## **MÉTODOS QUÍMICOS Y HORMONALES**

### **Píldora anticonceptiva:**

Es un compuesto de hormonas sintéticas similares a las naturales de la mujer (estrógenos y progesterona). Al tomarlas la hipófisis deja de mandar ordenes al ovario para que este produzcan estas hormonas, por lo que el ovario queda en reposo y no hay ovulación, por tanto no puede haber fecundación, lo que hace imposible el embarazo.

### **Inyección hormonal:**

Se trata de administrar a la mujer en forma de inyección la cantidad de hormonas de un envase o más de píldoras anticonceptivas. Así la frecuencia de las inyecciones puede ser cada cuatro, ocho o doce semanas. La composición puede variar: sólo de progesterona o combinando estrógenos y progesterona. Produce el mismo efecto anticonceptivo que la píldora.

### **Implante hormonal:**

El implante está formado por 6 pequeños tubos del tamaño de una cerilla que se insertan bajo la piel del brazo de la mujer y que van liberando lentamente hormonas sintéticas (progestágeno, similar a la hormona natural producida por el cuerpo de la mujer) en el organismo en una dosis constante y muy baja, estas hormonas evitan que los ovarios expulsen los óvulos además de causar cambios en la pared uterina y en el moco cervical.

### **Espermicidas:**

Los espermicidas se clasifican como métodos de barrera química. Existen en el mercado en forma de cremas, geles y óvulos vaginales. Tienen una doble acción, por un lado el ingrediente activo o agente espermicida inmoviliza o mata a los espermatozoides, y por el otro, la emulsión que contiene la sustancia activa forma una barrera que bloquea la apertura del cervix. Deben ser siempre utilizados en combinación con otros métodos anticonceptivos, ya que por si solos tienen muy poca eficacia.

## MÉTODOS QUIRÚRGICOS

**Ligadura de trompas:** Es una intervención quirúrgica que se realiza en la mujer, con anestesia general. Consiste en seccionar o bloquear las trompas de Falopio (con clips, anillas o electrocoagulación), esto impide el recorrido del óvulo por la trompa en **dirección** al útero y por tanto la fecundación. Es permanente e irreversible.

### Vasectomía:

Es una intervención quirúrgica que se practica en el varón con anestesia local. Consiste en cortar o pinzar los conductos deferentes con el fin de que el semen eyaculado no contenga espermatozoides.

## ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

### DEFINICIÓN

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son aquellas enfermedades producidas por agentes infecciosos específicos para las que el mecanismo de transmisión sexual tiene relevancia epidemiológica aunque, en algunas de ellas, dicho mecanismo no es el más importante.

Esta denominación sustituyó en la década de los 70 a la clásica denominación de "enfermedades venéreas" (relacionadas con Venus, diosa del **amor**) que durante varios siglos pretendía expresar de forma disimulada el riesgo de adquirirlas con las relaciones sexuales.

En esta denominación clásica se incluyeron **sífilis**, gonococia, chancro blando, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal, por lo que la actual definición permite englobar aquellas enfermedades identificadas recientemente, causadas por microorganismos, en los que la transmisión sexual es relevante.

-AGENTE-	-ENFERMEDAD o SINDROME-
<b>BACTERIAS</b>	Sífilis
Treponema pallidum	Gonococia
Neisseria gonorrhoeae	Chancro blando
Haemophilus ducreyi	Granuloma inguinal
Calymmatobacterium granulomatis	Linfogranuloma venéreo
Chlamydia trachomatis (L1, L2 y L3)	Uretritis y cervicitis

Chlamydia trachomatis (D-K) Ureaplasma urealyticum Mycoplasma hominis Streptococcus grupo B Gardnerella vaginalis	Uretritis, cervicitis, <b>aborto</b> , prematuridad y enfermedad neonatal Cervicitis, vaginosis, uretritis, <b>fiebre</b> post-parto, prematuridad y enfermedad neonatal Fiebre post-parto, sepsis y meningitis neonatal Vaginosis bacteriana
<b>VIRUS</b> Virus del <b>herpes</b> simple (VHS)1 y 2 Papilomavirus humano (VPH) Virus Molluscum contagiosum Virus de la <b>hepatitis</b> B, C, D, E, G Citomegalovirus Virus de inmunodeficiencia humana	Herpes genital Condilomas acuminados Molluscum contagioso Hepatitis B, C, D, E, G Enfermedad perinatal SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida)
<b>PROTOZOOS</b> Trichomonas vaginalis	Vaginitis y uretritis
<b>HONGOS</b> Género Candida	Vulvovaginitis y balanopostitis
<b>ARTROPODOS</b> Phthirus pubis Sarcoptes scabiei	Pediculosis púbica Sarna

**Gonzalez, Erica**

[queseharobadoelsuenodemisojos@aroba.hotmail.com](mailto:queseharobadoelsuenodemisojos@aroba.hotmail.com)