

TEMA 1: SALUD SEXUAL

1.FUNCIÓN SEXUAL

1.1 COMPONENTES

Podemos distinguir 2 planos:

Biológico: organización psicofisiológica del sistema nervioso, programa genético, sistema hormonal y órganos genitales.

Psicosocial: moldeamiento de conductas sexuales. Tener un sistema de valores éticos sexuales que están muy influenciados por la cultura.

1.2 CAMBIOS EN LA CONDUCTA SEXUAL

Se están produciendo muchos cambios. Se producen porque la mujer está más liberada (hay muchos anticonceptivos), hay mayor igualdad, hay más información y la existencia de enfermedades importantes que afectan al comportamiento sexual (SIDA).

En general, hay un mayor conocimiento científico y mayor información y también porque se han producido cambios en el plano biológico y psicosocial, anticonceptivos, cambios de valores sexuales e incorporación en edades más tempranas a las relaciones sexuales.

2.CONCEPTO DE SALUD SEXUAL

2.1 DEFINICIÓN

MACE: Actitud para disfrutar de la actividad sexual y para regularla conforme a una ética personal y social.

Ausencia de temores, sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y otros factores psicológicos que inhiben la conducta sexual.

Ausencia de trastornos orgánicos de enfermedad y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual.

2.2 OBJETIVO DE LA SALUD SEXUAL

Promover una vida sexual satisfactoria. Tener un criterio positivo hacia la sexualidad y prestar atención para que mejore la calidad de vida de las personas cuando disfrutan de sus relaciones y de la vida propia.

3.PROFESIONALES DE LA SALUD SEXUAL

3.1.FIGURA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD SEXUAL

En 1973 la OMS se planteó que éstos profesionales debían de existir.

Funciones:

- Facilitar información relacionada con la sexualidad
- Promover terapias

- Formar a docentes
- Aconsejar y asesorar donde se precisara.

Deben estar presentes en: servicios materno-infantiles, centros de planificación familiar, centros de salud mental y centros de salud comunitaria.

Hoy día no existen estudios regulados de sexología (no hay ninguna carrera). Existen asociaciones y organismos que han ido impartiendo cursos aislados. Hay complementos formativos dentro de algunas profesiones de la salud. Formación de profesional: 3 campos:

1.Conocimientos teóricos:

- aspectos biológicos y situaciones que tiene el comportamiento sexual.
- conocer cuáles son los problemas sexuales a lo largo de la vida y como intervenir.
- formación teórica sobre aspectos pedagógicos y terapéuticos.

2.Actitudes:

- Aceptar la sexualidad como un componente más de salud para uno mismo y para los demás.
- Conocimiento y aceptación de la variedad de conductas sexuales (tolerancia).
- Reconocer la influencia que sus actitudes y valores sexuales tienen sobre su práctica profesional.

3.Habilidades comunicativas:

- Desarrollar aptitudes indispensables para comunicar y escuchar.
- Adquirir un lenguaje neutral, objetivo que evite los matices emocionales de la terminología unida a nuestra cultura.
- Saber afrontar el problema del paciente.

4.EDUCACIÓN SEXUAL E INTERVENCIÓN ANTE LOS PROBLEMAS SEXUALES

4.1.EDUCACIÓN SEXUAL.

Debe ser planificado desde la infancia y su objetivo es desarrollar actitudes sexuales sanas.

Crear hábitos de higiene física y mental que mejoren la calidad de vida así como las relaciones interpersonales.

Una educación para entender que la experiencia sexual debe basarse en la aceptación y no persecución de cualquier orientación o preferencia sexual de otros y debe entenderse como una actividad sexual no coercitiva y libremente aceptada.

4.2.PROBLEMAS SEXUALES.

- Planificación familiar.
- Embarazos no deseados.
- **Anormalidad** genética y hormonal.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Disfunciones sexuales.
- Envejecimiento.
- Menopausia.
- Desórdenes sexuales.

TRASTORNOS SEXUALES

Definición: En toda conducta de interacción sexual implica unas respuestas fisiológicas en el hombre y la mujer en la que se distinguen 2 fases:

- Fase de la vasoconstricción de la región genital (excitación)
- Fase de las contracciones involuntarias de la musculatura genital (orgasmo)

Ambas están moduladas por aspectos psicosociales (conductas aprendidas)

Existe un trastorno sexual cuando aparece una disfunción en cualquiera de las fases, es decir, cuando alguna de las respuestas psicofisiológicas implicada en el funcionamiento sexual o la totalidad de ellas no se produce o sólo se produce de manera parcial.

Causas:

Hay 3 tipos en función del origen:

- **Disfunciones orgánicas:** Tienen una causa orgánica.
- **Trastornos funcionales:** Causa funcional (que no es orgánica ni psicológico) como por ejemplo ingestión de tóxicos, menopausia o embarazo (carácter transitorio)
- **Trastornos de la conducta sexual (psicológico):** Perturbaciones aprendidas de la respuesta fisiológica que acompaña al comportamiento sexual. Puese ser *directamente* en situaciones de naturaleza sexual (experiencias traumáticas), premura, condiciones adversas o fracaso. También *indirectamente* producido por la ansiedad asociada a la situación sexual a causa de todo el contexto aversivo que puede rodear a este tipo de actividades (idea de culpa). La mayoría de los casos se mezclan los dos tipos (la ansiedad y las experiencias).

TRASTORNOS SEXUALES MASCULINOS

1.IMPOTENCIA

Incapacidad de obtener una erección suficiente que permita llevar a cabo el coito de una forma permanente y regular. No es impotencia situaciones pasajeras. Hay 2 tipos de impotencia:

- **Impotencia primaria:** Cuando no se ha alcanzado nunca la erección.
- **Impotencia secundaria:** Cuando aparece tras un periodo de funcionamiento adecuado.

Causas:

- Rol del espectador: preocupación excesiva por el éxito.
- Experiencias sexuales traumáticas.
- Sentimientos de culpa y castigo. (educación)

2.TRASTORNOS EYACULATORIOS.

2.1.EYACULACIÓN PRECOZ

Cuando un hombre llega al orgasmo antes o inmediatamente después de la introducción o cuando un hombre a pesar de la capacidad de su pareja para llegar sin dificultad al orgasmo, es incapaz de retrasar su eyaculación tras la introducción durante un tiempo suficientemente largo para satisfacerla al menos en el 50% de las relaciones coitales.

Eyacuación incontrolable ante una estimulación sexual mínima y antes de que el individuo lo desee.

Tiene una incidencia del 25% y las causas se encuadran a la ansiedad relacionada con el aprendizaje: premura, vergüenza, culpa de ser descubierto, escasez de relaciones y historia de masturbaciones rápidas y con sentimiento de culpabilidad.

Produce una frustración muy alta en la pareja y el individuo lo cual mantiene e intensifica el problema. Ocasionalmente puede ser causa de impotencia.

2.2.EYACULACIÓN TARDÍA

Dificultad para obtener eyacuación. Incidencia baja y la causa debe ser debido por problemas de relación entre pareja.

TRASTORNOS SEXUALES FEMENINOS

1.TRASTORNOS EN LA EXCITACIÓN

Consiste en la ausencia total o parcial de la lubricación de la vagina, no se experimenta sensación erótica o de placer sexual y no muestra en la interacción sexual ninguna señal de actividad fisiológica.

Causas:

- Educación restrictiva.
- Desconocimiento del propio cuerpo.
- Problemas personales o interpersonales.

Tiene una incidencia alta.

2.ORGASMO INHIBIDO

Peristente incapacidad o dificultad para tener orgasmos con una estimulación adecuada y una fase de excitación normal.

- **Primario:** no se ha alcanzado nunca el orgasmo.
- **Secundario:** sí se ha tenido antes.

Causas:

- Aspectos de relación de pareja que impiden o disminuyen la aproximación sexual (brutalidad, egoísmo)
- Estimulación poco prolongada o inadecuada.
- Rol del espectador: ansiedad por alcanzar el orgasmo.
- Autocontrol excesivo

3.VAGINISMO

Espasmo muscular muy fuerte y a veces doloroso de la musculatura pelviana, de 1er tercio de la vagina.

Causas:

- Tensión y ansiedad ante la penetración.

- Experiencias negativas anteriores.
- Educación restrictiva o falsa información.

Incidencia baja.

4.DISPAREUNIA

Dolor antes, durante o después de la relación sexual. Acompañado de vaginismo (puede ser la causa). Puede ser por falta de excitación sexual.

PROBLEMAS DE ORIENTACIÓN SEXUAL

Cada día hay mayor incidencia de estos tipos de problemas. Hay dos fenómenos que lo explica:

- Cada vez hay una mayor relajación sexual.
- Mayor eliminación de barreras de tipo sexual y aceptación de comportamientos sexuales.

Hablamos de estos problemas dependiendo de los principios en los que nos basamos.

Se definen basándose en nociones de bienestar del individuo y de libertad para él y para el resto de los individuos de su grupo social.

Es un problema de orientación sexual.

Definición: una persona que acude a consulta por varios o un comportamiento sexual que creen que son distintos de la mayoría de su grupo cultural y con los cuales no se siente a gusto y/o como persona que manifiesta un comportamiento sexual que se lleva a cabo sobre otra persona que, o bien no consiste en el o no está en situación de poder dar su consentimiento.

Existen dos categorías atendiendo a la definición:

- Según modo de comportamiento adoptado: sadismo, sadomasoquismo.
- Según el tipo de objeto sexual al que se dirige el comportamiento: pedofilia.

El problema es cuando el individuo no acepta su comportamiento sexual, así como que se dirijan a personas que no lo rechazan.

Trastornos del deseo inhibido.

Definición: descenso persistente y anómalo del deseo de actividad. Incidencia alta. Afecta al 15% de las personas. Causas se relacionan con el estrés (enfermedad psíquica), cáncer (grave), accidente cerebro bascular, infarto agudo de localización, cansancio físico, presencia de algún trastorno sexual en el otro miembro de la pareja, etcétera.

TEMA 2: TOXICOMANÍAS

Conceptos básicos.

1. Droga: Sustancia que al ser introducida en el organismo produce una alteración de la conducta o/y el estado psíquico condicionado por los efectos inmediatos y/o persistentes de la droga de tal manera que se produce una tendencia a repetir el consumo y el uso continuado de dicha sustancia. Hay 3 tipos: legales o de circulación libre, controladas o fiscalizadas e ilegales.

2. Tolerancia: Descenso de los efectos de una sustancia tras la administración repetida de la misma, con lo cual es necesario aumentar la cantidad administrada para obtener el mismo efecto.

2.1 Tolerancia cruzada: Descenso del efecto de una determinada dosis de droga como consecuencia del consumo continuado de otras. Por ejemplo: Heroína– Morfina; Alcohol– Barbitúricos.

2.2 Tolerancia individual: (para cada persona) que viene condicionada por aspectos físicos, psíquicos y sociales.

3. Dependencia: El DSM IV Revisado es un manual de enfermedades mentales y sobre él nos regimos. Habla de que las adicciones se definen dentro de 2 términos: abuso y tolerancia.

3.1 Uso: Situación de riesgo. Administración aislada de una droga.

3.2 Abuso: consumo patológico y desadaptativo de la droga de al menos 1 mes de duración sin síntomas de dependencia. Situación de salud– marginación

Luego dependencia es cuando se produce síndrome de abstinencia y tolerancia. El individuo no es autónomo ni responsable.

Tolerancia: Conjunto de alteraciones y trastornos que se producen en un individuo como consecuencia del uso continuado de uno o varios tóxicos.

CONSECUENCIAS PARA EL INDIVIDUO.

- Adquisición de un conjunto de conductas compulsivas dirigidas a consumir drogas.
- Adquisición de formas y ritos estereotipados de administración.
- Aparición de fenómenos de tolerancia y abstinencia.
- Pérdida de autonomía con pérdida de prioridad de otras necesidades más prioritarias.
- Facilidad de reinstauración del consumo compulsivo después de un periodo de abstinencia.

DIAGNÓSTICO DE UNA TOXICOMANÍA

Para diagnosticar, hoy día cualquier servicio de toxicomanía utiliza unos últimos diagnósticos que alcanzan el mayor consenso posible para que haya unidad en el diagnóstico. Son los que marca el DMS IV (forma de diagnóstico de las enfermedades mentales).

PLANTEAMIENTO DE DIAGNÓSTICO DE TOXICOMANÍA DE DMS IV:

Se distingue entre los trastornos de dependencia de drogas y los trastornos y síndromes mentales orgánicos inducidos por sustancias psicoactivas (drogas). (Síndrome de abstinencia, intoxicación aguda, trastornos delirantes, etc.).

TRASTORNOS DE DEPENDENCIA: CRITERIO DIAGNÓSTICO.

Se basan en aspectos cognitivos, conductuales, fisiológicos que indican que el individuo ha perdido el control sobre el uso de drogas y sigue utilizándolas a pesar de sus consecuencias adversas.

Para poder diagnosticar tienen que estar presentes 2 criterios:

- Tienen que estar presentes por lo menos 3 síntomas.
- Estos síntomas tienen que haber persistido por lo menos durante 1 mes como mínimo o han aparecido

repetidamente a lo largo de un periodo de tiempo prolongado.

SÍNTOMAS:

Se han descrito 9:

- Con frecuencia las sustancias se consumen..... (fotocopias los otros 8).

Cuando se diagnostican hay que centrarse en los siguientes aspectos:

- **Gravedad de la adicción:** Mediante la historia clínica, en algunos casos se disponen de pruebas farmacológicas. El DMS IV establece los criterios de gravedad catalogándolos en leve- moderado- grave según la cantidad de síntomas existentes.
- **Existencia de otras enfermedades asociadas:** orgánicas o psiquiátricas. Por ejemplo un alcohólico además puede tener un principio de miopía.
- **Factores psicológicos y sociales implicados en el consumo.**
- **Grado de motivación para comprometerse con el tratamiento que se le prescribe.**

El DMS IV prevee una categoría que se define como la categoría residual para cuando no se cumplen los criterios de dependencia pero exista un modelo desadaptativo al uso de sustancias psicoactivas, esto se conoce con el nombre de abuso de sustancias psicoactivas. Esta categoría se da con muy poca frecuencia porque crean muy rápidamente dependencia.

CONSUMO: Factores que influyen.----- Fotocopias.

EL CÁNCER

Cualquier persona diagnosticada y tratada de cáncer, sufre de problemas psicosociales. El tipo de problema varía dependiendo de:

- Fase de la enfermedad.
- Evolución de la enfermedad.

En el **prediagnóstico**, las alteraciones más frecuentes son las de una preocupación excesiva por los síntomas y conductas de evitación que llegan a retrasar la exploración.

En la fase de **diagnóstico** las características personales más importantes son las de un nivel alto de incertidumbre y una actitud de sometimiento.

En la fase de **tratamiento** para la persona representa un componente aversivo (consecuencias negativas), y si hay resultados, va a tender a incorporarse a la vida cotidiana pero siempre va a haber problemas de adaptación.

Cuando hay un tiempo sin signos de enfermedad, se le llama **intervalo libre**; lo que percibe aquí es falta de seguridad sobre posibles recaídas.

Si hay una **recaída** pasamos otra vez a iniciar el tratamiento pero una segunda fase es aún más aversiva y con más efectos secundarios. es una fase clínica muy difícil.

Este ciclo puede repetirse más veces pero al final se tiende a la **fase terminal** que está llena de sentimientos de aislamiento y depresión.

Los enfermos de cáncer se enfrentan a una situación amenazante, poco predecible y más o menos aversiva en función de las características del proceso neoplásico, del tratamiento que requiere y de la fase de evolución en que se encuentren.

Lo que pasa con un enfermo de cáncer es que mucha de las situaciones por las que pasa conducen inevitablemente a una reacción de estrés que provoca importantes necesidades de adaptación.

Características de la situación de estrés:

- Incertidumbre provocada por el no poder predecir los acontecimientos y la falta de información.
- Sentimientos negativos: miedo, ansiedad o depresión
- Pérdida de control: indefensión o incapacidad de influir sobre los acontecimientos. Amenazas a la autoestima por los cambios en el propio cuerpo o por problemas en el trabajo, etc

FORMAS DE ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD

(Fotocopias)

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (Moorey y Greer, 1989)

- Espíritu de lucha.
- Evitación positiva.
- Negación.
- Desesperanza e indefensión.
- Fatalismo y resignación pasiva.
- Preocupación ansiosa.

Ciencias de la Conducta (Isabel)

3º de Enfermería Página 10

Para que se presenten situaciones que se definan operativamente como dependencia y/o toxicomanía tienen que darse además de efectos farmacológicos, una serie de correlaciones y circunstancias personales (cognitivas y conductuales) sociales, culturales que condicionen en forma inevitable el uso del producto.