

**SEXUALIDAD EN LA SALUD Y LA ENFERMEDAD**  
**- UNA VISIÓN INTEGRAL -**

Alonso Vela Briz

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)  
Imprime: Gráficas Estilo - Alicante  
Distribuye: IMTEXMA - Alicante.  
Depósito Legal: A-1069-2006  
I.S.B.N.: 84-690-2582-1

*Dedicado a mi hijo Alonso Vela i Palazón y Merxe Soler i Vila, quienes junto a padres y hermanos son mi familia, y todas aquellas personas a las que de una u otra forma quiero, porque de todas ellas hay algo escrito.*

**AGRADECIMIENTO**

*A Leonardo Soler i Vila por la ayuda prestada con los duendes informáticos.  
A Fernando Herrero Massari y Antonio Girones Verdú por su inestimable apoyo y a todos los que de una forma u otra ayudan en la realización de este trabajo.*



# ÍNDICE

1. Introducción. Eros y Tanatos. . . . .	7
2. La sexualidad, el ser bio-psico-social y las teorías del desarrollo psico-sexual. R . . . . .	11
3. Aparición de la actividad sexual. . . . .	19
4. Educación sexual o afectivo sexual. . . . .	23
5. Embriología. . . . .	27
6. Anatomía. . . . .	31
7. El impulso sexual y el enamoramiento. . . . .	39
8. El ciclo menstrual. . . . .	59
9. Pudor. . . . .	67
10. La virginidad y la primera vez. . . . .	69
11. Respuesta Sexual Humana. . . . .	73
12. Caricias y zonas erógenas. . . . .	81
13. La masturbación. . . . .	85
14. Relaciones buco-genitales. . . . .	87
15. Coito anal. . . . .	91
16. Homosexualidad. . . . .	93
17. La infidelidad. . . . .	101
18. Complejos. . . . .	105
19. La sexualidad en la mujer embarazada. . . . .	107
20. Sexualidad en la vejez. . . . .	117
21. Métodos anticonceptivos y contraceptivos. . . . .	131
22. Enfermedades de transmisión sexual (ETS). . . . .	159
23. Disfunciones sexuales. . . . .	171
24. Parafilias. . . . .	205
25. Sexualidad y deporte. . . . .	215
26. Sexualidad en el desempleado. . . . .	217
27. El camino hacia la igualdad y el lenguaje sexista. . . . .	221
28. Violencia por razón de sexo. . . . .	233
29. Prostitución. . . . .	267
30. Sexualidad en la enfermedad. . . . .	269
31. Sexualidad en personas con discapacidades físicas y sensoriales. . . . .	279
32. Sexualidad en el enfermo cardiaco. . . . .	287
33. Sexualidad en el diabético. . . . .	291
34. Sexualidad en el enfermo de Alzheimer. . . . .	293
35. Sexualidad en el enfermo de Párkinson. . . . .	299
36. Sexualidad en el enfermo psíquico. . . . .	301
37. Sexualidad en el enfermo oncológico. . . . .	313
38. Afrodisiácos. . . . .	325
39. Influencia de los fármacos en la sexualidad. . . . .	329
40. BIBLIOGRAFÍA. . . . .	337



## **INTRODUCCIÓN**

El objetivo principal de la sexología es la conducta y la relación entre las personas y no como un mecanismo fisiológico de reproducción, por lo que intentaremos que la visión de este trabajo sea tanto desde la biología como de la psicología, esto es, una visión integral. Se trabaja en 3 direcciones:

### **PEDAGÓGICO**

Dirigido a facilitar un desarrollo adecuado de las aptitudes sexuales y a la transmisión de conocimientos sobre sexualidad: la psicopedagogía (niños y adolescentes), formación de adultos, universidad, centros de salud, etc.

### **TERAPEÚTICO**

Aplicando los conocimientos a la corrección de disfunciones y la resolución de problemas de conducta. Existen varios tipos de terapias:

- Medidas convencionales: orientadas a conseguir el restablecimiento funcional de órganos, para lo que recurre a psicofármacos, hormonas o incluso cirugía.
- Recondicionamiento: Basada en las teorías de psicología conductista -entre los que se encuentran Masters & Johnson-, que buscan modificar el sistema de reacciones o hábitos.
- Psicoanálisis: Sigue las teorías de Freud, intentando eliminar el componente neurótico que hay en el fondo de muchos conflictos sexuales, para lo que utiliza la hipnosis, narcoanálisis y técnicas de relajación.
- Humanista: Se basa en teorías de carácter desinhibidor y de mejora de la ductilidad corporal, utilizando el contacto (masaje, ejercicios, etc.), las vivencias emocionales (teorías de la gestalt), medios audiovisuales, etc.

### **INVESTIGACIÓN**

Acumulando datos, formulando hipótesis que nos lleve a nuevas conclusiones.

## **EROS Y TANATOS**

Hoy en día se han disociado la sexualidad de la reproducción, convirtiéndose en un elemento de construcción de la propia identidad en función de las experiencias y la opción elegida. El sexo otorga poder en las relaciones personales, como un micropoder para el que se necesita un gran equilibrio afectivo y emocional, algo que busca la perfección. Es una de las necesidades esenciales que se pueden realizar para cum-

plir un deber o para gozarlo. Las condiciones de vida precarias, falta de prevención, etc., se traducen en enfermedad.

Dos de las grandes preocupaciones y misterios del ser humano a lo largo de la historia y de su existencia ha sido la preocupación por la vida y la muerte o el manido “de donde venimos y a donde vamos”, lo que ha transformado la sociedad actual en los 2 temas tabú: LA SEXUALIDAD Y LA MUERTE.

### **LA MUERTE:**

Con el aumento de la tecnificación sanitaria, se ha ido recluyendo la muerte a los hospitales con 2 objetivos: El encarnizamiento terapéutico y la ocultación del momento de la muerte. Desde hace pocos años, algunas corrientes han ido cambiando esta mentalidad, influidos por la sustitución del modelo sanitario paternalista por aquel en que la persona -antaoño llamado paciente, y que hoy no es necesariamente un enfermo- decide sobre su vida y su cuerpo y exige y elige lo que cree mejor para sí. Se ha sustituido el concepto Salud-Enfermedad por el modelo Estado de Bienestar; dentro del cual es el sujeto el que decide si quiere o no vivir y/o morir, cómo vivir y los medios a través de los cuales quiere recuperar su estado de bienestar. Todo ello gracias al aumento en los niveles de información. A mayor información, mayor libertad de decisión.

### **LA SEXUALIDAD:**

España, en el siglo XX, ha tenido que pasar por diversas etapas en cuanto a la sexualidad:

Primer tercio de siglo, con una sociedad básicamente rural y con 2 tipos de ambiente:

- Urbano: con una sociedad victoriana
- Rural: Donde la visión de la sexualidad en la naturaleza y en muchas ocasiones en casa, donde toda la familia llega a dormir en la misma habitación.

A partir de la II república se produce un cierto aperturismo urbano, con una liberación de las normas morales y religiosas, gracias a un aumento en la educación.

Desde 1936 a 1975: Acabada la Guerra Civil se inicia un periodo de post-guerra, dominado por un pensamiento nuevamente victoriano debido a la fuerte influencia de la iglesia en la sociedad, así como a que el Jefe del Estado tiene un rechazo interno a todo el liberalismo que representaba la imagen de su padre (masón que abandonó a su familia para unirse a otra mujer, dejando a su madre -a la que se sentía muy unido- en situación precaria).

A pesar de ello, se producía una situación de doble moral:

- Se fomentaba la familia numerosa a través de la propaganda institucional (con premios a la familia, ayudas a los hijos, películas “La gran familia”, etc.).
- Se prohíbe hablar de sexualidad, pero existen libros sobre sexualidad, con fuerte carga moral y/o religiosa, a veces editados por algunas editoriales religiosas (“Antes de que te cases”, “Díganos la verdad”, etc.).
- Se prohíbe el uso de anticonceptivos, pero no es difícil encontrar en la farmacia preservativos, incluso la píldora, si bien, de forma bastante “clandestina”.

Desde 1975 hasta los años 80: Se inicia un proceso de liberalización política y en todos los ámbitos. España intenta ponerse al día en los estudios de sexualidad, hasta



entonces ajena (a excepción de círculos especializados en la materia). Se publican los “Informes Hite”, obras de Masters & Johnsons, Kaplan, y otros especialistas, accesibles a toda la población. Se inicia una ola de Cine Erótico de mejor o peor gusto. Los españoles ya no tendrán que emigrar a Perpiñan a ver películas prohibidas o de las que había que hacer 2 versiones para poder ser vistas. Se censura la censura.

El aumento de libertad sin la información adecuada dio como resultado abundantes casos de embarazos no deseados.

A partir de los años 80, y como reacción, al parecer, al “atracción”, ciertos sectores de la juventud reaccionan viviendo su sexualidad de forma libre en negativo, diciendo no a la sexualidad. Lo que sí es cierto es que es una época más libre. Son la juventud mejor informada y heterogénea, y con mejor capacidad de decisión para decir sí o no.

En los años 90, especialmente a finales de siglo, parece haberse producido cierta recesión en la información que reciben los jóvenes y surgen preguntas que muestran el nivel de desinformación existente en la calle, quizá debido a un exceso de confianza por parte de los padres que, conocedores de que la LOGSE incluye programas de información sexual, dejen la información sólo a los centros educativos y las instituciones.

Es curioso como en ambos campos –sexualidad y muerte– enfermería ha sido pionera en su concepción, fundación y desarrollo desde el campo de la salud pública y comunitaria y que posteriormente el resto del campo sanitario ha ido asumiendo e incorporando al modelo biologista, todavía imperante en la sociedad occidental.

A nivel de cuidados paliativos, la enfermera Cicely Saunders (recientemente fallecida), se inició en los hospices ingleses y se vio en la obligación de estudiar medicina para poder llevar a cabo su proyecto.

En el ámbito de sexualidad, destacar a Margaret Louise Higgins (1879-1966), más conocida como Margaret Sanger (nombre de casada). Dentro del modelo de la promoción de salud, y después de ver las penurias de los barrios marginales de Nueva York, se dedicó a investigar en métodos anticonceptivos, fundando en 1914 la primera revista para el control de la natalidad, que mejorase la calidad de esas mujeres, lo que le supuso en 1915 ser condenada a 45 años de cárcel, por transgredir las leyes de la obscenidad, lo que le obligó a huir a Londres, donde conoció las teorías de Malthus y Stuart Hill. Ese mismo año regresa a Nueva York gracias al buen trabajo de sus abogados, y abre en 1916 el primer centro de Planificación Familiar que se conoce como tal, en Brownsville (la zona más pobre de Brookling), publicando el panfleto “todo lo que una chica debe saber”, lo que le supuso el cierre de la clínica y una condena a 30 días de trabajos forzados por negarse al cierre definitivo, reabriendo la clínica a su salida y contratando un médico.

Fundó otra revista en 1921 que dio pie al libro “madres esclavizadas” (1928), basándose en miles de cartas de lectoras y en el que mostró la necesidad real de estos métodos.

Fundó otra clínica para desarrollar métodos anticonceptivos más baratos y efectivos. En 1936, la Corte Suprema permitió el envío de información anticonceptiva; por fin se reconoce su trabajo, con 57 años, incluso por la Asociación Médica Americana, que reconoce que los médicos tienen derecho a distribuir estos métodos. Fundó varias revistas y escribió 11 libros.



## **LA SEXUALIDAD Y EL SER BIO-PSICO-SOCIAL**

A lo largo de los estudios académicos la definición del ser bio-psico-social ha aparecido como un concepto filosófico en el que estos factores se han conjugado configurando al hombre, un hombre que en el campo de la salud se ha visto básicamente influido por el concepto biólogo. Reducir el sexo a un intercambio físico es despojarlo de la riqueza y la sutileza de todo valor emocional.

Para López Nadarse, la sexualidad no es algo que tenemos, es algo que somos, es parte de nuestra personalidad, se inicia con la vida y termina con la muerte, y en cada etapa de la vida se manifiesta de manera diferente. Su comportamiento, la percepción que se tiene de sí mismo, los valores asumido como propia, la forma de vivir las emociones, la autoestima, la forma de expresar su sintomatología está muy condicionadas con su norma referencial personal, sexual y de género. Somos seres sexuados toda la vida, a este proceso paulatino, diario, continuo le es ineludible la denominada educación de la sexualidad.

La comunicación no sólo se da en hablar, y hablar no significa comunicarse. Es precisamente en la sexualidad donde estos 3 conceptos están más interrelacionados:

### **BIOLOGÍA:**

Es el concepto más fisiológico de la sexualidad, al que muchos confunden con genitalidad (las gónadas, cromosomas, etc.). Muchos de estos problemas físicos influyen en la personalidad y la forma de comportarse en el campo de la sexualidad: vergüenza/timidez por algún complejo, o por la forma de los genitales (tamaño, forma) o zonas con sentido erótico (tamaño de mamas y posición forzada de los hombros), así como el comportamiento social (relaciones con el otro sexo, aislamiento o rechazo del otro sexo y/o relaciones cuando hay patologías "vergonzantes" ausencia de vagina, dismenorreas, etc.).

Cuando la persona enferma, puede afectar su sexualidad:

- Repercusiones directas sobre la conducta sexual.
- Repercusiones indirectas sobre la conducta sexual.

### **PSICOLÓGICAS:**

De acuerdo con la educación recibida a nivel religioso, moral y/o cultural, así como la influencia de las vivencias, van a reflejarse a nivel biológico (influyendo en la eyaculación, erección, penetración, etc.). Englobaría los sentimientos, papeles (roles) sexuales, actitudes y tendencias que nos indica que es masculino y femenino. Esas primeras identificaciones van a conformar el comportamiento sexual.

Cuando la persona enferma, puede afectar su sexualidad:

- Preocupaciones y creencias de que la expresión sexual agrava las enfermedades.
- Falta de atractivo y pérdida de la autoestima.
- Reacciones de la pareja ante la enfermedad.
- Justificación para dejar la actividad sexual gracias a la enfermedad.

## **SOCIAL:**

De acuerdo con la sociedad en que nos desenvolvemos, la vivencia de la sexualidad será distinta:

- Llegar virgen al matrimonio (en la etnia gitana)
- Exigencia del matrimonio para tener hijos y/o relaciones sexuales
- Necesidad de no tener orgasmos para no pasar por puta (como sucedía en occidente hasta los años 60 y que aún hay varones que transmiten a las mujeres esta creencia).

El tipo de prácticas sexuales es un fenómeno cultural, relativo en que pueden chocar varios de estos factores. Para poder desarrollar la actividad sexual, tienen que encontrarse orquestados los 4 sistemas vitales:

Cardio-vascular	Endocrino
Neuromuscular	Psíquico (Cognitivo-emocional)

Cuando la persona enferma, puede afectar su sexualidad, como afecta en las personas y su entorno las decisiones las creencias y mitos de esa sociedad.

Vamos a encontrar varios tipos de sexo:

Asignado: Que es con el que se nos registra en el registro civil.

Biológico: Formado el sexo cronológico o genético

Gamético: Producción de óvulos y espermatozoides

Endocrino u hormonal

Psicológico-social: Condicionado por la educación y deseo de la familia y la sociedad

## **CONTEXTO SOCIAL DE LA SEXUALIDAD**

El sexo, en sí mismo, no es más que el instinto que nos impulsa a la perpetuación de la especie. Es una de las necesidades fisiológicas primarias de Maslow, pero a diferencia de las otras -Hambre, sed, eliminación, respiración, miedo, dolor, etc.- es la única de la cual se puede prescindir sin que ello suponga un riesgo para la integridad física del sujeto, y se encuentra supeditado a esas necesidades, ya que si no están cubiertas, puede inhibirse la sexualidad. Al igual que las otras necesidades, una vez satisfecha, se vuelve a la calma, a lo "normal". El sexo en el ser humano es algo que tiende a considerarse vergonzoso por naturaleza. La tendencia a la intimidad en la relación sexual es una novedad en la zoología propia de los primates. Sólo desde hace relativamente poco tiempo la sociedad se ha vuelto permisiva con la exhibición de las muestras de cariño (besos, abrazos, etc.) o estadios precopulatorios.

Definir salud sexual es complicado y se define en función de un modelo previo, indicando lo usual, lo conveniente y lo reproducible en función de ese modelo. Para Erich Fromm (1900) el ser humano puede realizarse plenamente en esta sociedad con

tal que siga sus valores y reglas aceptadas por la mayoría. Habitualmente la sexualidad se confunde por unos tópicos: La genitalidad, heterosexual, que sólo se da en la edad adulta, su finalidad es la reproducción y debe ser dentro del matrimonio.

Para muchos autores, escribir sobre sexo es escribir sobre el control social al ser visto como una fuerza poderosa y potencialmente destructiva, por lo que la sociedad impone restricciones. El sexo y el poder tienen la misma influencia sobre la condición humana, de hecho se le considera una fuerza muy peligrosa, capaz de hacer estallar las bases de la sociedad si no se canaliza, por lo que muchas sociedades han creado normas, reglas y prohibiciones para controlar y limitar esta fuerza. Estos autores -entre ellos Freud- suponen que las energías que no se orientan hacia el sexo lo hacen hacia otros canales como el éxito, el trabajo, etc. El sexo y el éxito son incompatibles al ser visto éste como la negación del autodomínio, como fruto de la promiscuidad y la irresponsabilidad. En las sociedades con fuertes creencias religiosas, el sexo es el instrumento por el que Dios nos hace colaboradores suyos en la transmisión de la vida, y sólo con este fin es bueno. Además, todas las culturas tienen un día dedicado a los enamorados (9 d'octubre - Sant Donis los valencianos; Dionisos en Grecia; 14 de Febrero - San Valentín en occidente, etc). Debemos ver la sexualidad como fuente de placer. Las privaciones y frustraciones sexuales, voluntarias o forzadas pueden desembocar en la inhibición de las necesidades y deseos. El celibato no causa -que se haya descubierto hasta ahora- daño físico. Otros quieren ver en él una conducta aberrante, en tanto que va contra el impulso natural de cortejo y búsqueda de pareja para la procreación. Desde Vaticano II en la iglesia católica se piensa que mediante el celibato se puede ser más libres y pueden entregarse más plenamente al servicio de los demás, viendo la sexualidad como una dimensión que afecta a la totalidad de la persona, un lenguaje al servicio del amor, gobernado por un hombre inteligente y libre, por lo que todo aquello que se ve como instinto (homosexualidad, amor libre, anticoncepción, etc.) desvirtúan el significado último de la sexualidad.

Cada sociedad y cada familia moldea las costumbres y conductas de sus miembros. Los niños aprenden y adoptan las actitudes de sus familias y su cultura respecto al sexo y en la adolescencia se rebela. Pero algunos adolescentes no adquieren las dosis suficientes de confianza en sí mismos y permanecen emocionalmente vinculados a la familia. El tipo de prácticas sexuales es un fenómeno cultural relativo en que pueden chocar varios de estos factores. Puede suceder que la moral individual y la del grupo no coincidan, lo que genera problemas. A mediados del siglo XX, Kinsey realizó encuestas sobre la conducta sexual de los estadounidenses y observó que el 90 % de las prácticas eran contrarias a la moral social.

El ser humano, culturalmente, se ha dividido en la dicotomía del bien y del mal, viendo el mal en la carne y el bien, lo noble en la espiritualidad y que esta debe luchar contra la carne. En ocasiones se habla del sexo como algo fisiológico, olvidando los sentimientos que en él confluyen, concretamente el amor, y que constituye una parte muy importante en la relación sexual, pero no la única (por ello, la masturbación suele ser ineficaz para aliviar la ansiedad de la necesidad del ser amado).

Las limitaciones mínimas que se podrían considerar normales son las de aceptar que toda relación sexual debe ser deseada, aceptada libremente y no motivada por miedo ni ir acompañada de sentimientos de culpa, no debe ser compulsiva ni auto-destructiva y/o irracional. Algunos autores consideran normal todo lo que causa pla-

cer y este es compartido. Para que las relaciones sean totalmente satisfactorias, además, debe haber unas expectativas que sirvan de referencia para la pareja; lo que satisface a uno, puede no agrandar al otro o lo que un día es maravilloso, puede no serlo otro. El sexo es un espacio en que dos tienen el tiempo y la energía que necesitan para gozar físicamente el uno del otro. El contacto sexual más efectivo es aquel que practican dos personas como iguales; juntos llegan al éxito o juntos fracasan en el contacto sexual.

Cuanto mayor es el deseo, es menos discriminatorio en cuanto a la elección del individuo y a la forma de satisfacerlo. Hay diversas formas de ver las relaciones. En el varón, la expresión del juego es constante, juegan a cualquier cosa y más entre ellos que ante las mujeres ya que ante las mujeres el hombre se siente expuesto a un examen continuo respecto a su hombría, lo que no le sucede entre hombres. La mujer cuida especialmente su apariencia más ante otras mujeres que ante los hombres, con pensamiento en lo trascendente. Ambas actitudes, la masculina y la femenina, son complementarias.

## **SEXO Y GÉNERO**

La conducta sexual sigue siendo un foco de ansiedades inconscientes y la cultura sigue fomentando sentimientos de culpa, expiación, prohibición y represión que incluso han invadido el territorio de la ciencia. La sinceridad está articulada alrededor de valores y creencias que incluyen el campo sexual. El abordaje se realizará desde la educación integral. Algunos psicólogos hablan de androginia, esto es, la masculinidad y la femineidad son independientes sin que el desarrollo de uno de ellos impida el del otro. Si los rasgos son deseables, lo lógico sería que se desarrollasen.

Cada persona busca una identidad psíquica para el cuerpo que posee, pero esta es resultado de una construcción que se lleva a cabo a través de una serie de identificaciones. En palabra de Freud, la mujer (igual que el hombre) no nace, se hace, son construcciones de contenido incierto. La legislación busca también una ley de identidad sexual. Prueba de todo ello la tenemos en los casos de pseudohermafroditismos, en los que pueden sentir atracción por las personas que son hormonalmente del sexo contrario y no de aquellas de cuyo sexo se les supone. Uno de los pasos que realiza el adolescente es la búsqueda de su propia identidad sexual y la reivindicación de sus derechos personales. Esas esporádicas experiencias del adolescente con personas de su sexo no son homosexualidad, sino una elección libre del sujeto que se asocian a factores biológicos, ambientales y genéticos.

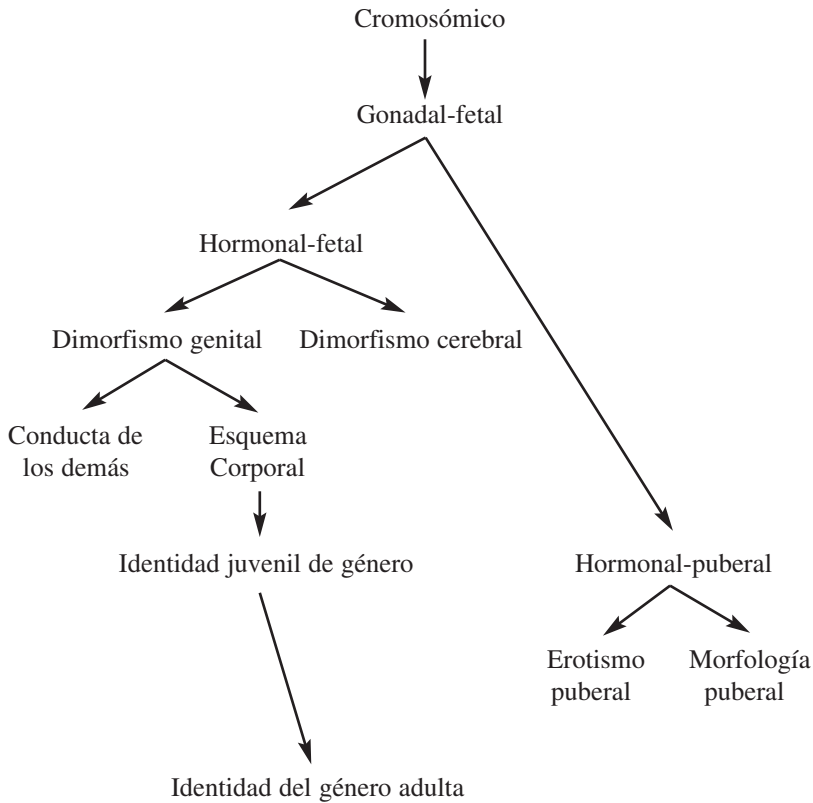
El amor es una cualidad que según Erich Fromm es la apasionada afirmación de un objeto (en contraposición al odio que es un deseo apasionado de destrucción), una disposición que puede dirigirse a cualquier persona u objeto. Nuestra percepción sobre el sexo y como lo vivimos influyen en gran parte de nuestra vida cotidiana. Los factores culturales que asumimos de nuestros padres y nuestro ambiente determinan el género del individuo. El sexo se refiere en tanto a varón o mujer; el género en tanto que a masculino o femenino. La identidad personal se inicia en los primeros meses de vida, no nace con ella, y la va desarrollando a lo largo de su vida, para lo cual es necesaria una potente vinculación afectiva, biológica y emocional. La identidad sexual se establece antes de la pubertad, aparentemente a los 3-4 años con el reconocimiento de la diferencia entre niños y niñas y su asunción de la diferencia

anat6mica, para un a1o m1s tarde reconocer la existencia del g6nero en otras personas, aunque no es hasta los 7 a1os que este reflejo se perfecciona, siendo a partir de los 11 a1os cuando comprenden que las diferencias entre chicos y chicas lo marcan los genitales externos. Ser1 la sociedad quien defina nuestra identidad. Una vez establecida la identidad de g6nero es ya dif1cil cambiar la asignaci3n del sexo.

Inicialmente encontramos un sexo cromos6mico que acabar1 dando un sexo gonadal que no necesariamente tiene que coincidir con lo que ser1 la identidad sexual del sujeto. Alfred Jost ya demostr3 que un feto castrado en la fase de prediferenciaci3n genital tend1a siempre a formar sujetos femeninos, por lo que dedujo que en la organog6nesis femenina las g3nadas no eran indispensables, pero la para la masculinizaci3n era necesario un cromosoma Y, una entidad gen6tica Factor Determinante del Test1culo (TDF), una g3nada diferenciada como test1culo, testosterona suficiente y receptores androg6nicos.

En el cerebro, la diferencia se encuentra en el hipot1lamo, producidas por la acci3n de las hormonas sexuales durante las fases embrionarias y posteriormente durante el desarrollo como seres humanos.

**ESQUEMA DE LOS COMPONENTES SECUENCIAL O INTERACTIVO DE LA DIFERENCIACI3N DE LA IDENTIDAD DE G6NERO (MONEY)**



## **DIFERENCIAS EN LA ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO**

Es la sociedad la que impone sutilmente la masculinidad o feminidad al individuo desde que nace hasta que muere, siendo los padres los que adjudican inicialmente estas diferencias en el trato en comportamientos, alentando conductas correctas e ignorando o desalentando las inapropiadas, lo cual puede estar influido por algunos comportamientos aparentemente relacionados con el equilibrio hormonal que controla el desarrollo de las diferencias entre el cerebro humano masculino y femenino, puesto que al nacer no hay diferencias anatómicas entre sus cerebros, aunque las niñas duermen más y reaccionan a estímulos más bajos de dolor. Con la educación, tanto los hombres como las mujeres han recibido “instrucciones de uso”:

Ellos: Debían hablar fuerte y con voz viril, ser afirmativos y, llegado el caso, rudo, guardarse de llorar, etc.

Ellas: Subordinación social a través del lenguaje, hablar poco y bien (=sin palabrotas), ser suave, pedir o sugerir y no ordenar, susurrar más bien que gritar, no interrumpir y sí dar apoyos a la conversación

En inteligencia, a partir de los 10-11 años, las niñas tienen mayor habilidad verbal y los niños en matemáticas. La agresividad y fuerza física es mayor en los varones, y las niñas expresan esta agresividad de forma verbal, aunque menor que la del varón.

Aunque la mayoría de las diferencias entre hombres y mujeres no son innatas, la sociedad piensa y actúa como si lo fueran y las diferencias sexuales son muy difíciles de modificar. Somos sexos complementarios y las diferencias pueden provocar diferencias en el mundo de las emociones.

Según Gray, el hombre necesita distanciarse de su pareja para restablecer sus fronteras personales, mientras que la mujer no nota que pierda identidad al acercarse al otro. La comprensión de esto puede evitar muchos malentendidos en la vida cotidiana de pareja.

## **ANOMALÍAS EN LA DIFERENCIACIÓN SEXUAL**

a) Alteraciones de los cromosomas sexuales transmitidos por uno de los padres:  
Síndrome de Turner  
Síndrome de Klinefelter  
Hombre XX

b) Alteraciones en la disyunción de los cromosomas en la 1ª división mitótica del huevo  
(Clásicos hermafroditas verdaderos)  
Mosaicos: XY / XX    XY/X0 (Síndrome de Turner)  
          XX/XXY (Síndrome de Klinefelter).

c) Anomalías de carácter hormonal (Clásicos pseudo-hermafroditas)  
- Síndrome adreno-genital: Afecta a 1 de cada 8500 niños. Causa un problema de pseudohermafroditismo.

Este síndrome puede causar la muerte del niño por la pérdida masiva de agua y sales los primeros 10 días de vida debido a que no sintetizan corticoides, lo que impide al colesterol transformarse.



- Pseudo-hermafroditismo masculino : por deficiencia de la 5-alfa-reductasa que produce deficiencia de la di-hidro-testosterona
- Por el receptor dañado (apariencia de mujer): Insensibilidad a los andrógenos por secreción insuficiente de andrógenos por el testículo.
- Pseudo-hermafroditismo femenino: Visualización anormal del feto xx de origen Endógeno (enfermedad suprarrenal) Exógeno

## **TEORÍAS SOBRE EL DESARROLLO PSICOSEXUAL**

### **TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL (Behaviorismo y Skinner)**

La conducta humana puede establecerse, controlarse, formarse o detenerse y las dos influencias más importantes son los refuerzos y los castigos. Además del refuerzo hay una modelación ejercida por personas del mismo sexo, llamada imitación en la que los niños captan los hábitos, gestos y maneras de comportamiento de aquellas personas que les gusta o más poderosas en las que se fijan.

### **TEORÍA DEL DESARROLLO COGNITIVO (Kohlberg y Piaget)**

Se centra en lo que piensa la persona más que en lo que hace. El desarrollo psicosexual es una parte de la maduración natural y gradual del proceso de pensamiento. Los niños de edad pre-escolar tienen una idea clara del género. Los valores masculinos/femeninos proceden de la necesidad del niño de mantener una imagen coherente de sí mismo. Entonces y sólo entonces, hay una imitación de modelos del mismo sexo. Esta teoría no tiene en cuenta las pautas psicosexuales que se apartan de lo ordinario.

### **TEORÍA BIOLÓGICA (Diamond)**

Las diferencias sexuales en apariencia física y de conducta deben atribuirse a causas biológicas. Las diferencias de sexo se establecen en el cerebro durante la vida fetal, bajo la influencia de factores genéticos y hormonales y llegan a ser responsables de las pautas reproductivas y sexuales del individuo. Es indiscutible el efecto de las hormonas sobre el feto de manera que diferentes sustancias y otras conexiones cerebrales son responsables de la conducta típica de sexo, de la identidad de género y de mecanismos sexuales como las erecciones o el orgasmo. No hay pruebas de que la sociedad sea la causante de los clichés sexuales.

Para todo ello observa la tendencia casi universal de que los juegos de los niños sean más agresivos y competitivos que en las niñas, siendo la cultura la que determina el tipo de juego, asimilando determinadas características a cada sexo.

Masculinidad: Agresividad, afirmación y gran actividad sexual

Feminidad: Sutileza, pasividad, dependencia, sentido protector y débil actividad muscular.

### **TEORÍA PSICOANALÍTICA (Freud)**

El concepto fundamental es una fuerza vital que llamó líbido o energía sexual que nos lleva a la procreación y que la sociedad reprime, orientándola a otros canales. Freud observó que el niño conseguía placer o satisfacción libidinosa a través de 3 orificios: boca, ano y genitales, progresando de un centro a otro durante los 5 primeros años de vida, y que no abandona ni en la edad adulta.

La fase oral comienza al nacer, con la succión al mamar y que dura hasta la aparición de los dientes en el primer año de vida

La fase anal se obtiene primero evacuando y más tarde reteniendo. Esta fase termina hacia el tercer año.

La fase genital o fálica, en que la fuente de placer es el falo (pene/clítoris). Es la fase en la que el niño se siente atraído por su madre (complejo de Edipo) y la niña por su padre (complejo de Electra). Hoy en día se acepta la sexualidad del niño/-a, pero se otorga poco crédito al resto de conceptos.

La sexualidad diferenciada sólo se produce al llegar a la pubertad

### **TEORÍA PSICOSOCIAL (Erikson)**

Es una continuación de la teoría freudiana en la que combina el psicoanálisis con los aspectos socioculturales en la que se da importancia a su interacción con la familia, las instituciones sociales y la cultura en que se desarrolla la persona, observando la misma en seres de personalidad normal

### **TEORÍA DEL APEGO (Bowlby)**

Además del psicoanálisis añade principios cognitivos, observando que las conductas de apego son innatas para la supervivencia de la especie, en la que los padres deben ofrecer a sus hijos una base segura para que puedan explorar su mundo

## **APARICIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL**

Las sensaciones del niño no le llegan sólo a través de la placenta, sino que algunos de los sentidos se activan antes del nacimiento, percibiendo luces, sonidos, etc., de tal forma que reconoce las voces familiares nada más nacer. La aparición de los primeros signos de actividad sexual ya se observan en el varón durante la vida intrauterina, mediante algunas erecciones. Estas persisten después del nacimiento. En la mujer aparecen los primeros signos de flujo vaginal a las 24 horas del nacimiento.

### **DE 0 A 6 AÑOS**

Freud llamaba a esta etapa la etapa oral en que la vida y sensaciones del niño le provienen de la boca y Erikson la llamaba de Confianza/desconfianza Básica. Swartz llama a esta fase indiferenciada. Vinculación afectiva, comunicación y contacto en los primeros meses de vida, reconociéndose el afecto como una necesidad primaria. La historia y el estilo de apego tiene una importante relación en la sexualidad futura. No se asocia el placer a la sexualidad y hablaban de fases anal y oral. Todo se lo lleva a la boca, siendo los labios su primera comunicación con la madre, quien le alimenta. El niño experimenta urgencias; una alimentación satisfactoria constituye una de las bases de una personalidad sana. El destete es la primera renuncia al placer. El aseo requiere autocontrol, y hay que reconocerle los logros al niño. En este periodo llamada anal por Freud y de Autonomía/Duda o vergüenza por Erikson, aprende a confiar en los otros y adquiere el dominio de su conducta; se desarrolla intelectualmente lo que sucederá durante el segundo año. La educación irá entre la tolerancia y la prohibición. El ingreso en la escuela supondrá cambios en su personalidad.

En la fase oral, se produce una erección durante el amamantamiento. A partir de los 4 meses se puede observar como el niño estimula sus genitales con emisión de sonidos de agrado y sonrisa, y a partir de los 8-10 meses incluso con impulsos pélvicos. Para Kinsey, todas estas actividades son indudablemente eróticas y similares a la masturbación en la pubertad y esta se puede producir a cualquier edad y no será hasta los 9-10 años en que aprender las sensaciones genitales que experimentan los adultos. En esta época se acumulan experiencias sensoriales que asociamos al placer y que influirán en nuestra vida futura; las sensaciones táctiles van a tener una gran importancia ahora como mecanismo socializante y más adelante puede desarrollar experiencias más imaginativas. También es la etapa del NO, lo que nos irá despertando más adelante el placer de lo prohibido de lo “morboso”.

Entre los 2 y 6 años se desarrolla la adquisición de la identidad sexual, la toma de conciencia de hombre o mujer. Freud habla de etapa fálica y Erikson de Iniciativa

contra el sentido de la culpa, va integrando y experimentando el papel que la sociedad exige en función de la identidad sexual. El reto se sitúa en los adultos porque lo que es verdaderamente educativo es la influencia de los modelos. No es anormal ver a los niños masturbarse, hasta el punto que se pudo observar que un 30% entre 2 y 7 años se mansturban, no sólo mediante la estimulación manual, sino por la fricción de las ropas, duchas, tobogán, etc., en los chicos y en las chicas cruzando los muslos y apretándose rítmicamente, montar a caballo o bicicleta, etc., llegando a tener sensaciones placenteras sin llegar a entender el significado sexual que tienen.

Algunos juegos (tipo médicos y enfermeras) tienen una intención exploratoria. Es a los 3-4 años cuando se inicia esa necesidad exploratoria/exhibitoria de sus genitales y los del sexo opuesto. Si el infante se ha acostumbrado a ver lo genitales tan abiertamente como otras partes del cuerpo pierde gran parte (que no toda) de misterio y prohibición. Kinsey observó que casi todos los niños y el 20% de las niñas habían tenido algún juego socio-sexual antes de la pubertad.

### **DE 6 A 12 AÑOS**

Llamada fase de determinación sexual o de latencia por Freud, estableciéndose relación entre aparato genital y placer. Se da continuidad y progreso de lo anterior. No se puede hablar de deseo sexual en amplio sentido ya que éste como tal aparece en la pubertad. Es muy discutido si existe o no orgasmo. A partir de los 6 años, las glándulas suprarrenales inician su actividad desarrollándose los primeros rasgos sexuales, empezando a sentirse atraído por el otro a partir de los 9 años.

Swarz definía que se pasaba por una fase homosexual transitoria, en que las personas establecen relaciones de afecto –no de amistad– con personas del mismo sexo, que podían acabar produciendo neurosis o complejos.

### **DE 12 A 16 AÑOS**

Swarz diferenciaba dos fases más que eran la fase heterosexual polígama y la monógama, en la que se inicia relaciones con varias personas del sexo contrario, haya o no contacto sexual, que acaba fijando en una sola persona. Para Erikson, sin embargo, la importancia era su interacción con la familia, las instituciones sociales y la cultura concreta el periodo que le ha tocado vivir. Se concentran varias etapas como la adquisición de la identidad personal, la intimidad/aislamiento, apareciendo el amor.

Es la pubertad (del lat. pubere, cubrirse de vello), momento en que se producen fenómenos somáticos, sexuales, psíquicos y endocrinos produciéndose el despertar sexual. Hay un aumento plasmático de esteroides sexuales, del estradiol 17-beta en la mujer y testosterona en el hombre, que se inicia en las gónadas mucho antes de la pubertad, aunque de forma más lenta, estimuladas por la FSH y la LH y lo desencadena el hipotálamo mediante pulsos de LHRH.

En la infancia unos factores inhiben el centro sexual como son la melatonina, las hormonas tímica y la inhibina gonadal. Para que el mecanismo se active, se necesita una fuente hormonal procedente de la corteza suprarrenal que en la mujer está ligado a los niveles de grasa corporal. Para que se inicie la menarquia debe ser del 17%, de un 22% para mantener la menstruación y del 27% en la mujer normal. En cambio, este proceso en el varón es independiente de la grasa, donde un exceso de esta puede mermar el nivel de testosterona.

Los/as adolescentes experimentan los cambios corporales que reafirman la identidad sexual de un modo definitivo. A partir de aquí habrá que observar los efectos que se asocian al comportamiento sexual. Educar en sexualidad consistirá en mantener un clima favorable y natural hacia la sexualidad; el adolescente necesitará información para comprender lo que le sucede. Se empieza a desear a explorar el cuerpo propio y del otro, comparándolos con el de nuestros padres y amigos. El desarrollo corporal actúa como estímulo para el cambio de conducta en comparación con el estado hormonal.

Desde los 9 años y a partir de la pubertad experimentan un aumento de la estatura, aparición del vello púbico, aumento del pene y testículos y, del apetito sexual asociado al aumento de los niveles de testosterona, de manera más rápida que en las mujeres, con un cenit a los 15-16 años, momento en que también hay una etapa exploratoria/exhibitoria de los genitales. Suele ser normal la comparación de eyaculaciones. Aunque algunos autores la definen como fase homosexual, no tiene ninguna conexión con la homosexualidad. Los varones se muestran narcisistas y muy inseguros en sus campos afectivos y relacionales. La práctica sexual más habitual suele ser la masturbación, a solas o en grupo.

En las mujeres es un proceso más lento y se inicia con la telarquia y posterior aumento de los pechos, aparición del vello púbico y la menarquia, que puede suceder entre los 11 y 16 años. Llegan al cenit sexual entre los 20 y 30 años. Es menos habitual la masturbación en grupo.

## **A PARTIR DE LOS 16 AÑOS**

La maduración es un proceso que abarca toda la vida, aunque durante la pubertad y la adolescencia este proceso es más rápido. En esta edad, se busca la satisfacción de la otra persona, vinculación afectiva, necesidad de querer y ser querido. Comienzan los ritos de iniciación, búsqueda de la pareja y las primeras experiencias sexuales. La sexualidad puede ser clandestina cuando se le es negada. La sexualidad se hace adulta, mediatizada por los procesos biofisiológicos, cognitivo-lingüísticos y afectivos. Para Erikson se desarrollan los sentidos de Generatividad/estancamiento de sí mismo, en que deben sentirse productivos y a partir de aquí, el de sentido de Integridad/experiencia de la Desesperación, en que deben convencerse de que sus vidas han tenido sentido, desesparandose si no lo perciben así.

Durante el llamado estirón se produce desadaptación al cuerpo tanto en la movilidad como en la estética (talla y peso), lo que puede causarles problemas psicológicos (complejos) y sociales.

Una vez se ha adquirido la identidad sexual, se inicia la búsqueda de otra persona en la ambivalencia Intimidad/Aislamiento que queda determinada por las primeras experiencias de apego, en que unas van a influir sobre otras. El apego se realiza Familia - amigos - grupo - pareja y a través de estas relaciones irá buscando sentido a su vida. En el proceso de pareja, cada uno se preocupa por la otra persona tanto como de sí mismo.

Los factores que suelen influir en la elección de la pareja son:

- a) Endogamia: Se tiende a escoger entre los compañeros de grupos inmediatos o próximos.
- b) Cercanía geográfica: Porque estudian, trabajan o viven cerca.

c) Atractivo físico, aunque esta puede verse reducida por otras características culturales, educativas, etc.

Toda relación ocurre por que la otra persona no nos resulta indiferente; se inicia el proceso de aproximación, lo cual no está exento de desengaños. En las relaciones, se trata de verbalizar los propios intereses o necesidades, compaginarlos con los de la otra persona, sin romper el clima de diálogo, estableciendo el tiempo que cada uno dedica a su trabajo y al trabajo en común. Para Levis, los factores que permiten que la pareja permanezca estable es que se produzca un largo ajuste y tenga sus propias formas de vivir. Toda elección significa renuncia y habrá que definir los propios roles. La llegada de un hijo cambia los papeles y la forma de entender la relación, con nuevas responsabilidades. La necesidad de intimidad en la pareja y de un compromiso mutuo. El amor comienza con pasión pero en la relación estable de pareja cede al amor afectivo, más sereno, pero más permanente. Se trata de escuchar al otro activamente, con libertad, enfrentándose a los problemas de la relación, siendo claros y concretos, de modo que se ofrezca una salida airosa y buscando soluciones. A continuación se construye una relación a partir de factores físicos y/o culturales en los cuales el lenguaje no verbal puede ser importante. Se trata de que la pareja empiece a pensar como “nosotros” y no como “yo”.

Cuando es criticado debe mantener la calma para comprender, sin sentirse agredido, para poder comprender mejor las quejas del compañero, buscando el consenso, objetivando el problema; Se empieza a pensar en la continuación de la relación, en la que pueden aparecer factores negativos que pongan a prueba la relación. Si la pareja no consigue su fortalecimiento, se llega a la desilusión e insatisfacción, y la pareja se rompe. Este paso supone un cambio de estilo de vida y un sentimiento de fracaso, conscientes de las dificultades de la pareja y que pueden llegar a volver cuando son incapaces de ver que una separación no resulta más positivas, puede valer la pena separarse temporalmente o incluso definitivamente.

Cuando se llega a un estado de deterioro, cuando uno de los dos o los dos toma conciencia que la relación aporta poco el deterioro puede progresar:

a) Dejemos que las cosas sucedan

b) O somos activos: 1- Intentando poner remedio a la relación.

2- Asumiendo la ruptura.

## **EDUCACIÓN SEXUAL O AFECTIVO-SEXUAL**

La sexualidad debe ser salud, entendida en términos de bienestar, placer, armonía. No es sólo una cuestión de prevención de problemas, sino un elemento de la promoción de la salud sexual. Dentro de la educación integral del niño encontramos la Educación par la salud, cuyo objetivo es elevar el nivel sanitario, cultural y social de toda la población, y dentro de todo ello, la educación sexual. En ese entorno bio-psico-social de la población a la que nos dirigimos, procuraremos educar en los valores y el respeto; con una buena orientación se previenen muchos comportamientos y problemas, y se consigue una convivencia saludable y gratificante, factores que repercuten en una mejor calidad de vida.

La educación sexual tiene por objeto promover una vida sexual satisfactoria, basada en la convivencia y el respeto tanto a los demás como a uno mismo. La OMS define salud sexual como la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el placer.

La educación sexual viene a informar, orientar, prevenir y transmitir conocimientos y actitudes que buscan promocionar la salud, fomentar la tolerancia y el respeto por la diversidad, así como el desarrollo integral del individuo y prevenir comportamientos disfuncionales y actitudes basadas en el prejuicio. Busca hacer llegar una correcta orientación desde la infancia de todo lo que afecta al sujeto y debe estar dentro del plan de estudios, en el que deben estar inmersos tanto padres como educadores y que transmita al joven la necesidad de asumir responsabilidades y actitudes ante los problemas que le afectan así como modificar actitudes.

El interés de no sólo enseñar, sino también de formar la personalidad de los niños, haciendo la educación más globalizadora ha facilitado la incorporación de la sexualidad, considerandola como un conjunto de vivencias, aprendizajes, desarrollos físicos y psíquicos sensoriales y sensoriales... que se acumulan desde el nacimiento y sobre los que actúa el entorno, el ambiente, los contactos personales, la cultura y la herencia. Integrar no significa añadir nuevas actividades a los programas ya sobrecargados, sino incorporar nuevos contenidos, enriqueciendo el tema con nuevos puntos de vista.

El factor salud forma parte del ideario de la escuela y esta no debe ser negativa ni sexista. La idea parte de una base y que los demás maestros colaboren con ella, de manera interdisciplinar, transmitiendo una visión global de la sexualidad. No debe limitarse a los aspectos físicos de la sexualidad (reproducción, anticoncepción y ETS) sino también aspectos que defiendan la libertad sexual, como aspectos sociales, antropológicos, morales, psicológicos, higiénico-sanitarios, etc.

La división del trabajo entre los padres en razón de su sexo (que observan los niños) tiene un papel importante en la identidad del niño. No tendríamos que olvidar que **educar es transmitir normas, pero también dejar crecer**, informando de manera adecuada acorde a la capacidad de cada uno. El objetivo de la educación sexual debería ser la adquisición de actitudes positivas y el respeto a las expresiones sexuales que den lugar a comportamientos saludables. Esta educación debe tener un continuo fuera de la escuela con el aprendizaje familiar, así como medios de apoyo a través de los centros de planificación/orientación familiar. La educación es responsabilidad de toda la comunidad en la que los niños crecen y se desarrollan, y por tanto, la educación sexual, como parte integrante de la educación, también lo es. Este no se debe plantear desde la competencia, sino desde la cooperación y la complementación, que enriquezca y pueda asegurar el reparto de tareas de manera que un mismo aspecto pueda estudiarse desde distintos puntos de vista.

Pero todo ello, debe realizarse después de un proceso de actualización de conocimientos en el que se corrijan muchos mitos vigentes todavía entre los adultos. La información debe ser clara, exacta y creíble sin hacer énfasis en aspectos negativos. Se debe orientar la sexualidad como una actividad satisfactoria, gratificante, en la conveniencia de una conducta responsable y libre con respeto a la diversidad de conductas. Es un término de salud entendida como bienestar, placer, armonía, desde una perspectiva relacional y de convivencia, en el que cada uno cuide de sí mismo y de su entorno humano y ambiental. Para ello se debe tener presente la realidad de los alumnos y su entorno.

Es importante que exista un sistema de evaluación continuo del proceso educativo, aunque si bien es cierto que los verdaderos resultados en el terreno de la EpS se verán a largo plazo y que ésta será subjetiva, motivo por el cual la evaluación deberá ser multidireccional, esto es, entre todas las partes implicadas en la proyección y desarrollo de la intervención: alumnos, padres, profesores, profesionales de la salud, etc.

Los padres son los primeros educadores sexuales de sus hijos, y no pueden asumir posteriormente con exclusividad una tarea que necesita estar constantemente con ellos. El momento ideal para hablar con los hijos de sexo es cuando empiecen a surgir las primeras dudas (ver una mujer embarazada, las compresas de la madre, etc.). Será la coordinación entre comunidad educativa y los padres los que realizarán esa tarea.

La educación sexual debe, además, abordar el problema de los abusos sexuales por medio de profesionales preparados mediante una metodología activa y participativa, con actividades atractivas y motivadoras. De hecho, la escuela es la institución que mejor puede garantizar que los programas de prevención lleguen a toda la población a través de la escuela, lo podemos desarrollar a través de 4 tipos de intervenciones:

Estrategias para menores	Programas para padres
Programas para profesionales	Sociedad general

Los objetivos básicos de estos programas es la información, disminuir la vulnerabilidad, alentar a los niños a revelar los abusos (qué secretos hay que mantener y cuales revelar), enseñarles a identificar las situaciones de riesgo (qué caricias son adecuadas y cuales no) y educarlos en asertividad (decir no).

El problema de muchas de estas intervenciones es que van dirigidas a menores como posibles víctimas, olvidando su consideración como potencial agresor. O los



posibles efectos negativos que pueden tener sobre los menores con consecuencias emocionales o conductuales negativas, sobre todo en lo que se refiere a las relaciones entre niños y adultos, que al parecer, de existir, estos serían mínimos. Aunque también pueden aportar un falso sentido de seguridad y todo ello pueda producir mayor agresividad en el abusador.

La Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE) aprobada en 1991 incluye la necesidad de una educación sexual que fomente la igualdad y la no discriminación entre sexos, pero lo hace a través de currículum abierto, por lo que el objetivo es insuficiente, debido a que, por miedo, rechazo o falta de tiempo, puede que no se lleve a cabo. Por otra parte, al ver la educación sexual como materia transversal, la falta de coordinación puede degenerar en que no se haga de forma adecuada. No se trata de añadir un plan, sino de incorporar objetivos, contenidos y criterios relacionados con la educación afectivo-sexual a dicha programación.

Euskadi y Catalunya ya cuentan con un programa de Educación Sexual desde la década de los 80 en que proponen aprovechar las ocasiones que surjan en clase para informar y conocer el propio cuerpo, sobre todo cuando se acerca la época de cambios (hacia los 10 años) en que no sólo se da información científica, sino una clase dinámica en la que pueden debatirse experiencias. Se distinguen aspectos reproductivos, de amor, sensibilidad y sensualidad, analizando los papeles de género y orientando hacia una paternidad/maternidad responsables. Todo ello exige de los educadores una preparación adecuada. La escuela debe potenciar el equilibrio sexual, el descubrimiento sexo-afectivo. Estos planes tratan no sólo temas biológicos, psicológicos y socio-culturales y morales, sino también temas como la masturbación, la homosexualidad, etc., dentro de un contexto de normalidad. En este proceso será importante la participación de los padres que deben también estar preparados para contestar las preguntas que el niño quiera realizar, lo cual implica también la educación de los padres, pues como hemos dicho, es en el seno de la familia donde el niño descubre su cuerpo.

En el programa de Educación Sexual de Euskadi y Catalunya los objetivos son:

- a) Desarrollo de la sensibilidad y la sensualidad
- b) Anatomía y fisiología sexuales
- c) Fecundación, embarazo y nacimiento
- d) El amor
- e) Responsabilidad sexual

Debemos tener en cuenta el derecho que tiene el niño a su propia intimidad.

En una encuesta publicada por DUREX en el 2001, la principal fuente de información sexual son los amigos (41%), libros y revistas (15%), dejando a los padres sólo un 8% Madres y 2% padres y al colegio un 6%, casi la misma que la TV (5%). La pregunta sería ¿Qué calidad de información llega?

Según Castells y Salgado, los jóvenes entre 15 y 24 años (año 2000) son individualistas, prácticos, hedonistas, consumistas y están acostumbrados a vivir el presente. El 80% consumen alcohol el fin de semana sin control, algunos además otras drogas y pueden llegar a practicar el sexo sin precaución ni control. Es importante la comunicación con ellos, por lo que habrá que escucharles, buscar momentos en común, mostrarles afecto, respetar su intimidad, confiar en ellos, negociando las salidas si es preciso, enseñándoles a ser autónomos.

Los jóvenes españoles disponen en la actualidad de multitud de fuentes de información, pero no son capaces de absorberla. Hoy cualquier niña de 10 años tiene un amplio vocabulario sexual, pero no sabemos con exactitud hasta qué punto saben de qué están hablando. Reciben tanta información que pueden llegar a percibir que el sexo es una obligación. Los adolescentes tienen un gran desconocimiento y grandes dosis de machismo, plasmado en sus fanfarronadas entre las jóvenes. Los primeros contactos pueden suceder en discotecas donde hablar es casi imposible, por lo que el contacto visual es importante; hay jóvenes que todavía quieren mantener relaciones sin protección. En la actualidad se imponen relaciones vía internet, sin exponer nada. Aquí también suelen producirse clichés propios. Cuando entra una nick femenina, una nube de hombre se lanza a por ella. Algunos jóvenes, principalmente varones, se conectan sólo los viernes para asegurarse los fines de semana, piden foto y si no se les envía, desaparecen, pero también hay quien sólo desea hablar, en ocasiones huyendo del compromiso.

### **DIMENSIÓN PERSONAL, RELACIONAL Y SOCIAL**

- Aceptar las diferencias biológicas entre las personas evitando la discriminación, siendo críticos con los modelos sexistas.
- Hay que aceptar los cambios físicos y emocionales, madurando nuestra afectividad
- Incrementar la capacidad relacional cognitivas y afectivas de las personas
- Unos estilos de vida sanos en los que se incluya el conocimiento de la higiene y el cuidado personal, así como los métodos anticonceptivos.
- Entender la sexualidad como una forma de comunicación entre las personas.
- Evitar centrar la sexualidad en la genitalidad

Todo ello dividido en 3 ciclos; inicial, medio y superior y sugiere algunas actividades (por objetivos y ciclos) para realizar.

### **TÉCNICAS DE TRABAJO**

Juegos: De presentación o de conocimiento

- Dibujo y/o modelado de figuras.
- Observación de fotos e ilustraciones del cuerpo
- Comentarios sobre la higiene personal

Técnicas para estudiar algunos temas:

- Torbellino de ideas, juego de rol, etc.
- Medios audiovisuales.
- Análisis de mensajes publicitarios sobre el uso del cuerpo humano con fines comerciales
- Lectura de textos sobre la reproducción y la sexualidad.

Estudio de anatomía y fisiología general y del aparato reproductor

- Realización de trabajos para clase de temas relacionados con el tema
- Charlas con personal sanitario y/o familias sobre el proceso reproductivo
- Estudio de la homosexualidad.

## EMBRIOLOGÍA

La evolución filogenética ha conformado la especie humana en una especie dimórfica. Uno de los factores que influye en la sexualidad es la morfología del sujeto y de sus genitales, y para entender como suceden algunos acontecimientos normales o que alteren la normalidad anatómica de los sujetos, hemos de partir de la embriología.

- 1) Hay una estrecha relación entre los sistemas urinario y reproductor.
- 2) Los genitales externos deben su origen a las modificaciones de la cloaca primitiva.
- 3) El sexo del sujeto se establece en el momento de la unión de espermatozoide y el óvulo.

El coito humano es el acto en el cual el varón introduce su pene en la vagina de la mujer para depositar su semen (del lat. semine, semilla) y de esta forma fecundar el óvulo con la intención instintiva de la perpetuación de la especie mediante la reproducción. Esta fecundación se va a producir cuando el espermatozoide (sperma, -atos: semilla y zoo, animal) se encuentre con el óvulo en la ampolla tubárica. A partir de este momento se iniciará una serie de procesos que conducirán a la creación de un nuevo ser. Este será varón o mujer dependiendo la combinación de los cromosomas: X e Y.

Esa combinación nos dará el sexo fenotípico, que sólo será posible descubrir mediante estudios genéticos, puesto que las gónadas sólo será posible distinguirlas a partir de la 12ª semana.

Es curioso que lo que nos hace varones son las hormonas femeninas circulantes durante el periodo gestacional. Al principio, lo somático es indiferente de lo germinal, aunque el sexo somático es quien decide si la gónada acaba formando ovario o testículo, pero el factor hormonal podrá conducir a la aparición de hombre o mujer. Los estrógenos tienen un efecto feminizador; los andrógenos, masculinizan. En el agua de algunos lagos y ríos se han encontrado restos de pesticidas con una molécula similar a los estrógenos, que consiguen que algunas especies animales se feminicen. Otra de estas sustancias puede ser el TBT, que se utiliza en la industria de la pintura y del estaño y que masculiniza la especie. Trabajos recientes de la Universidad de Leuven (Bélgica) han descubierto que la contaminación de plomo y cadmio de poblaciones próximas a algunas incineradoras producían una maduración sexual más tardía que la de aquellas que no estaban tan próximas.

Así mismo, hay especies marinas que emiten al ambiente hormonas que permiten que los seres que vayan a nacer sean de uno u otro sexo, dependiendo de la necesi-

dad que tengan de individuos de ese sexo para el mantenimiento de la especie, de forma que se mantiene el equilibrio ecológico. Delecciones o traslocaciones cromosómicas conducen a su vez a ciertos casos de infertilidad.

## FASE INDIFERENCIADA

Desde el momento de la fecundación se inicia una división celular que irá subespecializándose en los distintos órganos para acabar formando el ser humano. Esta primera división dará paso a la formación de la mórula (llamada así por su parecido a una mora). La mórula prosigue su división para convertirse en blástula, momento en que anida y forma lo que llamamos glástula, en que comienza a producirse la primera especialización celular.

Se van a producir 2 capas: **Embrioblasto** (capa interna)

**Trofoblasto** del que van a producirse 2 capas:

Sincitotrofoblasto: (Células multinucleótidas)

Citotrofoblasto: (Células mononucleótidas) de la que surgirá el **mesodermo extraembrionario** del que surgirá la **cavidad coriónica** que rodeará el saco vitelino y la cavidad amniótica. El resto de la cavidad extraembrionaria o coriónica desaparece al crecer el amnio y conectarse las paredes amniótica y la placa coriónica.

Del **embrioblasto** surgirán:

**Endodermo:** Rodea el saco vitelino

**Ectodermo:** dará la cavidad amniótica. De aquí se forma el surco caudal o nudo de Hansen y del que se forma el **mesodermo intraembrionario** que separará el ectodermo y el endodermo, excepto los extremos caudal y cefálica.

Del mesodermo intraembrionario surgirán:

- Cara parietal o somática
- Esplénica o visceral, que dará la serosa peritoneal
- Notocorda
- Mesodermo intermedio, a partir del cual se empezará a formar todas las estructuras que acabarán formando el sistema uro-genital, lo que sucede hacia la 3-4ª semanas de gestación. Encontramos 3 estructuras:
  - Cordón nefrogénico o cuerpo de Wolf
  - Cápsula de Brawma
  - Pro-nefros: En este momento no es funcional, pero se empezará a formar conductos y túbulos que darán el mesonefros (4ª -9ª semana) que ya será funcional y acabará formando el metanefros o riñón (6ª semana).

A partir de esta estructura se formarán las glándulas, órganos y estructuras urogenitales.

Desde el **cordón nefrogénico o cuerpo de Wolf** se van a formar los conductos indiferenciados o testes (del lat.testigo) embrionario, que dará 3 primordios:

- Celoma
- Células primordiales
- Mesénquima de la cresta genital

De las **células primordiales**, que se encuentran en la pared del saco vitelino, formando parte del seno urogenital, formando una gónada indiferenciada todavía, y de

las que a partir de la 6<sup>a</sup>-8<sup>a</sup> semana aparecerán las células germinativas o germinales primordiales (espermatogonias y oogonias).

Del **celoma** aparecerán:

- Conductos paramesofrénicos
- Epitelio celómico: Dará los cordones sexuales primitivos, que será diferente para cada uno de los sexos:
- Mesonefricos o de Wolff en el varón (4<sup>a</sup>-9<sup>a</sup> semana)
- Paramesofrénicos o de Müller en la mujer (6<sup>a</sup> semana)

Cuando el proctodeo se perfora confluyen en el mismo seno urogenital el recto, el alantoides, conducto de Wolff y de Müller y uréteres.

Hasta aquí hemos seguido la evolución de manera indiferenciada, por tanto que el feto todavía no tiene rasgos que nos permitan distinguir su sexo, momento que se producirá a partir de la 12<sup>a</sup> semana. De hecho, entre la 4<sup>a</sup> y 9<sup>a</sup> semana sólo se distingue la cloaca, que no se divide hasta la 6<sup>a</sup> semana para formar el tubérculo genital, produciéndose la ruptura de las membranas anal y uretral hacia la 7<sup>a</sup> semana.

Hasta la 9<sup>a</sup> semana no se formarán los pliegues uretrales y labio-escrotales, el falo (que luego dará el clítoris o el pene) y las glándulas, pudiéndose empezar a distinguir los distintos sexos a partir de la 12<sup>a</sup> semana.

Hay una estrecha relación entre los sistemas urinario y reproductor primitivo. Aunque el sexo del futuro individuo se establece en el momento de la unión del núcleo del óvulo y el espermatozoide, persisten restos de estructuras del sexo opuesto.

## MUJER

### OVARIO

Durante la 5<sup>a</sup> semana embrionaria aparece un engrosamiento del epitelio celómico que protuye la cavidad celómica a la altura del mesonefros forman el **seno urogenital**. A partir de la 7<sup>a</sup> semana empiezan a evolucionar. El crecimiento y la formación de los folículos puede continuar a lo largo de la vida fetal.

En este momento se multiplican por mitosis y posteriormente por meiosis. A partir del epitelio celómico se forman los cordones sexuales primarios y secundarios que degeneran formando las membranas celulares que forman las células granulosas y que a partir de la 8<sup>a</sup> semana formarán las **ovogonias**, produciéndose la encapsulación del óvulo primitivo por células de la granulosa primitiva, transformándose en folículos ováricos y el óvulo crece.

A partir del 7<sup>o</sup> mes se produce la proliferación de las células granulosas en muchos folículos del ovario. Una vez formado el ovario se comunicará su descanso para situarse en la cavidad peritoneal. En su descenso arrastra a las trompas. El ovario es el único órgano que se encuentra dentro del peritoneo.

### CONDUCTOS

La evolución del pro-nefros, mesonefros y paramesonefros hasta este momento ha sido indiferenciado. A partir del paramesonefros, conducto paramesofrénico o de Müller de cada lado crecen hacia el otro lado, cruzando a los conductos de Wolff por

delante para encontrarse y fusionarse entre la 9ª y 12ª semana. Las paredes mediales desaparecen para producir la cavidad útero-vaginal. Las partes que no se fusionan dan lugar a las trompas.

Forman el útero y los 2/3 superiores de la vagina, proviniendo el tercio externo del endodermo, esto es, de la cloaca. La unión entre el ectodermo perineal y el endodermo del seno uro-genital se produce en la cara interna de los pliegues genitales, que se transforman en los labios menores.

La canalización posterior de los conductos de Müller que se fusionan deja una membrana con el canal vaginal al vestíbulo que es el himen.

La porción inferior de la vagina está cubierta del epitelio. A partir del 8º mes se produce un crecimiento rápido del útero.

## **VARÓN**

### **TESTÍCULO**

A partir de los restos de la mórula primitiva, concretamente del epitelio celómico se empiezan a formar los cordones sexuales primordiales que, al perder su conexión con la gónada, forman los tubos seminíferos, las células de Sertoli, la rete testis y finalmente las espermatogonias hacia la 8ª semana. Aquí, al igual que en el ovario, partimos de una gónada indiferenciada.

A partir de la 7ª semana se forman los cordones epiteliales. Las células germinales desaparecen al incorporarse a los cordones sexuales. La diferenciación de estos cordones se produce dentro de la futura corteza de las gónadas, formando sistemas de comunicación la rete testis, creciendo hacia el tejido del mesonefros uniéndolos, canalizándose hacia el 4º mes, entrando en contacto a través del conducto mesofrénico (de Wolff) con el exterior.

A partir de la 12ª semana se inicia el descenso del testículo hacia la pelvis a lo largo de la pared posterior del organismo, llegando en el 5º mes al anillo inguinal, completándose este descenso hacia las semanas 36 y 40. En su descenso arrastra las capas que encuentra por el camino, entre ellas parte del peritoneo que constituirán las capas escrotales, la primera de las cuales la constituye la capa albugínea, procedente del gubernáculo genital, una capa formada del peritoneo que formará la capa celular, una capa fibrosa y una capa cremasterina.

### **CONDUCTOS**

Es importante insistir en la asociación entre el tracto urinario y aquellas partes del aparato reproductor que se derivan del conducto mesofrénico (como pronefros, mesonefros y metanefros) en concreto los epitelios de revestimiento.

Desde los túbulos mesonefricos o de Wolff se forman las vesículas seminales del que derivan a su vez el epidídimo y los vasos deferentes hacia la 12ª semana, siendo arrastrado en su descenso por el testículo hasta su posición anatómica.

## **ANATOMÍA SEXUAL HUMANA**

En estudios filogenéticos se ha comprobado que el tamaño corporal de la especie es relativo del macho respecto a la hembra, así como sus patrones conductuales o los estereotipos de belleza. En los mamíferos, cuanto mayor es la diferencia de tamaño macho/hembra, mayor es el harén. Los machos de las especies más promiscuas y que más copulan necesitan los testículos más grandes. El tamaño del pene parece que tiene que ver más con la garantía de depositar el semen en el lugar que garantice la fecundación, mientras que su vistosidad con la exhibición para conquistar los favores femeninos. El ser humano va a necesitar elementos eréctiles capaces de poner en comunicación la célula sexual masculina con la femenina, de manera que pueda producirse la fecundación en la cavidad pélvica y un receptáculo que albergue al futuro ser. Una de las grandes diferencias entre la anatomía masculina y femenina estriba en la diferencia morfogénica entre ambos sexos, ya que en la morfología femenina existe una independencia de los tres sistemas perineos (uretra, vagina y ano) y el hombre un sistema de cloaca con 2 orificios (ano y pene urogenital). La mujer, biológicamente es más fuerte que el hombre. El hombre posee la fuerza dinámica debido a su desarrollo y más fibra muscular, por lo que es más derrochador en su gasto energético. La mujer tiene el oído más fino y mayor desarrollo del gusto y el olfato (se supone que olfativamente hasta 2.000 veces superior).

## **CEREBRO**

Decía Paul Chauchard que el órgano sexual más importante del ser humano es su cerebro. Es un órgano formado por unos 11.000 millones de neuronas que establecen entre 1.000 y 10.000 sinapsis variables en función del aprendizaje, las lesiones, etc. y de como se adaptan las circunvoluciones; es la actividad cerebral la que nos hace ser conscientes de nosotros mismos y no sólo rige la inteligencia sino también los sentimientos y las emociones. Según recientes investigaciones de la universidad de California en ratones, existen 54 genes que podrían explicar la diferente organización del cerebro masculino y femenino, y no sólo debido a una respuesta hormonal. La sexualidad es por tanto, una facultad mental asentada en las conexiones y circuitos. En el ser humano, la diferencia se encuentra en el hipotálamo, sito en la base del cerebro y organiza los automatismos inconscientes y las conductas destinadas a la adaptación y supervivencia, regulando y motivando la alimentación, defensa y satisfacción sexual, para lo que debe ser excitado por estímulos internos o externos, producidos por la acción de las hormonas sexuales durante las fases embrionarias y posteriormente durante el desarrollo como seres humanos; su eliminación supone la eliminación de la actividad sexual.

Respecto a la localización de las estructuras cerebrales responsables de estas conductas morales, la corteza prefrontal parece ser el lugar más indicado, no sólo por ser la parte filogenéticamente más moderna del cerebro, ya presente en todos los primates, sino porque sus lesiones hacen del humano un ser inmoral o amoral, egoísta, desconsiderado con el prójimo y cruel (parecido a la transformación en Mr. Hyde del Dr. Jekyll en la conocida novela de Stevenson). La región más primitiva del cerebro es el lóbulo olfativo, donde se desarrollan los centros más antiguos de la vida emocional. De él se empiezan a formar capas que componen el sistema límbico (del lat. Limbus, anillo), que constituye el tallo encefálico, sito en la parte superior de la médula espinal. Este es el que se encarga de las funciones vitales básicas y agrega las emociones propiamente dichas a nuestro cerebro, cuya evolución dió lugar al aprendizaje y la memoria, que permitía al sujeto un proceso de discriminación de lo bueno y lo malo. Con el paso del tiempo, dieron lugar al cerebro pensante: el neocortex, en el que se asientan el pensamiento y todo aquello que nos llega por los sentidos, incluyendo los sentimientos, como el amor. Las estructuras límbicas se encargan del placer y de la libido, pero la aparición del neocortex y sus conexiones con el sistema límbico permiten el vínculo paterno/materno-filial, fundamento de la unidad familiar y del compromiso para criar a los hijos, lo que posibilita la continuidad de la especie humana. En las especies carentes de neocortex (como los reptiles) el afecto materno/paterno no existe, lo que condiciona conductas en los padres como la de devorar a sus crías. También el comportamiento de las personas con lesiones de la corteza orbitofrontal, que inhibe el sistema límbico, genera conductas anormales para los parámetros asumidos por la sociedad.

La parte más evolucionada es el cortex o neocortex y la parte sub-cortical; el neocortex designa la capa neurológica más externa y es donde están asentadas las funciones más complejas, la sensibilidad perceptiva, la motilidad, el lenguaje, el aprendizaje, la conciencia y el pensamiento, especialmente en la región frontal donde se produce la asociación y coordinación de los procesos mentales, destinado a integrar de forma coherente los fenómenos pulsionales, emocionales y racionales; el hipotálamo y el sistema límbico o rinoencefalo, el cual se encuentra en torno al tronco cerebral e integra sensaciones, percepciones y programa las respuestas que otras estructuras ejecutarán. Es el centro regulador de las reacciones emotivas y afectivas, lleva nuestras emociones y sentimientos y todas ellas dependen del buen funcionamiento de este. El cerebro es la síntesis entre la vida orgánica y la psíquica. Actualmente se intenta la localización de las regiones implicadas en la conducta sexual que se piensa que puede servir para diseñar estrategias para solucionar o corregir disfunciones; se sabe que la apomorfina estimula los receptores de la Dopamina D2.

En resumen, la actividad sexual regula el impulso sexual, la dinámica erótica, la sensibilidad erógena, las reacciones sexuales del organismo y la interrelación y vinculación afectiva.

### **Varón:**

Es más asimétrico, donde cada hemisferio está más especializado en sus funciones. Utilizan primordialmente el lado derecho del cerebro. Está mejor preparado para la ciencia y tecnología, aritmética, cálculo y el manejo de los datos espaciales y análisis de procesos sociales.



## Mujer:

Es más simétrico, con sus funciones más repartidas entre los dos hemisferios. Utilizan primordialmente el lado izquierdo del cerebro. Está mejor preparado para el procesamiento del lenguaje, la fluidez verbal, la inteligencia emocional, así como en la rapidez del procesamiento perceptivo, siendo más capaces de intuir cual es el estado afectivo y emocional del ambiente y los interlocutores. Su cerebro tiene más garantías de conseguir resultados aceptables a cualquier función.

Según Edward Coffey, la educación reduce los cambios en el cerebro relacionados con la enfermedad o la edad, y permite a los individuos resistir la influencia del deterioro de la estructura cerebral manteniendo mejor las funciones relativas al conocimiento y el comportamiento.

## VARÓN

### Testículo:

El testículo es una glándula que pesa unos 42 g. con una doble función:

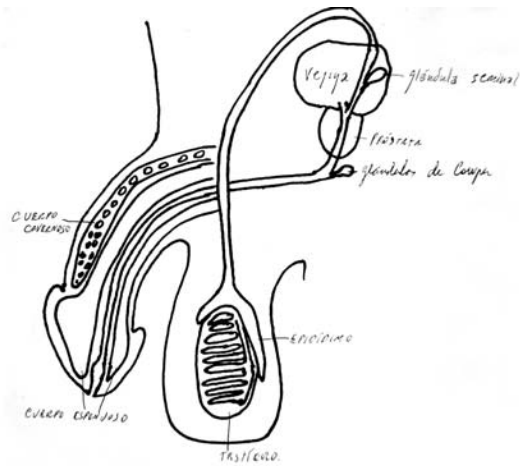
- Endocrina: en la que produce y secreta hormonas como la testosterona,
- Exocrina: Generan espermatozoides, madurándolos en los túbulos seminíferos, los cuales no tienen el mismo código genético que el resto de las células del cuerpo, lo que permite que al practicar una vasectomía éstos no van a ser reconocidos por el cuerpo y son atacados.

El testículo tiene las siguientes capas escrotales: la primera, la capa albugínea, procedente del gubernáculo genital, una capa formada del peritoneo que formará la capa celulosa, una capa fibrosa y una capa cremasterina así como el dartos que separa ambas bolsas escrotales y, rodeando el pene actúa como ligamento suspensorio. Tejido celular subcutáneo y por fin el escroto.

En cada eyaculado de unos 3-5 CC., vamos a expulsar unos 250 mill. de espermatozoides/cc. Hace 50 años el varón tenía 60 mill. de espermatozoides/cm<sup>3</sup> y en la actualidad es de 20 mill.; en un eyaculado de número, movilidad y morfología espermática normal el 50% serán móviles y más del 30% con una forma normal y sólo un 15% de espermatozoides son capaces de fertilizar un óvulo. Para que un eyaculado sea fértil, debe tener más de 6 mill./ml. La temperatura idónea deberá estar entre 35.5 y 36 C°.

### Epidídimo (epi, sobre y didimos, testículo):

Actúa almacenando los espermatozoides hasta el momento de la eyaculación. Consta de cabeza, cuerpo y cola y continúa con el conducto deferente que forma con el cremaster, vasos y nervios el cordón espermático.



**Tubos seminíferos:**

Forman la red testicular de Haller, que se abren formando el epidídimo

**Las glándulas seminales:**

Aportan energía al espermatozoide en forma de líquido rico en fructosa.

**Glándulas de Cooper:**

Actúa como lubricante natural, como limpiador de la uretra para el paso del semen y como anfótero, al ser la orina ácida. En muchas ocasiones, estas glándulas van a contener espermatozoides de eyaculaciones anteriores, que puede ser excretado sin que el sujeto se dé cuenta, lo que puede ser causa de embarazos, por lo que se le llama popularmente “la gota del deseo”.

**Próstata:**

Se encarga de segregar sustancias para mantener el semen en buenas condiciones.

**Pene:**

Es el órgano copulativo y se caracteriza por la unión de los cuerpos cavernosos encima del bulbo esponjoso que está recubierto por la fascia de Buck o Buschke, que es una continuación del dartos, una membrana inextensible cuya función es limitar el crecimiento del pene así como permitir la tensión y potencia suficiente para el momento de la cópula. El hombre es el único primate que no tiene hueso en el pene que selle la relación para que no escape el semen; para ello, la naturaleza lo que ha hecho es dotar al hombre de un pene más largo (en proporción a su tamaño) que permita alojar el semen lo más profundamente posible.

**ERECCIÓN****Factor arterial:**

El tejido cavernoso está compuesto por musculatura lisa sobre el que la Acetilcolina libera ácido nítrico expandiendo y aumentando el tamaño de sus fibras. Este proceso se puede ver dificultado en personas con arterioesclerosis, valvulopatías y neuropatías diabéticas, etc.

**Factor Venoso:**

Conforme se dilata el tejido cavernoso, comprime las venas circunflejas hasta no permitir la circulación sanguínea. El hombre asocia el tamaño de su pene a la masculinidad, lo que a las mujeres les preocupa poco, ya que ellas prefieren el hombre en general, esto es, la manera en que se les seduce, el cariño, etc. Es la falta de educación sexual de la pareja y no el tamaño del pene, la causa de insatisfacción sexual de la mujer y de la pareja. Además, las medidas en erección son bastante parecidas; la única dificultad puede acontecer en penes menores de 7 cms. en erección, por las dificultades que tendrá para la penetración y poder depositar el semen cerca del cérvix para la fecundación. Las medidas promedio (en cms.) son:

	Longitud	Diámetro	Circunferencia
Flaccidez	5-10	2'5	8
Erección	13-18	4	10-11

Existe un libro llamado “El libro del pene” de Maggie Paley y encuestas más o menos fiables sobre el tamaño en que se ataca algunos tópicos. Al parecer el tamaño promedio mayor lo tiene los caucásicos (y no los africanos) con 16’5, pero los africanos tiene el promedio mayor en flaccidez, y el promedio menor los asiáticos con 13’9. Insistimos: el tamaño no importa. Penes demasiado grandes también pueden ser un problema por la sangre necesaria para conseguir un a erección, lo que puede provocar erecciones poco consistentes. En algunas tribus de África elongaban los penes mediante pesas, pero los dejaba inservibles para las relaciones por desgarrros en la fascia de Buschke.

La circunferencia máxima es de 17’1 cm y la mínima de 4’4.

Existe un tipo de intervención quirúrgica que permite “elongar “ el pene unos 2-3 cms., que salvo casos de micropene no son recomendables.

El pene tiene de forma fisiológica una pequeña desviación normal, pero también puede suceder otras dos situaciones:

- El Recurvatum penis, es congénito, puede ser leve o moderado y no requiere tratamiento por no dificultar el coito si no es severo.
- La enfermedad de Peyronie que es una torcedura adquirida, generalmente a partir de los 50 años, por una calcificación del tejido fibroso interno de los cuerpos cavernosos, corvándose hacia el lado de la calcificación, lo que produce una erección dolorosa y difícil, produciendo disfunción eréctil y que puede estar asociado con diabetes, gota, traumatismos peneanos, flebitis peneana y uso de fármacos betabloqueantes y que puede ir acompañado de la contractura de Dupuytren.

El diagnóstico se realiza mediante una anamnesis correcta con palpación de los cuerpos cavernosos, ecografía y valoración de la rigidez axial del pene.

Los tratamientos son la administración de Vitamina E oral, antiinflamatorios esteroideos, inyecciones y cirugía para corregir el desvío e impotencia. Recientemente las prótesis peneanas han supuesto una buena solución.

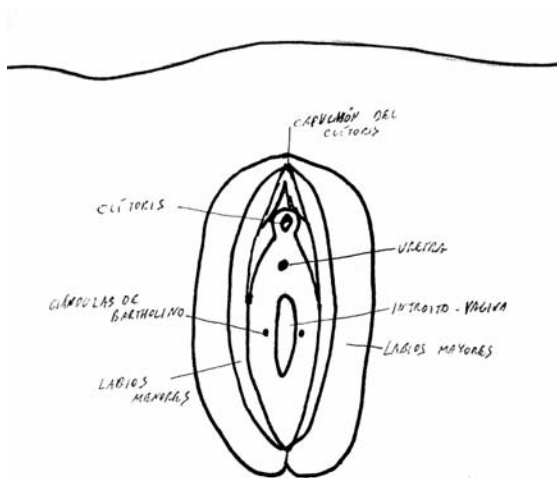
## MUJER

### Glándulas de Bartholino:

Situadas a ambos lados del introito, ayudan en la lubricación, pero no son las únicas estructuras encargadas de ello.

### Glándulas parauretrales o de Skene:

Se encuentra entre el meato urinario y la vagina, cuyas células son similares a las de la próstata del varón y que a veces, durante el orgasmo, aboca en la vagina un líquido rico en fosfato.

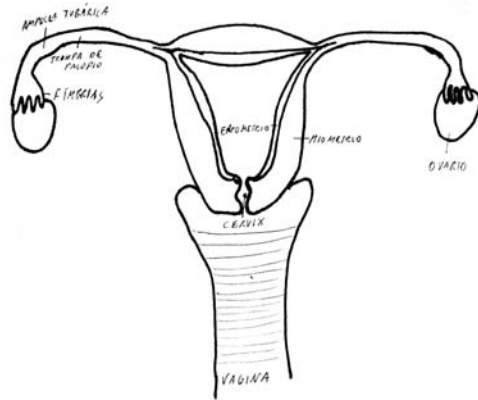


## Ovario:

A partir de los folículos primarios aparecerán los ovocitos que acabarán dando mediante su maduración, un óvulo primario haploide y un crepúsculo polar. Cada ovario contendrá unas 200-500.000 ovogonias de los que sólo unas 400 madurarán en óvulos.

## Trompas de Falopio u oviductos:

Son unos canales de 10-12 cm que se encuentran intraperitonealmente con unas digitaciones llamadas fimbrias, encargadas de recoger al óvulo cuando sale del ovario durante la ovulación. El interior de la trompa está recubierto de unos cilios que impulsan el óvulo hacia el útero. La fecundación suele producirse en la ampolla tubárica, una especie de ensanchamiento en el cayado de la trompa.



## Útero:

El útero tiene 3 partes: Fondo, Cuerpo y cérvix. Tiene forma de pera invertida. Se formó de la unión de los 2 conductos de Müller. Es el órgano receptor y protector del nuevo ser en formación. Es un órgano con una masa muscular de gran potencia y resistencia, hasta el punto que es uno de los últimos órganos del cuerpo en iniciar el proceso de putrefacción post-mortem (más allá de las 42 horas).

Formado por 3 capas:

- Mucosa o endometrio,
- Muscular o miometrio
- Serosa.

Su capa interna, el endometrio, va a sufrir en cada ciclo menstrual los cambios pertinentes para prepararse para un embarazo, tanto si se produce (gestación) como si no (menstruación), guiado por el ascenso de los niveles de la hormona luteínica que advierte a la hipófisis que inicie un nuevo ciclo.

## Vagina (Del lat. Vagina, vaina):

Es un canal elástico con pliegues que permiten su dilatación en el momento del parto. Durante mucho tiempo se ha creído que no era más que eso, la vaina del arma del guerrero, un tubo que sólo sirve para la cópula y como canal del parto. Posteriormente se han encontrado funciones defensivas mediante el ácido láctico o los bacilos de Döderlein, o mediante las contracciones expulsoras de aquellos cuerpos extraños que puedan invadirlo, así como partes sensibles (como el polémico punto de Grafenberg).

Durante la cópula, esta suele tener un proceso, llamado efecto tienda, de elongación que en ocasiones antecede a la respuesta orgásmica.

## **Vulva:**

Formado por:

- Labios mayores, formados de grasa y que protegen todo el complejo vulvar.
- Labios menores, que limitan el introito.
- El monte de Venus.

## **El clítoris**

En la confluencia superior de los labios menores, recubierto por el capuchón. Este órgano eréctil tiene las mismas terminaciones nerviosas que el pene, a fin de cuentas, deriva del mismo material embrionario y en opinión de muchos estudiosos es el verdadero responsable del placer en la mujer. Helen O'Connell en 1998 demostró que el clítoris continúa hacia el interior bifurcándose en v y con una longitud de 7'5-9 cms. que cuando se excita, se congestiona aumenta su tamaño, lo que contrae el tercio exterior de la vagina –la más sensible– y ayuda a la consecución del orgasmo.

## **HIGIENE GENITAL**

### **MUJER**

La vagina tiene un mecanismo de defensa propio al ser un medio ácido difícil de franquear incluso para los espermatozoides (que son básicos) y lo realiza mediante el ácido láctico y los bacilos de Döderlein, bacterias saprófitas gram+ responsable de la acidificación de la vagina (se encuentra también en el intestino) y que aumentan su número cuando la dieta es rica en productos lácteos. En algunas ocasiones, esta diferencia de ph puede causar vulvodinias, conocidas como alergias al esperma y que deben ser tratadas.

En la higiene diaria, es un error ser agresivos en esta zona, ya que no todos los jabones son idóneos para la higiene genital. Lo correcto es usar jabones ph 5.5, aplicando el jabón directamente con la mano, primero vulva y luego ano, para secar posteriormente con una toalla limpia. Las duchas y lavados vaginales son innecesarias e inapropiadas y mucho menos si son con agua caliente, ya que altera la flora vaginal, reduciendo las bacterias y la mucosa que la protegen, lo que permite que proliferen las infecciones.

Es recomendable mantener la zona en condiciones de humedad óptimas, por lo tanto, en piscinas y gimnasios será importante secarse bien, ponerse lo antes posible ropa seca y evitar sentarse sobre superficies húmedas.

Una de las infecciones más comunes es la candidiasis (*Candida albicans*), que suele aparecer al alterarse el ph o por la ingesta de algunos tratamientos, como anticonceptivos orales o antibióticos, o por una bajada de defensas, que permite que este organismo que vive saprófito en la vagina, colonice. Una de las formas de tratamiento se realiza mediante baños de asiento con bicarbonato, ácido acético (vinagre) o povidona yodada ya que ayudan a restituir la acidez de la vagina o tratamientos locales con óvulos de clotimazol al 1% (canesten®).

Otra forma de prevención es el uso de prendas que permitan una correcta transpiración, a ser posible de algodón y con forma holgada evitando el uso continuado de los salvaslips, así como el de pantalones ajustados, medias y ropa interior de fibras sintéticas.

## **VARÓN**

La higiene del varón también debe ser cuidadosa. Se realizará mediante la retirada de la piel del prepucio hacia atrás, de forma que deje al descubierto el glande hasta el surco balano-prepucial, para poder retirar el esmegma que pueda quedar allí acumulado. El esmegma es denso, cremoso, blanco-amarillento y está formado por orina y el líquido secretado por las glándulas y que impiden que las mucosas se resequen. Este esmegma puede producir irritaciones. Esta higiene se realizará con jabones poco agresivos (ph 5´5) y mediante chorro de agua o incluso una gasa si este estuviese demasiado pegado.

En ocasiones, la piel del prepucio no corre hacia atrás, lo que se conoce como FIMOSIS (del griego, estrechamiento). Ésta tiene diversos grados. El problema es importante, hasta el extremo que la falta de higiene del varón está en la relación estadística directa de cáncer cervical en la mujer, así como problemas como la balanitis y vaginitis.

Si el problema se detecta cuando el varón es menor, se puede realizar ejercicios de retracción de la piel, que pueda hacer ceder la piel para una correcta higiene y/o relación sexual.

Otra forma de tratamiento es mediante pomadas de glucocorticoides que permiten ablandar la piel para facilitar la retracción del prepucio.

Cuando el problema es muy severo, se puede recurrir a la Circuncisión, intervención quirúrgica que consiste en retirar esta piel, dejando el glande al descubierto, el cual creará una queratización del glande, lo que reducirá la sensibilidad sobre el mismo. Esta intervención se practica con anestesia local en los varones de más de 16 años y anestesia general en los menores.

## EL IMPULSO SEXUAL

La atracción sexual puede definirse como el proceso y el estado emocional positivo y placentero que induce el acercamiento de una persona a otra con el propósito esencial de llevar a cabo una actividad o intercambio sexual. Los motivos de la actividad sexual no tienen como único fin la preservación de la especie, sino también el deseo de cercanía, la concepción, una forma de expresión de afecto entre la pareja, la necesidad de atención o incluso para manipular a la pareja o para reducir la ansiedad diaria. Algunas familias de chimpancés (los bonobos) disfrutaban de las caricias y utilizan en sexo de forma socializadora, para solucionar conflictos y crear climas agradables incluso entre los de su mismo sexo.

El ser humano y algunos homínidos no dependemos para nuestra sexualidad sólo de las tasas hormonales, sino también de las influencias de nuestro entorno socio-cultural, pudiendo incluso inhibir la conducta sexual. Todo ello se ha podido comprobar en estudios a sujetos castrados física o químicamente en los que no se ha visto reducido el deseo sexual. o en aquellas personas que han elegido el celibato (como son las órdenes religiosas).

La mayoría de los mamíferos permanecen sexualmente inactivos la mayor parte del tiempo y copulan sólo cuando la hembra está en celo. En el ser humano la ovulación está oculta para el varón y la receptividad femenina puede darse en cualquier momento, lo que induce pensar que en la mayoría de relaciones no habrá fertilización. Para Donald Symons, el chimpancé masculino caza un pequeño animal y lo comparte con la hembra en celo, lo que le llevó a pensar que para la mujer primitiva, el hecho de mantener un constante estado de celo le asegurase el alimento de los cazadores masculinos.

Muchos animales realizan auténticos rituales que nadie vacila en definir como eróticos. En la actualidad, incluso con lo desmitificado que está el sexo, estimula más intentar adivinar lo que esconde un cuerpo semidesnudo o vestido de un modo provocativo que un desnudo; subsiste una inconsciente necesidad de añadir el aliciente de lo prohibido. Es más erotizante intuir que ver. Una mirada o la forma de mirar puede ser más “electrizante” que un desnudo. Lo que sí es cierto es que el hombre se fija principalmente en las mamas y glúteos, mientras que las mujeres se fijan más en los glúteos que en el área genital. Cuanto más amamos a la persona que ha suscitado esos sentimientos, tanto más nos sentimos física y afectivamente satisfechos y dispuestos a satisfacerla. No existe amor ni afecto sin reacciones corporales y no pueden separarse de todas las sensaciones y los sentimientos que invaden nuestro cuerpo y nos impulsan hacia nuestra pareja. Por ello, cuando nos masturbamos, debe-

mos asociar las sensaciones físicas, incapaces por sí mismas de conducir al orgasmo mediante imágenes mentales que integren al acto autoerótico, como si esta fuera real.

Inhibidores del deseo se han descrito muchos; lo que no está tan demostrado es el verdadero efecto estimulador de los afrodisíacos. Según Tiefer no necesitamos más sexo sino de mejor calidad. La falta de deseo de muchas mujeres se debe a las escasas aptitudes de sus amantes.

La presencia o pensamiento de una persona que tenga para nosotros un significado preciso puede poner en marcha mecanismos que no moverá otra persona que no consideremos digna de atención o interés. La sensualidad forma parte de los sentimientos y de nuestra mente. En el acto amoroso participan todos los sentidos, entre ellos se enriquecen y enriquecen la relación, siendo, a veces, nuestro estado mental el que despierta los sentidos. Esta actividad debe sentirse como un placer y no como una obligación.

Tradicionalmente se ha creído que para la mujer la sexualidad tendría que estar legitimada por el amor, mientras que en el varón no necesariamente. La codicia y la ambición de poder se alimentan en la imagen de uno mismo. El antisexualismo de las sociedades autoritarias y sus gobernantes no es ideológico y empujan la sexualidad femenina a su función reproductora bajo una sociedad patriarcal que detenta y organiza el poder. La separación de los aspectos recreativos del sexo respecto de los reproductivos o afectivos han dado al traste con la represión; ahora cualquier persona puede hacer uso de su sexualidad con la libertad suficiente, pudiendo mantener su sexualidad de manera relacional o recreativa, según lo desee, incluso llegan a rechazar las actitudes femeninas impuestas por los hombres. En la pareja que goza de relaciones de igualdad, todos los aspectos son acogidos con interés y entusiasmo, teniendo menos obstáculos para expresar sentimientos negativos o positivos. Para Vicente Gascón, “en la pareja, ninguno es débil excepto para trasladar el frigorífico”.

A la mujer le gusta que la valoren aunque se sentían privadas de su feminidad cuando el papel de esposa y madre se le iba de las manos. El varón desde el papel ingenuo del joven en erección constante que se hunde cuando esta no sucede, estereotipo de irresistibilidad ante las mujeres que al venirse abajo le causa frustración; la actividad de ligar para apuntarse un tanto sólo indica una gran inseguridad interior. Para el hombre, el sexo es algo externo; para la mujer algo interno. Recibir al hombre dentro de sí es agradable, pero el hombre es un intruso; considera el sitio donde vive como un sustituto de su cuerpo mientras que para el hombre es como su propio cuerpo.

Existen diferencias entre las formas de impulso de cada uno de los sexos:

El impulso masculino:

Es fetichista. Al hombre la mujer le entra por los ojos. Es el deseo. El placer más primario, más físico, más animal, más egoísta y explosivo. A veces busca sólo el relax, el descanso, como una forma de controlar un grado de estrés puntual, no como un elemento de placer.

El impulso femenino:

Más entregado a las sensaciones, excitándose más por lo que oyen que por lo que ven y disfrutando más del contacto que del orgasmo. Su concepto de orgasmo es más general, por lo que la no existencia de orgasmo físico no implica una experiencia



sexual intensa. Es una relación más entregada y la vivencia del orgasmo es más intensa en el espacio y el tiempo.

La relación sexual es un espejo de su relación personal, en la que cada uno está atento a los deseos del otro. La aceptación de la responsabilidad sexual significa informar y cooperar. En nuestros compromisos sexuales no somos responsables más que de nosotros mismos.

Una buena relación sexual exige que la pareja sea sexualmente compatible, debiendo existir una cierta atracción física. El deseo de uno puede superar al del otro y la incompatibilidad debe incluir la tolerancia.

El reloj y el calendario son dos elementos extraños a una relación sexual feliz. Las situaciones de estrés o los horarios de trabajo influyen en la relación sexual; al aumentar el cortisol, disminuye el apetito sexual; es muy fácil dar prioridad a todo antes que al sexo, perdiéndose el interés, cayendo en la rutina, en lo que algunos llaman el desfase del deseo. Para muchos la hora del día ideal es las 7 de la mañana porque se produce el punto más alto de progesterona (que influye en el deseo) incrementándose el flujo vaginal,... pero es la hora de prepararse para la actividad diaria, de las prisas. Este y otros factores ha hecho que el momento preferido para las relaciones, según la Federación Española de Sociedades de sexología (FESS), sea los fines de semana (67%), después de cenar fuera (45%) y antes de dormir (49%), en la propia habitación (93%). Se da gran importancia a las relaciones y el nivel de satisfacción es elevado. A finales de 2004, Santiago Dexeus denunciaba en prensa que un elevado porcentaje de varones entre 18 y 45 años consumían sindelafilo y otros similares por la obsesión que tienen de que su sexualidad se mide por la capacidad de penetrar.

La búsqueda apresurada del orgasmo, olvidando las caricias, también conduce a la rutina. A veces es la sorpresa, lo inesperado, lo que mantiene el atractivo romántico de la relación, convirtiendo así la seducción en el arte de descubrir, comunicar, complacer... cuidando el aspecto, los olores, sabores, susurros, música, iluminación, forma de mirar y dejarse ver, de tocar y ser tocado, etc., el ser sensitivo de forma integral, esforzándose para atraer la atención de la pareja. El ser humano es emocional y puede llegar a perder el control ante la persona amada. En una encuesta realizada por la casa Durex (2001), se llegó a la conclusión de que en España se practica el coito alrededor de 1'5 veces semana de media (90 veces al año), principalmente en fin de semana, debido a que es tiempo de descanso y el aumento del tiempo en que la pareja pueden estar juntos. En otro estudio de Durex (2002) se observa que los homosexuales tienen algo más frecuencia que los heterosexuales en sus relaciones (un promedio de 108 veces anuales), siendo su primera relación hacia los 16'7 años (inferior a los heterosexuales que lo hacen a los 17'5).

El problema de los desajustes horarios entre las parejas produce en el miembro rechazado problemas de autoestima, llegando a confundirse la inapetencia con el desamor, que puede abocar la relación en infidelidades. No hablar con nuestras parejas supone una falta de comunicación que puede inducir esta rutina al repetirse los mismos gestos ante la creencia de que es lo que se espera de nosotros y lo que esperamos del otro. También la rutina puede ser causa de infidelidad.

La ingesta alimentaria: un exceso de comida puede inhibir las relaciones ya que la sangre se concentra en el estómago y no en el área genital. El alcohol en dosis

moderadas (1-2 copas) actúa como estimulante al provocar vasodilatación generalizada y desinhibición, pero en exceso inhibe la relación y la libido, así como la capacidad de disfrute.

## LOS 5 SENTIDOS

La época del año influye relativamente sobre la relación, al influir en el coqueteo con ropas ajustadas que permite tiernos roces. El masaje y el baño pueden estimular la sensualidad/sexualidad a través del tacto, si además lo apoyamos en sensaciones olfativas mediante algunos perfumes. El beso puede expresar una amplia gama de emociones, desde las más superficiales hasta la mayor de las pasiones.

Las fantasías sexuales son necesarias puesto que desaparecen las imperfecciones y se coordinan las emociones personales, se transforma el mundo real hasta puntos desconcertantes. No es necesario compartir las fantasías con el compañero ni este tiene porque sentirse celoso. No hay que confundir sueño con realidad, sólo aceptarlos. En personas que han optado por el celibato, si la excitación sexual desaparece durante largo tiempo, se agotan las fantasías y los deseos imperiosos. La rutina también puede acabar con el deseo. No se trata de una actitud moral, sino de comportamiento, modo de entender la realidad física que une a dos personas.

El lenguaje de los ojos establece una relación directa, casi corporal (por ello nos sentimos incómodos cuando alguien a quien no queremos corresponder, nos mira fija y prolongadamente). Mirar significa decirle algo, obligarle a dar una respuesta y casi siempre se interpreta como mensaje erótico. En cambio la sociedad nos bombardea con imágenes que nos obligan a ver en vez de a mirar, a utilizar los ojos pasivamente para recibir y no para comunicar mensajes.

Hablar de sexo con nuestra pareja es fundamental, y en realidad hacemos lo contrario, nunca encontramos el momento de abordar el asunto. Si no se siente placer y se finge, luego será más difícil confesarlo; hay que hacerlo con palabras que no hieran, poder decir “me encantaría que me hicieras”, en lugar de “lo haces mal”.

La sexualidad puede ser también el camino para el diálogo; cuando hay emociones y pensamientos que intercambiar, estos pueden surgir más fácil y espontáneamente después de la relación sexual. El sexo puede ser el punto de partida para nuevas experiencias y descubrimientos, con un sentimiento de disponibilidad recíproca y leal, pero no está hecha únicamente de atracción física, ni de estar bien juntos como una amistad. El aburrimiento y la falta de deseo se hace sentir tarde o temprano en todas las parejas, por lo que el diálogo debe impedir que la relación se deteriore.

La obsesión por la relación penetrativa para la consecución del orgasmo es propio de muchas parejas, especialmente del hombre, mientras que para la mujer es más el final de un periodo de excitación y no como un mero fin.

La sensibilidad erógena varía a lo largo de la edad. Una persona que se sienta segura de su cuerpo y con una alta autoestima, puede alcanzar mayores cuotas de satisfacción que otra que no. Algunas personas con bajo deseo sexual buscan a menudo suplir sus carencias. De hecho, durante muchas épocas se ha atacado a aquellas personas primarias por dejarse vencer por sus instintos y no orientar esa fuerza a la consecución de otras metas no relacionadas con el sexo.

La diversidad del deseo se debe a factores ambientales, culturales y psicológicos, definidos en el apetito sexual. Los factores que influyen para una intensa vida sexual

pasan por la disponibilidad de un compañero, la presión psicológica, la buena forma física. También puede afectar la religión; personas con ideas más liberales tienen más tendencia a técnicas más imaginativas del juego sexual, al no dirigirlo todo hacia la procreación.

Algunas parejas pueden recurrir a algún tipo de complementos para romper la rutina de las relaciones; algunos de estos se conocen desde hace más de 2500 años en Egipto y en todas las culturas, incluso algunos aceites de masaje se hacen con sabores para que puedan ser usados también como complemento de la relación. Algunos de los más conocidos son los consoladores/vibradores, anillos para el pene, bolas Ben wa, etc.

## **ASPECTOS DE LA SEXUALIDAD**

### **Impulso:**

Es la compulsión que nos impulsa a la búsqueda de la persona u objeto amado. Depende en parte de factores constitucionales, influencias genéticas y en parte de acontecimientos psicológicos. Un intenso apetito sexual acompaña a un fuerte impulso.

### **Género:**

Describe nuestro conocimiento respecto al hecho de ser hombre o mujer.

### **Objeto:**

Es cualquier persona o cosa que nos atraiga sexualmente. Estas atracciones comienzan en la infancia y se pueden mantener toda la vida. Nos vemos impulsados por nuestras predilecciones que influyen en nuestra elección de la pareja y la conducta. No es extraño que el objeto cambie de posición en la escala de atracción y resulte menos atractivo con el paso del tiempo. El poder es un gran afrodisíaco, tanto para quien posee como para quienes deseen ser poseídas.

## **TEORÍA DE LA SIMETRÍA**

Nadie se aparee con cualquiera. Hay rasgos selectivos comunes en todos los humanos, sin distinción de culturas; en la anatomía de la pareja, las llamadas características de simetría del rostro y las proporciones físicas; Una faz simétrica, una mandíbula pronunciada, una buena masa muscular, son indicadores de un buen equilibrio hormonal, de una buena maduración biológica.

De hecho, las mujeres más atractivas para el hombre –según algunos estudios– son aquellas que exhiben caracteres reproductivos: relación cintura – cadera de 0'7 y mamas suficientes es considerado sexy, apariencia sana, piel y cabellos suaves, dientes sanos, y La elección es inconsciente. Son consideradas bellas aquellas que parecen sanas.

En la mujer parece que también influye la etapa del ciclo menstrual: durante la menstruación suelen tender hacia rostros más afeminados, más redondeados, mientras que durante la ovulación y/o el embarazo, hacia rasgos más rudos. También se busca una apariencia de salud y capacidad reproductiva, de constitución armónica y firme y contorno de mayor anchura de hombros que de caderas, pómulos marcados, ojos grandes y nariz pequeña.

También algunas teorías mantienen que hay relación entre la simetría del varón y la frecuencia y calidad del orgasmo.

## **SENTIMIENTOS**

El principal afecto es el AMOR, un sentimiento de agrado, un deseo de compartir y participar de la vida de la persona amada, un afinidad en cuanto a opiniones y actitudes ante la vida. El amor no es ignorado, pero el énfasis en la relación sexual se centra en la gratificación física, en el que cada miembro de la pareja es el centro del mundo del otro. Las relaciones basadas únicamente en el atractivo físico están abocadas al fracaso a un plazo medio. También existen casos en que la persona puede tener amor a una persona, pero negarse a realizar actividades sexuales con ella por considerarlo impuro; el tiempo y las circunstancias reducen la intensidad del conflicto interno. Comenzada esta etapa con un compañero comprensivo, el amor puede crecer y la actividad sexual mediocre puede acabar buscando soluciones externas (amantes, ludopatía, etc.), o que se refugien en la masturbación y las fantasías. Para muchas de estas personas, la cuestión sexual se desvanece cuando aparece el amor.

La historia de la sexualidad es la historia de las relaciones sociales. A lo largo de la historia, y en muchas culturas, siempre se ha buscado vocablos distintos para definir los distintos “grados” de amor. En el castellano se distingue amor, querer, desear, estimar... . El valenciano Vol (te vull) frente al catalán que “estima”. Los griegos de la antigüedad distinguían el Agape del Eros, esto es, el amor espiritual del físico. Los franceses quieren (vouloir) las cosas, pero a las personas las aman (aimer). En el Inglés se distingue Love de Want.

## **ESTILO DE RELACIÓN AMOROSA**

Cuando estas reacciones se realizan de forma ciega, no racional, disculpando los defectos de la persona amada, estos defectos pueden convertirse, pasado el apasionamiento inicial, en causa de decepción que la convivencia prolongada puede convertir en disfunción afectiva. Muchas relaciones fracasan porque se repiten inconscientemente modelos que fracasaron anteriormente. Saber reaccionar contra la frustración y un espíritu autocrítico de nuestros propios defectos pueden ayudar a modificar actitudes y llevarnos a pautas de convivencia satisfactoria.

Depende del estilo de “amor” que se profese a la pareja, entendiendo este como un tipo de apego, definidos por Lee en los estilos siguientes:

- Eros: poderosa atracción física. Frecuencia sexual muy elevada.
- Ludus: Muchas relaciones adornadas por cantidad de juegos y fantasías. No existe compromiso.
- Storge: Amor de gran compromiso, muy parecido a una fuerte amistad.
- Manía: Mucha inseguridad y dependencia obsesiva de la pareja. Tendencia a la celopatía.
- Pragma: Predomina el pragmatismo de las relaciones.
- Agape: Amor altruista. Dedicación completa a la pareja, sin exigencias.

No son formas excluyentes entre sí, sino que una misma persona varía en su forma de amar, según las circunstancias vitales.

## **INFLUENCIAS SENSORIALES**

Para el inicio de la cascada hormonal es necesario un estímulo que lo active, y este estímulo suele ser vía sensitiva. En el acto amoroso participan todos los sentidos, aunque suele ser el tacto el principal. Para ello, desnudarnos y desnudar al otro debe ser algo agradable, en que nos gustemos a nosotros mismos y al otro. El juego puede incluir cuantos complementos queramos (baño, perfumes, música, sabores, etc.)

### **Vista:**

Suele ser más importante en el hombre que en la mujer. Puede actuar como estimulante observar que la pareja tiene deseos, como se ha arreglado para atraernos-satisfacernos, para crear una atmósfera especial, etc.

### **Olfato:**

Las terminaciones nerviosas olfativas no pasan por el sistema límbico y van directamente al cerebro. Las feromonas suelen ser motivo de iniciación de la respuesta sexual en los mamíferos, pero en el ser humano se piensa que es secundaria al perder importancia el bulbo olfativo. La sensibilidad olfativa de la mujer es superior a la del hombre, posiblemente porque son ellas las que deben elegir los mejores genes, siendo las zonas con más pelo las que más olor concentran. Los primates a los que se priva de olfato son incapaces de aparearse. Las personas nos empecinamos en ocultar nuestros olores naturales o sustituirlos por otros artificiales.

### **Oído:**

Más importante en la mujer. A veces influye cierto tono de la voz, un susurro, etc. (dulces, sensuales, agresivas). Las palabras forman parte del normal juego amoroso de pareja. La fraseología amorosa es bastante espontánea, con palabras impregnadas de pasión, entusiasmo. Las mujeres procesan mejor las sutilezas y los mensajes verbales, quizá porque tienen mayor parte de su cerebro dedicado a esta tarea y le conceden gran importancia a sonidos claros, diáfanos, sutiles.

El pudor, la represión y el miedo a estropear el ambiente o pronunciar frases inadecuadas, impulsa a muchas parejas a permanecer calladas. A veces no hay necesidad de hablar y el silencio es vivido eróticamente. Otras, existe una cierta necesidad de palabras malsonantes que ayuden a descargar tensión. Lo importante es que las palabras sean complemento del amor y no un estímulo por sí mismas, morboso y obsesivo.

Algunos autores han estudiado la importancia de la música durante la relación. En ocasiones se habla de ella como afrodisíaca, al estimular por el recuerdo al erotismo de cada uno. Además, algunas músicas tienen como objeto acompañar las demostraciones de amor y ritmos que invitan a la pareja a sincronizarse.

### **Gusto:**

Es un sentido muy importante, tanto por su importancia en los besos como en las relaciones buco-genitales. No en vano, recordemos que una de las fases del desarrollo humano es la fase oral en que todas las sensaciones placenteras y sensoriales pasan por la boca. También su importancia positiva y negativa en cuanto a las sen-

saciones que nos transmita nuestra pareja debido a su higiene o sus hábitos alimentarios o el nivel de cuidados de su boca.

### **Tacto:**

Nuestro primer contacto con el mundo extrauterino es el táctil. Incluso en la vida intrauterina ya tenemos sensaciones táctiles. La piel es la envoltura que contiene el organismo y es sensible a la temperatura, la presión y/o el dolor, aunque el grado de sensibilidad puede variar según el estado emocional del individuo y la zona del cuerpo de que se trate. Es el principal desencadenante de la respuesta sexual. Es más que un mero preliminar del sexo; tanto en la fase de excitación, mediante los tocamientos, masajes, etc., como durante la relación, tocar y ser tocados es determinante en la relación sexual, así como la forma de realizarlo. Se establece incluso una progresión de los contactos, de zonas de menor a mayor contenido erotizante; Es la mente quien dota de significado erótico a ciertas partes del cuerpo. El contacto proporciona confianza y seguridad emocional y afectiva.

Hay personas con zonas especialmente sensibles (no sólo del área genital) que pueden llegar a cotas elevadas de placer o a una respuesta orgásmica elevada; Labrador incluso afirma que “para algunas personas... las caricias y la estimulación táctil son el único procedimiento de conseguir el orgasmo... Sobre todo la mujer, encuentra un gran placer al ser abrazadas o acariciadas, de constatar que resultan importantes u objeto del deseo para su pareja”. Para muchas personas las zonas más sensibles son el cuello, las orejas y las manos.

Desde antaño existen mapas sensitivos, de lo que hoy se ha comprobado que dependen del entorno cultural y las experiencias previas, si bien existen zonas de mayor sensibilidad, coincidentes con terminaciones nerviosas.

## **INFLUENCIAS ESTACIONALES**

Al parecer hay factores que pueden estar influidos por el clima a las condiciones de luz, del calor estacional y los ciclos circadianos. Así, en los países tropicales, donde hay menos variaciones de luz y calor, la actividad sexual es más regular. En las zonas urbanas también afecta menos la luz que en las rurales por el excesivo tiempo de exposición a la luz artificial. Existe una teoría sobre que hay mayor actividad sexual a finales de verano por razones instintivas, ya que el hombre primitivo podía garantizar el alimento a la cría al nacer en primavera, evitando que muriese de frío.

## **INFLUENCIAS AFECTIVAS Y COGNITIVAS** **PERSONALIDAD**

La motivación depende de la personalidad e imaginación, y si se es introvertido o extrovertido; influye la cordialidad, la simpatía, que nos haga sentir valorados, que nos preste atención, nos de cariño y afecto.

## **INFLUENCIAS SOCIALES**

Hay un cierto matiz marcado por la moda que nos impulsa a seleccionar la pareja con unas determinadas características físicas (observemos como en los años 50-60 el estereotipo era Marilyn Monroe o Sofia Loren y como ha ido cambiando a mode-

los de los 90 y 2000 del tipo extremadamente delgadas); el cumplir estos cánones puede causar en los sujetos que no cumplen en todo o en parte ese esquema, problemas de autoconcepto, pudiendo angustiarles

## **EROTOFILIA / EROTOFOBIA**

Es la disposición a responder ante estímulos sexuales a lo largo de una dimensión positiva/negativa de afecto y evaluación. Esta disposición es aprendida y se desarrolla durante los procesos de socialización sexual

Las personas erotofílicas responden con emociones positivas ante el estímulo sexual, mostrando una mayor tendencia a buscar sensaciones y estimulaciones (mayor actividad autoerótica, facilidad para las fantasías, mayor número de parejas y de forma más satisfactoria, etc.).

Las personas erotofóbicas responden negativamente a la sexualidad, evitando estos estímulos.

Las diferencias entre parejas de personas erotofílicas y erotofóbicas predicen un nivel de insatisfacción sexual.

## **ACTITUDES**

La actitud ante la actividad sexual facilitará también la consecución de pareja. Mujeres y hombres sexualmente atractivos sonrían ampliamente, producen un roce "casual" y miran de forma intencionada.

Las mujeres caminan extendiendo a cada paso la pierna en su totalidad, el movimiento pendular natural de los brazos sin separarlos demasiado del cuerpo y la oscilación de las caderas.

Los hombres sexualmente atractivos, éste se caracterizaría por pasos más bien largos y firmes mientras que los brazos oscilan más ampliamente y algo más separados del cuerpo.

## **FANTASÍAS**

Es en el cerebro donde la imaginación hace nacer el deseo. Estas fantasías se inician en la infancia y adquieren gran fuerza durante la adolescencia. Pueden desplegar una amplia gama de reacciones placenteras o desconcertantes que no dejan de constituir una forma de expresión sexual y que pueden estimularse por cualquiera de nuestros sentidos (olfato, tacto, etc.). Suelen acompañar a la masturbación y sirven como un medio de preparación a la sexualidad, incluso puede llevarnos al orgasmo, como pasa con las eyaculaciones nocturnas del adolescente. Cuando dos personas se atraen, las fantasías se despiertan solas, pero cuando se estabiliza, hay que trabajar para evitar la rutina.

La capacidad de fantasear es importante, ya que en la elaboración de un constructo mental que puede representar el objeto de nuestro deseo, construida a base de experiencias que, dependiendo del estado afectivo, elegiremos la imagen más representativa. La experiencia condiciona la fantasía y la fantasía puede inducir o aumentar la excitación sexual. Todos tenemos fantasías, pero sólo algunos se permiten disfrutar de ellas, puesto que hay quien tiene sentimientos de culpa al comprobar lo ilimitado de la imaginación. No siempre son deseos insatisfechos y a veces pueden defraudar cuando al llevarlos a la práctica no coincide con las expectativas. No siem-

pre tienen porque compartirse con la pareja, aunque hacerlo enriquece la relación sexual y no tiene porque significar una prueba de amor.

Algunas personas se apoyan en fotografías, películas o literatura para realizar sus fantasías.

Master & Johnsons hablan de 2 tipos de fantasías:

- Espontáneas o de fluctuación libre: de aparición espontánea
- A corto plazo: como una idea fija que incrementa nuestra motivación

Existen algunas diferencias entre las fantasías de hombres y mujeres. Los hombres se excitan con imaginar las zonas eróticas, mientras que la mujer, lejos de pensar en los cuerpos, los temas más recurrentes son las relaciones anónimas, en público, con cierta violencia, homosexuales y el placer de lo prohibido.

## **RELACIÓN ENTRE LOS CENTROS NERVIOSOS SUPERIORES Y LAS GLÁNDULAS ENDOCRINAS MEDIADAS POR EL HIPOTÁLAMO**

Los sentimientos tienen un sustrato en nuestro cerebro, incluido el amor. Estamos definidos por nuestro cerebro. Somos lo que es nuestro cerebro, porque la actividad mental es lo que nos hace ser conscientes de nosotros mismos. Los sentimientos y emociones tienen un sustrato anatómico en el sistema límbico que tiene proyección sobre nuestra corteza –la parte más evolucionada y racional del cerebro–, lo que permite que podamos controlar nuestras emociones. Andrea Bartels realizó experimentos mediante resonancias magnéticas para comprobar como reaccionaba el cerebro y se observó que la contemplación del ser amado activaba dos áreas del cerebro:

a) La insula media, relacionada con los instintos

b) La corteza cingulada anterior, implicada en los procesos emocionales y emotivos y otras 2 áreas dejaban de funcionar: la amígdala y el giro cingulado posterior.

El cortex se desconecta en favor del cerebro medio, dando rienda suelta al inconsciente, la cantidad de hormonas secretadas varían en función de la persona, hora del día, clima, etc. Para M. Leibowitz, el amor es una emoción compleja en las que intervienen varios tipos de moléculas que producen los característicos arrebatos sentimentales. Entre estas la Fenil-etil-amina (FEA) interviene en la atracción, el afecto y estimula la secreción de dopamina, norepinefrina, endorfinas y encefalinas que generan euforia. Se produce un aumento de oxitocina en las mujeres y de vasopresina en el hombre. En el cerebro, hormonas y neurotransmisores se unen a los receptores neuronales y desencadenan los efectos libidinosos.

Las primeras conclusiones sobre la acción de la FEA estuvieron relacionados con la depresión, ya que se observó los bajos niveles de esta amina en personas depresivas, y como su administración estaba ligada a comportamientos afectivos y de euforia.

### **Hipotálamo:**

Sito en la base del cerebro, regula los niveles de hormonas sexuales. El sistema límbico a través de las conexiones hipotalámicas media entre reacciones sobre la reproducción y el deseo y conecta con la memoria. Un descenso anormal de estas sustancias, provocará la inhibición del deseo sexual. Lo que no está tan claro es que el exceso lo incrementa. Este mecanismo puede convertirse en emociones.



### **Área medial pre-óptica:**

En el área pre-óptica se produce oxitocina, esenciales en el parto y la lactancia y cuya subida está relacionada con el orgasmo en ambos sexos.

### **Núcleo neuromedial:**

Influye en la excitación de la mujer, en el que actúa el estrógeno aumentando la sinapsis, generando receptores de progesterona.

### **Corpúsculos de Meissner:**

Situado en la base del cuello, envía un mensaje al hipotálamo de la producción de un contacto.

## **INFLUENCIAS BIOQUÍMICAS NEUROTRANSMISORES**

### **Acetilcolina:**

Actúa sobre los receptores muscarínicos, estimulando la vasocongestión genital y provocando la erección del pene y el clítoris.

### **Dopamina:**

Se libera en determinadas regiones del cerebro cuando se produce una actividad sexual:

Actuando sobre receptores D1 favorecen la vasocongestión genital

Actuando sobre receptores D2 inhiben la vasocongestión genital

La dopamina puede estar acentuada en la esquizofrenia, por lo que se administrará neurolépticos, que pueden provocar galactorrea.

### **Adrenalina:**

Aumentan la irrigación de los músculos.

### **Noradrenalina:**

Es una catecolamina que tiene que ver con la motivación sexual y el enamoramiento

A nivel central inhibe la vasocongestión tanto de los receptores alfa-1 como alfa-2

### **Serotonina:**

Sobre receptores (dependiendo de los sexos y niveles de concentración):

5HT1 - Estimula la tumescencia genital

5HT1A y 5HT2 - Facilita o inhibe la tumescencia genital.

### **Melatonina:**

Induce al sueño. Los ciclos Serotonina/melatonina están implicados en el ciclo vigilia/sueño y alterado en personas con horarios variables.

### **Péptidos:**

CRF, Encefalinas, GABA - Inhibiendo la respuesta sexual.

GABA (Ac. gamma-amino-butírico) - Relaja la actividad de las neuronas

**Endorfinas:**

Análogo a los opiáceos, generado por el organismo. Al parecer, el orgasmo es una oleada de opiáceos en las terminaciones nerviosas que regulan la intensidad del mismo.

**Encefalina:**

Produce euforia y alivia el dolor. Es uno de los responsables de la respuesta orgásmica, ya que aumenta en el momento del orgasmo

**INFLUENCIAS HORMONALES**

Las hormonas desempeñan un papel en la expresividad sexual, incluso a la hora de elegir pareja.

El centro primordial se encuentra en el cerebro, concretamente en le hipotálamo.

**Andrógenos: (testosterona y dihidrotestosterona)**

La testosterona aumenta el deseo y la conducta sexual, incluso en las mujeres. Estos niveles son más elevados por la mañana (de 7 a 12), lo que -junto a una vejiga llena que produce un estímulo vegetativo- facilita las erecciones al despertar (las populares temperas matineras) y van decreciendo a lo largo del día (mínimo sobre las 6 de la tarde) lo que plantea la influencia de los ciclos circadiano y de la luz sobre la testosterona. En la mujer, son los andrógenos ováricos y suprarrenales los responsables del deseo.

Los antiandrógenos son eficaces en la hipersexualidad incluso en algunos casos de paidofilia.

**Estrógenos: (17-A-estradiol,estrona)**

Son los responsables de los caracteres sexuales secundarios de la mujer. Parece influir relativamente en el deseo, coincidiendo con su aumento en el momento ovulatorio, hacia la mitad del ciclo, la mujer es más receptiva, pero su administración no aumenta la libido. Aunque sí sucede que las mujeres con una mayor actividad sexual suelen producir mayor cantidad de estrógenos.

En el hombre puede reducir el deseo y la erección

**Progesterona:**

Su función es protectora en la gestación y es la encargada de retener líquidos y minerales del tubo digestivo, lo que suele causar estreñimientos importantes, y sobre todo durante el embarazo de la mujer. El hombre también la produce.

Puede reducir la receptividad y la respuesta sexual.

**Oxitocina:**

Es un potente péptido segregado por la pituitaria que estimula la sensación de excitación sexual y clímax y la fase de resolución. También está presente durante el parto (en las contracciones) y la lactancia (estimulando la formación de leche).

Está implicada en el establecimiento de fuertes estímulos afectivos entre la pareja y se libera con estímulos tipo caricias y ternura. Es secretada especialmente con la estimulación de las mamas; su aumento (de 3 a 5 veces) está relacionado con los

orgasmos, y niveles elevados favorecen los orgasmos múltiples. Pero no sólo afecta la cantidad, sino la receptividad cerebral.

En experimentos con ratones se ha observado que cuando se inyecta oxitocina la hembra busca apareamiento más activamente. En el macho se refuerza la relación afectiva paterno-filial; si se les inyecta inhibidores de la oxitocina, ignoran o incluso pueden devorar a las crías.

### **Naloxona (antagonista opiáceo y de las endorfinas)**

Reduce la intensidad del orgasmo, por lo que se piensa que también inhibe la oxitocina. En mujeres con desconexión completa entre la médula espinal y el cerebro, refieren “orgasmos fantasmas” sin estimulación genital.

### **Prolactina:**

Reduce la libido. Administrada al hombre, puede producir trastornos en la erección.

### **Feromonas:**

Provocan unas características específicas de excitación neuronal dentro del cerebro, informando sobre la receptividad de las hembras y del dominio jerárquico del macho, cuyas señales son recogidas a través del olfato. Cada animal dispone de una feromona característica. Se segregan por la piel y estimula la atracción entre los sujetos, lo que ha llevado a pensar que también lo pueda causar en los seres humanos realizándolo a través de los llamados órganos vomeronasales. Hay indicios de que las mujeres pueden alterar sus ciclos hormonales cuando están expuestas a señales químicas de otras personas, como la simultaneidad de la menstruación en mujeres que han compartido mucho tiempo juntas.

Aquí es donde algunos autores comentan que para la relación es esencial la higiene y que a muchas mujeres les puede parecer interesante un hombre recién salido de la ducha, donde los olores naturales, no están enmascarados por olores de algunos geles o colonias que intentan ocultar el olor natural de la persona, y que puede alterar la percepción natural de las feromonas.

Al parecer, el varón produce diariamente 185 mill. de espermatozoides, por lo que la evolución le ha dotado de un mayor apetito para dispersar, para “expandir su semilla” sin límite, mientras que es la mujer, a través de un sentido olfativo más desarrollado que el del hombre, la que se encarga de la selección natural del varón para encontrar la semilla adecuada y el mensajero son las feromonas, que ambos expelen y que ayudan e influyen en la selección de la pareja, y por lo tanto el motor de la evolución. Esta selección es más intensa cuando la mujer está en la fase más fértil del ciclo. Al parecer el cerebro no reacciona de igual manera si es masculino o femenino, y no sólo por una razón cultural, sino también hormonal, de tal forma que hombres y mujeres no utilizamos el mismo hemisferio para la tarea selectiva de la pareja sexual; según Erik Everhart, las mujeres usan más el hemisferio izquierdo, mientras que el hombre usa el derecho.

### **HORMONAS HIPOFISARIAS**

Éstas son: ACTH TSH ICSH LH FSH PRL GH

LH (Hormona Luteotropa) Favorece la excitación. Puede ser inhibido por la GnRH (Hormona liberadora de gonadotropina) - Dopamina y la Beta-endorfina  
La nor-adrenalina estimula la GnRH  
Catecolestroógenos - parecen ejercer alguna acción, pero no está claro.

## **EN RESUMEN**

La cuestión de qué nos impulsa a la búsqueda de la pareja y más concretamente un tipo de pareja determinado no es sólo debido a un motivo, sino que parece más bien la combinación de todos ellos en distinta medida.

Cuando una pareja se conoce, surgen una serie de estímulos que pueden venir influidos por la experiencia del sujeto. A través de sus órganos sensitivos se aprecia la persona que se puede o quiere desear. En ese momento, se segrega feromonas que se está investigando si pueden influir en la capacidad de que una pareja se atraiga, incluso en el hecho que se prefiera una persona y no otra. Puede suceder que influya el tiempo que no se tiene pareja y la necesidad de encontrarla, lo que hace que esta selección sea menos exigente. A partir de ese momento, puede influir que las experiencias anteriores hayan sido o no satisfactorias o incluso repulsivas, lo que puede desencadenar una actitud erotofílica o erotofóbica.

A través de la vista, se empiezan a activar respuestas hormonales que se inician; a su vez, los corpúsculos de Meissner envían a la corteza cerebral mensajes sobre el contacto; la hipófisis empieza a segregar endorfinas que relajan la musculatura, los bronquios se ensanchan y la respiración se vuelve más profunda por acción de las catecolaminas producidas por las glándulas suprarrenales.

Durante el beso, aumenta la frecuencia cardíaca, la sangre afluye por la arteria facial hasta los labios, lo que aumenta la sensibilidad, lo que aumenta la excitación nerviosa que, a través de la médula espinal envía mensajes para que se produzca una cascada hormonal que acabe provocando todos los reflejos necesarios para que se produzca el contacto sexual.

## **EL ENAMORAMIENTO**

En algunos primates, el sexo está vinculado a la colaboración y distribución del alimento. En la prehistoria, cuando las mujeres empezaron a recibir comida de sus parejas (cazador y más tarde recolector) pudieron dedicar más tiempo a sus crías. Según María Rosario Sánchez, en la sociedad occidental, donde casi todos tenemos asegurada la subsistencia, lo que buscamos en la pareja es un “colchón emocional” que suavice la agresividad del mundo. Los psicólogos creen que el amor es un estado mental de conciencia modificado, una especie de trance en que sentimos el cuerpo del otro como una prolongación del nuestro.

La sexualidad tiene una capacidad de sentir, disfrutar y transmitir sentimientos a otro, es una forma privilegiada de comunicación, un amplio vocabulario de formas de tocar a otros y a nosotros mismos, con o sin orgasmo. El amor es una de las necesidades más importantes del ser humano que puede expresarse de muchas maneras y que no siempre deben estar unidas al sexo. Al amor se le identifica como un sentimiento de euforia y esperanza prolongado que si no remitiera al cabo de un tiempo perturbaría notablemente la vida diaria. El punto de partida de todo enamoramiento se inicia de estímulos sensitivos visuales o táctiles que provocan la secreción masiva

de dopamina que transmiten más información entre las neuronas, provocando cambios de ritmo cardíaco, presión arterial y alteraciones nerviosas. Pero estas reacciones biológicas deben estar dentro de un contexto emocional que se ha ido adquiriendo a lo largo de nuestra vida, principalmente, según Barbara De Angelis, en los primeros años de vida; sólo somos conscientes de una pequeña parte de nuestra elección, el resto pertenece al subconsciente. Por lo tanto, será el carácter, el físico y la forma de ver la vida de la pareja lo que hará que prefiramos a una persona u otra, y el cariño el motivo por el que seguirán unidas. Es imprescindible un cierto carácter asertivo para que la relación funcione. Si hay un vínculo entre dos personas, es importante que cada una se dé cuenta de las necesidades de su pareja. El verdadero problema no es hacer el amor sino sentirse amado y las diferencias se pueden resolver con éxito. Reducir el sexo a un intercambio físico es despojarlo de su riqueza y sutileza de todo valor emocional. Determinados sentimientos y circunstancias pueden ser considerados como enamoramiento:

- Sentirse atraído/a por lo que la “persona amada” tiene o representa.
- Personas inseguras que engañan a las personas que desean seducir mediante cualidades que no tienen u ocultando defectos
- Personas que necesitan enamorarse inmediatamente después de una relación de pareja con personas con las que se sienten cómodas, pero de las que no están enamoradas.
- “Enamorarse” de los ídolos (propio de los adolescentes), de lo que hacen o como son físicamente.

Antaño la mujer era apreciada por su juventud, gracia, belleza, salud, capacidades caseras y la virginidad y el hombre por su valor, experiencia, ganas de trabajo e inteligencia; Hoy día, esto también puede reconocerse en la mujer y en el hombre la dulzura, ternura y comprensión. Tampoco la edad es impedimento. Tradicionalmente se aceptaba que la mujer debía amar al hombre para acostarse con él y formar una familia. Las mujeres no jugaban con el sexo por el riesgo al embarazo y porque se les había enseñado que su cuerpo era un reclamo para el matrimonio, y según Fisher, nada ha sido más importante que la supervivencia de las crías humanas, algo que a lo que se han dedicado las mujeres de todos los tiempos y culturas. Para las mujeres, el hombre siempre ha sido fácil de seducir y difícil conseguir su fidelidad. Todo ello sufre un giro espectacular cuando la mujer se independiza profesional y económicamente y, con la popularización de los anticonceptivos, no escatima su placer en la cama, hasta el extremo que en la actualidad no necesitan al hombre ni siquiera para ser madre (si así lo desea), pudiendo ver al hombre como un objeto usable y permutable. Según Juan José Borrás, la conducta sexual es un reflejo de la sociedad en que vivimos y la clave del futuro está en la “concordancia de género”, es decir, que hombres y mujeres colaboren para lograr la equidad. Hasta hace poco, muchas mujeres se sentían obligadas a asumir un viejo papel masculino agresivo para ser sexualmente atractivas o presionadas a definir su comportamiento sexual acorde a unas pautas, en vez de dejarles que descubriesen su propia identidad sexual. La recompensa era mayor placer. Durante el siglo XX, la lucha de la mujer ha sido la consecución de mayores cuotas de igualdad, entre los que se encuentra el derecho al orgasmo.

El hombre es superficial, tiene como meta de toda conquista la relación sexual, centrado sobre todo en la parte lúdica, la belleza de la pareja. El amor y el sexo es

una cuestión de instinto. La mujer es más profunda, más íntima, buscando una relación de deseo y amor, tierna, duradera, en la que los detalles son importantes tanto o más que la propia relación sexual. La mujer demanda sexo en la medida que es motivada por la ternura y la sensualidad. En palabras de Marta Arasan, lo importante no es como ni cuantos se tienen, sino que cada mujer se sienta a gusto con su sexualidad y la de su pareja.

Cuando los hombres hablan de sexo, nunca cuentan el proceso de la relación, mientras que las mujeres son más participativas. Siempre resulta más gratificante el papel de amante que el de amado. Hombre y mujer expresan sus sentimientos de forma distintas y si alguno de los dos da demasiado sin esperar reciprocidad, lo más probable es que no se encuentre nada a cambio.

El amor es la capacidad de integrar la ternura y la sexualidad; es necesario buscar el equilibrio. El amor es fluctuante y depende no sólo de los sentimientos, sino también de los sentidos, del estado de ánimo, de lo que cada uno da de sí. En cada persona el enamoramiento surge por causas diferentes y específicas. Recientemente se ha publicado un trabajo de la University College London que demuestran porqué las personas enamoradas son menos críticas con sus seres queridos (hijos y/o parejas) y al parecer está relacionado con las áreas cerebrales activadas por la oxitocina. Aunque para mantener relaciones sexuales, no es imprescindible el enamoramiento, para muchas personas esta es una emoción que aumenta la satisfacción de la relación; el amor irrumpe de manera brusca e intensa y se atenúa con el tiempo. Este sentimiento nos empuja a analizar cada detalle de la pareja y ve como actúa, lo que conlleva la idealización de la otra persona (no vemos los defectos), dándose al otro, comunicarse, en los que influye los afectos vividos con personas de gran significación emocional, donde se plasman los modelos y expectativas de experiencias afectivas y las sensaciones positivas que nos provoca reacciones físicas del tipo taquicardia y/o sudoración con una gran sensación de bienestar, que algunos achacan a un aumento de las endorfinas en sangre. Si el amor es correspondido, la relación evoluciona hacia un mayor conocimiento entre la pareja, pero sino, la persona evoluciona hacia la frustración y sentimientos de tristeza que debe ir superando para salir de ese estado. Al principio las relaciones son más pasionales y son vividas como sensaciones definitivas de algo que será único y que será “para siempre”, pero esa euforia inicial debe dar paso a una relación más tranquila que la pareja debe luchar por evitar caer en la rutina, cuidando el día a día, evitando el deterioro a través de pequeños detalles y comunicación. Las mejores parejas no son las que están siempre juntos; debe hacer parcelas comunes y privadas de cada uno. Todavía se tiene una idea reproductora de la sexualidad y el coito como técnica por encima de las demás. La sexualidad debe vivirse relajadamente desde el deseo, no desde lo establecido. El verdadero amor erótico sólo es posible cuando cada uno trata de comprender al otro y consigue ponerse en su lugar para hacer propias sus fantasías. No es cuestión de ponerse cariñoso sólo cuando se desea tener relaciones sexuales, sino un constructo en la relación diaria con nuestra pareja; para ello es importante la compenetración con nuestra pareja a todos los niveles, cuidando todos los días los pequeños detalles, intercambiando conductas positivas y gratificantes, sorprendiendo al otro a veces sólo con cosas pequeñas que rompan la monotonía. Hay que quererse y darse permiso para gozar. Si no somos capaces de aceptar nuestras propias caricias, difícilmente

podremos aceptar las de los demás. Hay que evitar las discusiones innecesarias, aceptando criterios y opiniones distintos a los nuestros, intentando que nuestro estrés –externo a la pareja– pueda afectarle, para ello debemos evitar situaciones difíciles que impidan el diálogo, no sacar los trapos sucios pasados, sabiendo pedir perdón y no siendo rencoroso, dialogando con respeto, comprensión, afecto, etc., e intentando no ser inoportunos en el momento de plantear algunos problemas.

Hay personas que eligen la pareja entre las personas menos atractivas, alguien de quien nunca se podrían enamorar, comprensivas y hogareñas que responden, en opinión de Conchillo y Borrás, a patrones neuróticos de evitación de la intimidad amorosa y sexual; buscan padres perfectos, no amantes. Hay que evitar que el sano amor constructivo se convierta en oscura dependencia; el amor debe ser siempre recíproco, y nunca debe ser a cambio de nada. Por amor nunca hay que perder la autoestima, sino pasa a convertirse en algo enfermizo. La persona amada es la fuente de gratificación bioquímica para cada uno, pero tenemos derecho a la ternura, a ser reconocidos como un igual en la relación y cuando la relación no tiene remedio debe romperse evitando los sentimientos de culpa: uno no puede cambiar a quien no le quiere y el que no le quiera no es culpa de cada uno. La felicidad no puede suponer la vampirización de la personalidad del otro. En muchas ocasiones no se analiza los puntos por lo que la pareja choca y se puede acabar transigiendo para que funcione la relación y consiguiendo es una falsa sensación de armonía que puede acabar afectando a la/las persona/personas al mermar la autoestima de uno o ambos o desembocando en relaciones sumisas de uno de sus miembros.

Muchas relaciones fracasan porque se repiten inconscientemente modelos que fracasaron anteriormente y además parecen haber olvidado las habilidades para relacionarse con los demás; no se sienten seguros de sus cualidades, de saber actuar espontáneamente, con naturalidad y optimismo, su autoestima “está por los suelos”. La intolerancia y la rutina son los errores más comunes en una relación. Saber reaccionar contra la frustración y un espíritu crítico de nuestros propios defectos pueden ayudar a modificar actitudes y situaciones que pueden llevarnos a pautas de convivencia satisfactoria.

Hemos de aprender a aceptarnos como somos y corregir aquello que parezca inadecuado. Una imagen artificial sólo nos puede llevar a relaciones superficiales, cuando no conflictivas. Hemos de sentirnos valiosos sin presunción y generar pasión, no compasión, para ello es importante los gestos, la postura y el cuidado de la apariencia personal, siendo observantes tanto de nuestra conducta verbal como de la no verbal. Es importante saber escuchar, lo cual hace que la otra persona se sienta importante, asintiendo con la cabeza. Cuando la pareja habla de sus preocupaciones es para que le escuche más que para que le ayude a solucionarlos.

Según Gastón y Miralles, las relaciones superficiales suelen ser indicativas de una gran inseguridad interior. Aceptar por rutina una relación es tan irracional como negarse obsesivamente. Es preferible decir no a decir sí por lástima. En ocasiones se suele confundir el amor con otras emociones como los celos o los sentimientos de posesión o dependencia.

Cada uno debe manifestar sus sentimientos y sus inhibiciones irán desapareciendo según lo hablen entre ellos. Las negociaciones sexuales terminan en un compromiso; no basta con que uno solo haga el esfuerzo. En parejas bien armonizadas, los

fracasos no son de él o de ella, sino de ellos. El sexo como servidumbre rara vez es fuente de placer. Ambas personas necesitan creer que su cónyuge los valora, necesita y desea y la relación sexual sólo es un espejo de su relación. Para Master y Johnsons,” el término **con** implica cooperación, así como **a o por** tienen connotación de oposición”. La comunicación es la piedra angular de un comportamiento sexual efectivo. En nuestros compromisos sexuales no somos responsables mas que de nosotros mismos.

## **LO QUE LA SOCIEDAD LLAMA MATRIMONIO Y SU DISOLUCIÓN**

Las relaciones humanas tienden a ser monógamas pero según algunos estudios esto sólo es así desde hace 20.000 años, aunque la monogamia no es sinónimo de exclusividad sino del gusto de vivir en pareja, impulso que parece causado por la vasopresina en el varón y la oxitocina en la mujer.

Según trabajos de la Universidad de Estocolmo y del Netherlands Institute of Ecology, el ser humano tiene esta tendencia porque la mujer es capaz de ocultar al varón sus estados fértiles para mantenerlo a su lado durante más tiempo. Al parecer se basa en trabajos realizados en animales en los que se observó como las hembras utilizaban señales químicas y visuales para llamar la atención sobre su disposición reproductora. En aquellas especies en que la hembra ocultaba esa disposición, el macho se sentía decepcionado al no saber cuando mantener relaciones y no intentaban buscar otra pareja. Si hay un vínculo es importante que cada uno se dé cuenta de las necesidades del otro. El problema no es hacer el amor, es sentirse amado; Reducir el sexo a un intercambio físico es despojarlo de la riqueza y sutileza, de todo valor emocional. Nadie puede ser autoridad sexual para el otro.

Algunas de las dificultades de las relaciones de pareja pueden ser síntomas de problemas emocionales profundos debidos a problemas inmediatos (temor al rechazo, a la humillación, etc.) o falta de entendimiento que los puede dejar insatisfechos. Lo que suele deteriorar las relaciones no es la personalidad de sus miembros, sino otros problemas como depresiones, irritación, apatía.

Cuando en una relación uno intenta cambiar del otro lo que no le gusta lo intenta por medios coercitivos que provocan un círculo vicioso que pone en peligro la relación, acabando en conductas que pueden terminar con la relación. No se trata de buscar culpables, sino de intentar arreglarlas. El diálogo franco y honesto es el camino para poder fusionar los ritmos y gozar libremente sin sentirse manipulados por el otro.

El sexo puede ser maravilloso para dos personas que vivan juntas durante un corto periodo de tiempo, sin embargo, la pasión acaba desapareciendo si no se acompaña de otros vínculos sentimentales. La elección de la pareja depende de muchos factores con un sentido del humor similar o la capacidad de sorprenderse por las mismas cosas, así como el poder de lograr que la otra persona se sienta “especial”. Generalmente se busca a la madre/padre amantísimo que le mime de manera similar.

Muchas parejas prefieren iniciar un periodo de convivencia antes que casarse como rodaje a una futura relación conyugal para comprobar si son compatibles, tolerantes y adaptables entre sí, con lo que queda reducido el peligro de una dependencia excesiva y cada uno encuentre su propia seguridad. Son relaciones con gran poder vinculador. En caso de no compaginar bien es menos penoso terminar una de estas relaciones que divorciarse.



Cuando hablamos de matrimonio no sólo nos estamos refiriendo a aquellas relaciones inscritas en los registros eclesiásticos (matrimonio religioso) o civiles, sino también aquellas relaciones análogas a matrimonio –llamadas de parejas de hecho– reguladas por la ley 10/1988 de 15 de julio y que cada autonomía ha regulado de una manera u otra, incluyendo (o no) los matrimonios homosexuales, siendo las más avanzadas las de Catalunya. Hoy en día, muy inteligentemente, se plantea cambiar en la legislación el termino matrimonio por el más correcto de relación conyugal, para poder incluir, sin problemas lingüísticos, las uniones homosexuales, dándose un paso más hacia la igualdad de derechos que proclama la constitución Española de 1978 como un derecho fundamental (arts. 32 y 10). No están comprometidos porque se hayan casado, sino que están casados porque están comprometidos. Se entiende por convivencia la consolidada por el tiempo (dos años desde su inicio), aunque puede ser inferior cuando han manifestado en escritura pública la voluntad de consolidarse como pareja de hecho. Esto implica que el hogar común tiene equiparación al de hogar conyugal, lo que comporta que el titular no puede disponer de él para venderlo o hipotecarlo sin el consentimiento de la pareja; de vulnerarlo, la transmisión o gravamen serían nulos. Por otra parte, se ha regulado también la compensación económica del miembro que haya trabajado para el hogar común, siempre y cuando se haya generado una situación de desigualdad patrimonial (por ejemplo, que mientras uno de los miembros se ha ocupado del hogar, el otro haya adquirido bienes)

Para Master & Johnsons, saber es una cosa, estar cómodo con lo sabido otra, elegir lo que es adecuado para uno, otra. La diferencia con las parejas no deben entenderse más allá que las diferencias entre dos personas diferentes; cada uno debe ser uno mismo y no lo que el otro desea o hacer del otro lo que deseamos. No hay que caer en la judicialización de la relación en la que cada uno intenta demostrar su posición “justa”, lo que puede abocar a cierta tiranía intentando que la pareja se someta.

Cuando la relación de pareja se rompe, se llega a la separación/divorcio. Es algo que no se olvida, se tiene un sentimiento de fracaso, de traición, de pérdida, de transformación del amor en odio y que persiste durante muchos años. En un conflicto cada uno debe aceptar la responsabilidad de funcionar y no hacer responsable al otro de sus problemas. No hemos de ver el divorcio como un fracaso, muchas veces son sólo el final de una etapa. Según Rojas Marcos, lo que buscan las personas que se divorcian no es independencia, sino tener una relación feliz.

Las normas sexuales siguen cambiando.

## **CELOPATÍA**

Toda persona cuando se enamora es celosa en alguna medida, de su intimidad, según el tipo de personalidad y seguridad en sí misma. Celo significa cuidado, interés y esmero que alguien pone en cuidar a la persona que ama. Por lo tanto, celo es una cualidad que permite cuidar aquello que más queremos y deseamos para que nadie nos lo quite. Sufrir celos de forma moderada es una respuesta emocional normal, incluso pueden potenciar la relación. Cuanto más seguros nos sentimos de nuestra pareja, es menor la sensación de celos.

Para la legislación española, en el Código Civil, el marido y la mujer son iguales en derechos y deberes (art.66), deben respetarse y ayudarse mutuamente y actuar en interés de la familia (art.67) y están obligados a vivir juntos, guardándose fidelidad y socorrerse mutuamente (art, 68).

Para el Derecho Matrimonial Canónico, "la preocupación y educación de la prole es el fin primario del matrimonio; la ayuda y el remedio de la concupiscencia es el fin secundario" (canon 1013). Como afirma Alberto Bernárdez Cantón en el compendio de Derecho Matrimonial Canónico, " la doctrina tradicional ha podido construir el esquema esencial del matrimonio (...) sin necesidad de acudir al amor conyugal; más aun, negando a este su carácter esencial que pudiera condicionar la validez del matrimonio.

Pero puede surgir desconfianza y envidia a cualquier edad, aunque suele ser más frecuente entre los 20 y 40 años, y en cualquier momento de la convivencia, como el nacimiento de un niño, un ascenso, el éxito profesional, etc., y cuando se transpasa la frontera que permite manejarlos y resolverlos, se convierte en patológico. La convivencia se puede volver insoportable cuando convierte cualquier acto o gesto del otro en motivo para desconfiar, sospechar o mortificarse creyendo que hay un tercero en discordia; el celoso convierte la relación de dos en una relación de tres donde el tercero suele ser imaginario en el que se deposita su odio y resentimiento y considera que cualquier conducta debe ser investigada y gasta su energía en lograr pruebas. La pareja no sabe como convencerle pero cualquier medida que tome se vuelve en su contra, provocando reacciones agresivas. Puede ser violento y peligroso. El motor que mueve al celoso es el odio, no el amor

Los celos pueden ser aprendidos en la familia o en experiencias vividas pero siempre esconden una falta de confianza en uno mismo al no sentirse merecedores del amor de su pareja, lo que les lleva a desconfiar de la otra persona

## **CAUSAS**

- Proyección en la pareja de los propios deseos reprimidos de infidelidad
- Transtornos psíquicos de gravedad (paranoides, narcisistas, histriónicos, etc)
- Episodios delirantes por abuso de alcohol y drogas
- Homosexualidad encubierta y reprimida.
- Personalidad débil y susceptible, marcada por frustraciones.

Para controlar los celos, la persona celópata debe evitar pensamientos destructivos, procurando ser más tolerante con su pareja, reflexionando sobre su relación, evitando utilizar amenazas y culpa.

## EL CICLO MENSTRUAL

La mujer nace con aproximadamente unos 200.000 óvulos, de los cuales sólo alrededor de 400-500 maduran. Estos óvulos “inmaduros “ se encuentran en el ovario hasta que, mediante la estimulación hormonal, se inicia la maduración del mismo, sale del ovario (ovulación), desciende por las trompas de Falopio hasta el utero. Si durante este proceso ha habido fecundación, el cigoto anidará en el endometrio y se producirá embarazo; si no, el endometrio se descamará y se producirá la menstruación. En este proceso, el cuerpo siempre se prepara para un embarazo que al no producirse mas que unas pocas veces, se produce la menstruación.

La menstruación en el ciclo vital de la mujer va desde la menarquia (hacia los 10-12 años) hasta la menopausia (45-50 años). Las primeras reglas suelen ser irregulares y se van normalizando según va madurando el cuerpo femenino. El ciclo menstrual es el periodo de tiempo comprendido entre el inicio de una menstruación y el comienzo de la siguiente, con una duración media de 28 días +/- 7. Esto es así porque, desde siempre, ha sido el signo más fácilmente objetivable. Fisiológicamente, la menstruación se inicia con la maduración del óvulo mediante la estimulación del ovario por hormonas y termina en la menstruación. Toda mujer debería conocer la duración media de su ciclo y controlar sus posibles alteraciones que se pueden producir debido a cambios en la dieta, grandes pérdidas de peso, emociones, estrés o enfermedades que pueden llegar incluso a causar amenorrea.

### **Fases (tomando como base la regla de 28 días):**

#### **1) Sangrado:**

Rafael Alberti la calificó como un “naufragio en encajes rojos”. La menstruación tiene una duración variable en cada mujer. Se habla de una media de 5 días (entre 3 y 9 días). La pérdida normal es de unos 30-80 ml. de sangre, aunque puede variar de 9 a 350 gramos, con una media de 70-80 gramos y no todos los días, ni todos los ciclos se pierde la misma cantidad, siendo más intensa los primeros días para ir decreciendo hacia el final, produciéndose el 90% de las pérdidas los primeros 3 días, aumentando con la edad y el número de hijos; también influye el uso de algunos métodos anticonceptivos como el DIU y disminuyendo con el uso de la píldora que, por otra parte, puede actuar como reguladora de la menstruación. El sangrado menstrual contiene cantidades importantes de proteínas, enzimas y prostaglandinas, pero no fibrina. En las primeras 20 horas menstruales se observa una extravasación sanguínea endometrial funcional y disminución de la homeostasia. A partir de las 20 horas, el control de la hemorragia se produce por vasoconstricción

La vascularización endometrial tiene un trayecto sinuoso sobre los límites del endometrio y con arterias terminales desprovistas de anastómosis. Los lisosomas son esenciales para la regresión, hemorragia y la reorganización menstrual. Las prostaglandinas estimulan la actividad miometrial, modulando la actividad plaquetaria, modificando el tono vascular y controlando la liberación de histamina y heparina por los mastocitos. Los estrógenos tienen una acción vasodilatadora, favoreciendo la permeabilidad vascular.

Durante el 28 día del ciclo, el endometrio presenta numerosas fisuras en el corion superficial. La regeneración se empieza a producir a partir del 2ª día, siendo completa el 5ª día, coincidiendo con el final de la hemorragia menstrual.

En el miometrio encontramos Relaxina, que liberada por los granulocitos endometriales, contribuye a la dilatación y congestión de los capilares subendometriales y Prostaglandinas que estimulan la actividad miometrial, modulando la actividad plaquetaria y modificando el tono vascular y la liberación de histamina. La Pg E es un importante vasodilatador.

## **2) Pre-ovulatorio:**

Es el periodo comprendido entre el último día de la menstruación y la ovulación; abarca desde el 6º hasta el 13º día en que los ovarios empiezan a producir estrógeno que irán engrosando el endometrio, haciendo que este sea más esponjoso y rico en sangre y se prepare para recibir al óvulo, hormona que además favorecerá la fase de deseo.

El efecto de los estrógenos sobre la salud de la mujer es beneficioso porque reduce los niveles de colesterol en plasma y la incidencia de enfermedades cardiovasculares. Durante la fase secretora, el estradiol es responsable del aumento de la vascularización y de un aumento de líquido extracelular con un aumento de la permeabilidad de la microcirculación, gracias al estradiol y la progesterona. El ovario ha empezado a madurar el óvulo. En este momento, la mucosa del cuello del útero es espesa y blanquecina.

## **3) Ovulación:**

A partir del 14-15 día el óvulo es liberado del ovario y es guiado por las fimbrias hacia la trompa de Falopio e inicia su carrera al encuentro de los espermatozoides para la gestación de un nuevo ser. Este es el momento de máxima concentración de estrógenos; el folículo vacío permanecerá en el ovario y se transforma en el cuerpo amarillo que iniciará la producción de la progesterona, hormona que se encargará de preparar al cuerpo para el nuevo ser, reteniendo agua y solutos del tubo digestivo, lo que en algunas mujeres se manifestará como estreñimiento pertinaz y el síndrome pre-menstrual, manifestándose entre otras por cefaleas; las mamas se empiezan a preparar para el nuevo ser y empiezan a estar turgentes y especialmente sensibles.

En el momento de la ovulación se producirá un pico de temperatura. Habrá alteraciones en el equilibrio iónico. Simultáneamente, la mucosa cervical será filante, tipo clara de huevo. Algunas mujeres en este momento pueden sentir un dolor punzante hacia la fosa ilíaca del ovario que ovula.

#### **4) Post-ovulatorio**

Este periodo es fijo y es lo que tarda el óvulo en llegar al útero, lo que sucede 14 días antes de la menstruación (esto es, en un ciclo de 28 días, la ovulación se habrá producido el día 15, pero en una de 24 días, lo habrá realizado el 11 día y en uno de 32 días, el día 18).

En esta fase, la progesterona habrá preparado al endometrio para recibir el nuevo ser (si ha sido fecundado). De no ser así, el útero se descama y se produce la nueva menstruación. (Esto se observará porque si la progesterona está ausente, no se produce el pico de temperatura o será menor. El déficit de fase luteínica se puede comprobar por la curva de temperatura basal al no producirse la subida). La acción deficitaria de la progesterona produce un sangrado excesivo (mayor de 100 ml ó más de 6 días). Algunas mujeres pueden sentirse cansadas, decaídas y con una sensación grasa en piel y pelo, quizá debido al aumento de la sudoración, que desaparece después de la menstruación, volviéndose a sentir otra vez activas.

En la actualidad se está estudiando dispositivos y telas llamadas “inteligentes” que detectan alteraciones hormonales y/o de electrolitos que avisan a la mujer de que se va a producir la ovulación.

Algunas de las hipótesis sobre el mecanismo de hemorragia menstrual es:

- Hipótesis de un drenaje inadecuado con acumulación de productos de degradación.
- Anastómosis arterio-venosas.
- La estasis vascular pre-menstrual es considerado como uno de los fenómenos determinantes de la menstruación.
- La liberación extracelular de enzimas lisosómicas provenientes de leucocitos o de células fragmentados y provocan una disolución de fibras reticulares.

### **ALTERACIONES DE LA MENSTRUACIÓN**

#### **Síndrome Pre-menstrual (SPM)**

Varias hipótesis intentan explicar qué causa este síndrome. Es más común en mujeres mayores de 30 años que han tenido hijos. Pueden ser la respuesta a alteraciones hormonales o de los niveles de serotonina y beta-endorfinas. Otras teorías lo relacionan a malos hábitos alimenticios, como deficiencias de piridoxina, ácidos grasos esenciales, calcio o magnesio. Su aparición puede estar relacionado con situaciones de estrés

Se manifiesta por cefalea y/o migrañas, insomnio, dolor, calambres, distensión abdominal, estreñimiento y turgencia mamaria que algunos autores han asociado a pérdidas de calcio. Esto viene acompañado de cierta irritabilidad y labilidad emocional.

#### **Otros síntomas:**

- Físicos: pueden ser dedos hinchados, cambios de apetito, antojo por lo dulce, acné, urticaria, palpitaciones, cambios en el interés sexual, contracturas musculares, dolor de espalda.
- Emocionales: tristeza, labilidad emocional, depresión, fatiga, letargia, ansiedad, dificultad de concentración e inhibición sexual. (Estas sensaciones suelen producirse principalmente en aquellas mujeres que han comenzado a obsesionarse con la idea de tener hijos).

## **CUIDADOS**

El tratamiento será multidisciplinar; algunos consejos útiles son:

- Dieta hiposódica, abundantes en frutas y vegetales, evitando excitantes, alcohol y cafeína.
- Podemos ayudarnos de ciertos complementos vitamínicos y minerales, así como ácidos grasos poliinsaturados (EPA, DHA, gamma-linoleico) en forma de aceite de onagra, regulan la síntesis de prostaglandinas, muy implicada en el proceso inflamatorio.
- Ejercicio físico: Puede ayudar a suavizar los síntomas y aumenta la sensación de bienestar al aumentar el nivel de endorfinas en sangre.
- Ejercicios de relajación o masajes por parte de la pareja o de un profesional.
- Evitar, además, las situaciones de estrés.
- En caso de síntomas depresivos graves puede ser conveniente el uso de antidepresivos.

## **Dismenorreas**

Proviene del griego *dis-* dificultad, dolor; *meno-* mes ; y *rrea* goteo, flujo, secreción. Es el desorden ginecológico más frecuente, las reglas dolorosas que algunas mujeres definen como “un bocado de perro”; lo padecen entre el 30 y el 50% de las mujeres. Los signos pueden ser cefalea, náuseas, vómitos, vértigos, calambres abdominales y diarrea. La forma e intensidad del dolor puede variar dependiendo de la mujer y persistir durante varios días. Este dolor puede ir desde una ligera molestia hasta un dolor intenso tipo calambre abdominal y puede irradiarse hacia la espalda o las piernas, pudiendo provocar reacciones vagales (mareos, náuseas, diarrea).

Existen varias teorías de la causa. Desde Hipócrates se parte de la teoría obstructiva y posteriormente han surgido las teorías isquémica, congestiva, psicológica, endocrina, así como las que hablan sobre la génesis del dolor: contractibilidad del miometrio, factores cervicales, hormonales, prostaglandinas, neurológicos y psicológicos. Pueden ser invalidantes. Se clasifican en:

Primarias: Propio de las primeras reglas y frecuentemente idiopáticas

Secundarias: A algunas patologías

## **La contracción del miometrio**

El miometrio esta sometido a secreciones ováricas de baja intensidad en la fase folicular que van en crecendo hasta la menstruación, son de mayor amplitud y aumentan las contracciones y el tono, produciendo contracciones anárquicas o disrritmias, así como isquemia miométrica que es la causa del dolor.

## **Factores cervicales**

La obstrucción cervical entraña un estancamiento de sangre menstrual que produce dolor. La dilatación cervical, produciría, por lo tanto, lo contrario.

## **Factores hormonales**

La tasa de vasopresina el primer día del ciclo está aumentada en los caso de dismenorreas.

## **Las Prostaglandinas**

Al parecer, una de las causas de la dismenorrea puede estar relacionada con la presencia excesiva de las prostaglandinas, que están encargadas de contraer el útero y facilitar la expulsión del menstruado o del niño cuando la mujer está embarazada. En 1957 fueron descubiertas sustancias liposolubles en la sangre menstrual que aumentaban el tono uterino con espasmos, isquemia y dolor; en 1965 descubrirían que eran las prostaglandinas PGF<sub>2</sub> y PGE<sub>2</sub>; la metabolización insuficiente de estas en el endometrio parecen ser el motivo principal de la génesis de la dismenorrea.

### **Factores neurológicos:**

El útero tiene receptores adrenérgicos y colinérgicos que regulan la actividad del miometrio.

### **Factores psicológicos:**

Existe una participación cortical en la percepción del dolor. Las dismenorreas son más comunes en las mujeres cuyas madres ya lo padecieron, lo que ha hecho que algunos autores se planteen si se hereda miméticamente el comportamiento o los receptores.

El dolor genera angustia; esta angustia de la espera puede ser en sí misma responsable del dolor de las reglas siguientes (teoría pauloviana).

Otros autores plantean la posibilidad de un perfil psicológico específico, ya que suele preponderar un cierto papel histérico o la noción de un conflicto familiar y miedo a la vida sexual.

### **Patologías a las que puede estar asociado:**

Estenosis orgánicas de cuello (por malformación o adquiridas), malformaciones vaginales o uterinas, distrofias ováricas poliquísticas e infecciones pélvicas, así como endometriosis (la más frecuente), fibromas. El endometrio ectópico tiene una concentración de prostaglandinas más elevada que el normal.

Además, pueden existir otras a distancia: poliaquiuria, diarrea, náuseas, vómitos, enrojecimiento o palidez de cara, cefaleas y/o migrañas, lipotimias.

La endometriosis produce ansiedad, depresión y disminución de la calidad de vida laboral, social y familiar, provocando una sensación de aislamiento e incompreensión y que le impide cumplir con las expectativas de las mínimas obligaciones familiares y sociales así como dificultades en la relación de pareja. Todo ello deriva en un cuadro de depresión con baja autoestima, disminución del interés o de la capacidad para el placer en casi todas las actividades, insomnio o hipersomnias, ansiedad, irritación, rabia y nerviosismo, inestabilidad emocional o ciertos episodios depresivos intercalados con maníacos.

### **Tratamiento:**

- Fármacos inhibidores de las prostaglandinas. En la actualidad se suele tratar con analgesia a base de ibuprofeno o paracetamol. También se ha utilizado la fenilbutazona, la indometacina, el ácido propiónico, que disminuyen la afinidad de los receptores de prostaglandinas. Mención aparte merece el Ac. Acetil Salicílico que pese a que muchas mujeres la consideran efectiva, no lo es más

- que un placebo, aunque para conseguir su efecto, la ingesta se debería comenzar alrededor de 48 horas antes de la menstruación.
- En ocasiones se pautan algunos relajantes musculares.
  - Píldoras anticonceptivas: Inhibidores de la ovulación. La ausencia de endometrio secretor rico en prostaglandinas se debe a la ausencia de la ovulación y la reducción del ciclo menstrual, lo que suele ser efectivo en el 90% de las mujeres. Los progestágenos a dosis elevadas son bastante beneficiosos
  - Tratamientos locales: Inhibidores de las prostaglandinas vía local, vaginal o uterina, que ejercen su acción con menos efectos secundarios.
  - Vasodilatadores e inhibidores cálcicos: utilizados contra la isquemia miométrica o bloquear la acción de las prostaglandinas sobre las fibras musculares, o las dos a la vez. Sus efectos secundarios limitan su empleo. Algunos de los empleados es el sulfato de Terbutalina, el nifedipino (Adalat®), y el Diltiacem (el que menos efectos secundarios tiene).
  - Antiespasmódicos.
  - La psicoterapia: Técnicas de relajación y que ayuden a la mujer a evitar el efecto pauloviano del dolor.
  - Se recomienda la creación de grupos de apoyo donde puedan aprender estrategias para afrontar el dolor y donde sus quejas sean entendidas, así como fomentar terapias de pareja.
  - Terapias individuales donde la mujer pueda diferenciar dolor de sufrimiento.

### **Consejos de enfermería:**

- Evitar la ingesta de chocolates, cafeína y/o alcohol y sustituirlas por zumos y/o bebidas sin gas (el gas pueden aumentar los problemas derivados de la hinchazón).
- Reducir el tabaco, ya que dificulta el correcto metabolismo hormonal y metabólico.
- Reducir la ingesta de grasas, exceso de condimentos, sobre todo de sal, etc.
- Aconsejar frutas y verduras, por su alto contenido de vitaminas, pescados y fibra.
- Ejercicio físico: Algunos autores recomiendan “la danza del vientre” de forma periódica, porque fortalece la musculatura, en especial de abdomen y piernas. También puede proporcionar alivio al aumentar los niveles de endorfinas que generan sensación de bienestar, por lo que mejora la autoestima, evita el agotamiento. Este debe ser moderado y de nuestro agrado, incluyendo estiramientos y levantamiento de piernas.
- Los baños de agua caliente pueden ayudar a relajarse y mitigar los dolores
- Masajes en el abdomen y/o la espalda.
- Dormir bien, las suficientes horas, ejercicios de relajación.
- Enseñar a las mujeres técnicas válidas como la relajación, la respiración, la hipnosis o la visualización de los problemas.

La actividad sexual puede ser beneficiosa, ya que las contracciones uterinas ayudan a prevenir los calambres y mitigar de alguna manera los efectos de la regla.



## **OTRAS ANOMALÍAS DEL CICLO MENSTRUAL (clasificación de Botella-Llusià)**

**Amenorrea:** Es la ausencia total de la menstruación, al menos de 2 ciclos consecutivos. Si sólo ha habido una falta, se le define como bache amenorreico (bastante común). Puede ser:

**Primaria:** Antes de la menarquia.

**Secundaria:** Una vez se ha instaurado la menarquia.

- Fisiológica: la de la infancia y pubertad, embarazo, lactancia o menopausia.
- Patológicas: todas las demás (estudiar la causa).

### **Alteraciones por defecto**

*Por cantidad o intensidad:*

**Hipomenorrea:** Menstruaciones muy escasas, de menos de 2 compresas, o menos de 2 días.

*Por duración:*

**Oligomenorrea:** Son menstruaciones poco frecuentes o muy espaciadas. Son características de los periodos premenopausicos

*Por frecuencia o ritmo:*

**Opsomenorrea:** Intervalos menstruales superiores a 35 días.

### **Alteraciones por exceso**

*Por persistencia:*

**Metrorragia:** Es un sangrado tipo menstrual de breve duración y cantidad variable, sin ritmo y que puede deberse a causas patológicas: pólipos, miomas, carcinoma, etc.

*Por cantidad o intensidad:*

**Hipermenorrea o menorragia:**

Menstruación demasiado abundante o excesivamente prolongada (más de 7 días o más de 6 compresas) o de más de 80 ml.

Parece estar implicada la disponibilidad del ácido araquidónico y un aumento de las concentraciones de PGE<sub>2</sub>, PGD<sub>2</sub> y 6 ceto-PGF<sub>1</sub> alfa que tienen efectos vasodilatadores y los tromboxanos TXB<sub>2</sub> con propiedades vasoconstrictoras y los efectos sobre la agregación plaquetaria están reducidos.

Puede aparecer también por causas orgánicas como pólipos, miomas, tumores uterinos o enfermedades hepática o renal.

*Por duración:*

**Polimenorrea:** Menstruaciones muy frecuentes o con ciclos menores de 24 días.

*Por frecuencia o ritmo:*

**Proiomenorrea:** Intervalos menstruales menores de 25 días. Si es cada 15 días: doble menstruación.

*Otros:*

Sangrado genital premenárquico: Es un signo de desarrollo genital precoz, a excepción del sangrado que suelen tener algunas recién nacidas por una bajada brusca de estrógenos. En ocasiones pueden ser debidas a causas externas, como es el uso fraudulento de algunas hormonas a través de la alimentación, especialmente carnes.

Sangrado genital post-menopaúsico: Es un sangrado que puede aparecer, como mínimo, seis meses después de la menopausia y debe hacernos sospechar causas patológicas como tumores uterinos u ováricos.

## **PUDOR**

Según José Dueso, el pudor es la vergüenza o desagrado a mostrar las partes del cuerpo relacionadas con las secreciones: nalgas, genitales y mamas. La vergüenza es una invención social. El estado natural del hombre es la desnudez. El principio de la ropa proviene de la necesidad de cubrirse con pieles durante las glaciaciones. La desnudez tiene efectos positivos sobre el organismo:

- Evita problemas circulatorios y no inhibe la producción de espermatozoides en el testículo.
- Favorece la metabolización de Calcio y fósforo por el organismo.
- Mejora la regulación de temperatura por parte del organismo
- Mejora las funciones de la piel, como la transpiración.
- Mejora la vida sexual y afectiva al conocer mejor nuestros cuerpos
- Facilita la aceptación de los cuerpos, potenciando la idea de perfección en las diferencias (no se conocen casos de bulimias o anorexias entre naturistas)
- Elimina actitudes voyeuristas y ayuda a la superación de determinados traumas (sentirse sucio, sentimiento de culpa, etc.).

Existen, sin embargo, otras corrientes defensoras de la ropa:

El vestido se emplea para distinguir el sexo masculino del femenino y estimula el instinto sexual. Muchas mujeres tienen más problemas porque piensan que su cuerpo es un valor que se cotiza cuando van vestidas y que pierden interés cuando queda al descubierto. Además, la ropa sirve para marcar las diferencias de clase.

- Razones religiosas: el cuerpo desnudo es pecaminoso
- Razones éticas: el pudor no es un rechazo al cuerpo sino una forma de salvaguardar la dignidad.
- Razones psicológicas: No nos aceptamos tal como somos porque hemos asimilado cánones de belleza impuestos. Si se enseñase que ser gordo fuese tan bello como delgado, los gordos no sentirían vergüenza de sus desnudeces.



## LA VIRGINIDAD Y LA PRIMERA VEZ

El himen es una delgada membrana de entre 0'1 y 2 mm de espesor que se encuentra a pocos milímetros de la entrada de la vagina, limitando el área del introito y a la que se le supone una utilidad defensiva. Anatómicamente tiene un valor insignificante (sólo se encuentra en la mujer y la hiena); aunque culturalmente ha tenido una enorme importancia. Suele tener un orificio que permite la salida de la sangre durante la menstruación, pero puede suceder que haya hímenes imperforados y haya que practicarlo de forma quirúrgica. El himen tiene dos bordes, uno adherente a la vagina y el otro libre y circunscribe el orificio del mismo. Su consistencia es distinta según la persona e incluso en las distintas zonas de la membrana. 2 tipos:

- Típicos: Semilunar, anular, labiado
- Atípicos: Biperforado, cribiforme, imperforado

El desgarro del himen se produce con el paso del pene en erección durante el coito, al distenderlo más allá de su límite de elasticidad. Rara vez hay dolor y hemorragia, a no ser que haya desproporción pene-vagina (violaciones a menores) o gran brutalidad (violación). Una vez roto el himen se produce un proceso de cicatrización que tarda entre 3 y 15 días (si hay proceso inflamatorio) que forman las carúnculas himenales, una especie de eminencia carnosa roja. Estas valoraciones suelen tener importancia desde el punto de vista de la medicina legal. Algunas lesiones y desgarros pueden obedecer también a ulceraciones y/o roturas de origen traumático. El motivo del dolor suele ser algunas pequeñas terminaciones nerviosas durante la penetración y el motivo del sangrado la rotura de los capilares que lo irrigan, pero que no tiene porque suceder, y ni siquiera durante la primera vez. La causa del dolor suele ser el estrés padecido por la pareja cuando el hombre intente la penetración, y puede que ambos se hagan daño. Es probable que no haya orgasmo la primera vez. Es importante el uso de algún sistema anticonceptivo, y desterrar la idea de que la primera vez no se puede quedar embarazada.

Esta “insignificante” telilla puede ser causa de problemas en la mujer. Se ha insistido tanto que la desfloración es dolorosa que muchas mujeres pueden, tener reacciones de rechazo, incluso vaginismo, guiadas por el miedo a “ese momento”. Ese dolor suele deberse a la ignorancia, debido a la brusquedad de la relación o al intento penetrativo sin una correcta lubricación. Otro de los factores estresantes es el lugar donde se produce. Muchas parejas que los van a realizar por primera vez son jóvenes y lo intentan en el coche o en algún rincón oculto, lo que no ayuda para permitir la tranquilidad necesaria para una buena lubricación y penetración. Lo más adecua-

do es iniciar la relación con juegos lo suficientemente prologados e intensos como para permitir esa lubricación; si es necesario se puede usar lubricantes. No es de extrañar que existan varias “primeras veces”, esto es, que sea necesario más de un intento para conseguir la penetración o incluso que el himen haga roturas parciales. En ocasiones, puede estar esclerosado y es necesaria su rotura quirúrgica.

Para Conchillo y Borrás, el culto a la virginidad es el mayor ejemplo de discriminación sexual para controlar a las mujeres, una coartada para controlar sus movimientos mediante mecanismos sutiles que en muchas ocasiones desembocan en un cinturón de castidad llamado vaginismo, impidiendo el desarrollo de su sexualidad, limitando sus contactos a caricias y juegos sin atreverse al coito. La “desfloración” es una acción más psicológica que física. Para que ese momento se produzca sin traumas, debe existir una preparación previa mediante besos, caricias, abrazos, aumentando la excitación de la mujer, y por tanto, la lubricación de la vagina. El mayor conocimiento del propio cuerpo, la consciencia de los mecanismos que le llevan a alcanzar el placer, son factores que ayudan a la mujer a afrontar con facilidad la penetración y el varón debe actuar con suavidad, evitando toda violencia física en esa primera penetración.

A esta fina telilla, algunas sociedades y religiones le han concedido una gran importancia en tanto que refleja la “inocencia” de la mujer. La misma religión católica enfatiza esta “virtud” al conceder a María, la madre de Jesús, hijo de Dios, esta capacidad: Ser madre y virgen “que nunca conoció varón”. Lo cierto es que Jesús nunca anatemizó la sexualidad y, aún siendo presuntamente célibe siempre estuvo rodeado de mujeres, incluso alguno de sus discípulos estuvo casado. Así mismo el Islam concede un gran valor a la virginidad. La raza gitana le da tanta importancia que el himen lo deben romper mujeres de la familia del varón mediante un pañuelo que posteriormente enseñarán a todos con los restos de sangre, para luego cubrir a la novia de pétalos y peladillas. En todos ellos, la principal razón podría radicar en un miedo por parte del hombre a no poder satisfacer los deseos de la mujer o “no dar la talla”. La existencia o no del himen no implica necesariamente que la mujer no haya tenido relaciones. Hay mujeres que tienen hímenes muy elásticos, que no se rompen y otras que han nacido sin él. También se puede romper por muchos motivos no sexuales.

Por otra parte, la sexualidad es mucho más amplia que la penetración vaginal. Hay muchas formas de obtener placer mediante las relaciones bucogenitales, anales y masturbatorias. Para muchas mujeres, la desfloración es vivida como una pérdida, con sentimientos de culpa. Se da tanta importancia, que incluso durante muchas épocas las mujeres que habían tenido una intensa vida sexual y deseaban casarse recurrían a preparados de plantas llamados “el ungüento de la condesa” que simulaba las mismas molestias y dificultades penetrativas que en la desfloración. En palabras de Shere Hite “los hombres son masoquistas y les gusta hacerse daño cuando introducen su pene en la vagina de una mujer virgen” (1990). Otras mujeres lo viven como una liberación.

## **LA PRIMERA VEZ**

La primera vez es vivida por todos de una manera especial, con ilusión hasta el punto que muchas mujeres prefieren vivir la sexualidad con la magia de la primera

vez. Para colmo, hoy en día existen clínicas donde se practica la himenoplastia (reconstrucción del himen) en que se suturan las carúnculas del himen, mediante una intervención con anestesia local y un día de reposo. Estas clínicas están floreciendo en países con fuerte influencia islámicas y latinas.

Como todo acontecimiento desconocido se espera con ansiedad y temor. En ocasiones la curiosidad se funde con la voluntad de no correr. Es más fácil conocer el propio cuerpo, aceptarlo y acercarse con consciencia y tranquilidad al otro sexo. El temor sigue siendo en buena parte producto de la ignorancia.

En estas condiciones, la primera vez se reduce a una tentativa tosca e insegura de hacer el amor, vivida por la mujer, con temor al dolor o a “no sentir nada”, y para el hombre, a fracasar o realizar un mal papel y por ambas, el temor a un posible embarazo. Para muchas personas, además, es importante que haya amor y dulzura. Las relaciones deben ser libres y paritarias. A esta primera vez no hay que llegar con temor, sino con libertad, y vivirla como un acontecimiento normal en la vida de cada uno.

Según un estudio de las universidades de Yale y Columbia, abstenerse a mantener relaciones sexuales no evita los contagios de ETS ya que suelen confiar que sus compañeros sexuales hayan hecho lo mismo, por lo que no suelen adoptar protección al mantener las primeras relaciones.

## **CASTIDAD Y CELIBATO**

**CASTIDAD** es la abstinencia de toda actividad sexual, sea esta de pensamiento, palabra u obra e indican la exclusión de manera voluntaria de toda tensión sexual de la vida del individuo. En nuestra sociedad, esta exclusión suele venir motivada por razones espirituales y/o religiosas, ocupando toda sus energías a esta vida espiritual. Otra cosa distinta es cuando este concepto se aplica de forma represiva que obliga a la castidad (sacerdocio, sociedad en que se desenvuelve el sujeto, etc.), lleva a que en muchos casos no se cumpla, total o parcialmente, lo que puede acarrear algunos problemas psicológicos o morales del tipo sentimientos de culpa o neurosis, sobre todo cuando es llevada a su extremo de no permitir ningún tipo de desahogo (como la masturbación o la lectura de textos eróticos).

**CELIBATO** Es en realidad un estado, el de la soltería y puede depender de motivos profundos dentro del campo de la elección personal de cada persona, aunque puede ser también indicativo de inhibiciones y condicionamientos personales.





## **RESPUESTA SEXUAL HUMANA**

Para Share Hite, el sexo son las formas de tocar a la otra persona y expresar una multitud de sentimientos. La caricia de una mano es más que una estimulación táctil.

Para hablar de la respuesta sexual humana hemos seguido el modelo de Masters & Johnson (1966), que se centran en los estudios realizados sobre el coito, a la que posteriormente se han añadido los de Helen Kaplan y de Rosemary Basson (2001) que como se verá incluyen el periodo previo al coito:

### **INTIMIDAD**

La relación se inicia porque dos personas inician un proceso de comunicación de lenguajes verbales y no verbales de carácter íntimo.

### **DESEO**

La fase de deseo consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo, a partir de la comunicación íntima, iniciándose un proceso en que se sienten atraídos y con un objetivo común, de comunicación más intensa

### **ESTIMULACIÓN**

En que las personas inician un juego que iniciará el proceso de excitación.

### **EXCITACIÓN Y MESETA**

Los labios se hinchan y enrojecen, las pupilas se dilatan, las ventanas nasales se amplían, sobre todo en las fases de excitación y el clímax. Las manos se hinchan y aumenta la sudoración en las palmas, la piel se hace más sensible a caricias.

Hay un aumento de los niveles de noradrenalina que es mayor en la mujer que en el hombre. También aumenta los niveles de prolactina y se mantiene altos hasta una hora después del contacto sexual (se piensa está relacionado con el orgasmo).

En las mamas se produce la erección del pezón, tanto en el hombre como en la mujer, pero en la mujer viene acompañado del aumento del tamaño de las mamas, ingurjítandose las venas y se tumefacta la areola, que se suele alargar hasta la fase de meseta. Aparece un enrojecimiento o “rash” maculo-papular que comienza en epigastrio y que se expande durante la fase de meseta a tórax, cuello, cara y el resto del cuerpo. Hay un aumento de la tensión muscular voluntaria e involuntaria, principalmente de abdomen, intercostales, facial y contracciones del recto.

Hombre: elevación testicular

Mujer: Expansión de la pared vaginal

Al final de la fase de meseta y según se avanza hacia el orgasmo, la ventilación es más rápida y profunda pudiendo alcanzar hasta 60 respiraciones por minuto en el orgasmo.

Hay un aumento de la frecuencia cardiaca y de la presión sanguínea, aunque estas reacciones no son tan elevadas como relataron Masters & Johnsons, ya que influye el nivel de excitación que se puede lograr si la pareja es la habitual o son relaciones esporádicas, en las que la excitación suele ser mayor. En datos numéricos, se puede llegar a 100-175 lat/min y una elevación entre TAs 20-80 mmHg y Tad 10-40 mmHg. sobre la normal.

No siempre es necesaria una vinculación afectiva o emocional con la persona con la que va a mantener relaciones. Esta excitación no selectiva ocurre de forma intensa en la adolescencia, lo que exige con urgencia alivio físico, habitualmente mediante la masturbación. La excitación y el impulso se centran en el área genital, aunque puede haber otras áreas.

## **HOMBRE**

**PENE:** Se produce la erección. Aumento de la circunferencia y cambio de color.

**ESCROTO:** Tensión y engrosamiento aplanamiento y elevación de bolsas

**TESTÍCULO:** Elevación y aumento de tamaño

**GLÁNDULAS DE COWPER:** Emisión pre-eyaculatoria de 3-4 gotas, donde puede haber espermatozoides activos

## **MUJER**

**CLÍTORIS:** Tumescencia del glande  
Aumento tamaño por vasodilatación  
Retracción hacia parte anterior pubis

**VAGINA:** Aparición rápida de la lubricación ante cualquier estímulo  
Distensión de la vagina  
Coloración púrpura por vasodilatación  
Desarrollo de la plataforma orgásmica en el tercio externo de la vagina

**ÚTERO:** Elevación del útero en anteposición  
Elevación del cuello

**LABIOS MAYORES:** Ingurjitación venosa o edema por vasodilatación

**LABIOS MENORES:** Engrosamiento y expansión  
Cambio de color.

**GLÁNDULAS DE BARTOLINO:** 1-2 gotas de secreción de material mucoide.

## ORGASMO

Orgasmo viene del griego *orge*, impulso y significa madurar, aumentar, llenarse de deseo y su "sinónimo" Extasis quiere decir salir de sí mismo. Es una reacción física que se desencadena en el cerebro, la sensación subjetiva, aprendida, del placer sexual acompañada de cambios fisiológico, que varían de una persona a otra y en una misma persona dependiendo del momento. Es el punto culminante del placer sexual, como una sensación de suspensión o detenimiento que elimina la tensión y congestión sanguínea mediante la contracción rítmica de los músculos del perineo y los órganos reproductivos. El orgasmo no es todo el placer, es un placer. En el siglo XIX, hacia 1810 se llamó al orgasmo histeria paroxística. Para Dumay, el orgasmo es una sensación especial de estimulaciones, focalizadas en una zona que causa una reacción en cadena de placer que provoca unas contracciones rítmicas de los músculos pelvianos. Para Wilhelm Reich, la potencia orgásmica consiste en la capacidad de abandonarse al flujo de energía biológica y de liberar la propia carga sexual. También distinguía entre clímax (como algo genital) y orgasmo (como una respuesta de todo el cuerpo). Para Lowen la satisfacción es una dimensión distinta del placer y depende de la plenitud del alivio. Al orgasmo, principalmente al femenino, se le ha buscado muchos motivos para su existencia. La conclusión principal es pasárselo bien, conseguir un gran placer y según Stephen Jay Gould no se le deberían buscar otras. El orgasmo está relacionado con la capacidad para abandonarse a los sentimientos eróticos. Pero esta sensación puede perderse si deja de estimularse la zona que provoca dicha excitación. Alrededor de 4 minutos con la estimulación adecuada suelen ser suficientes para lograr el orgasmo, tanto en hombres como mujeres. La respuesta orgásmica en hombre y mujer es la misma.

La ritmicidad e intensidad de las vibraciones varía con al edad; en ocasiones no hay vivencia de la respuesta fisiológica. Para el orgasmo es muy importante dejarse ir, pero muchas mujeres tienen miedo a perder el control. El orgasmo no puede ser controlado ni forzado. Los niveles de prolactina que se dispararon durante la excitación y el orgasmo, se mantienen altos en sangre hasta una hora después del mismo.

Se tiende a otorgar una importancia excesiva al orgasmo. No se puede considerar como el único criterio para determinar el grado de satisfacción que puede obtenerse. No es necesario que haya experiencia psicológica en cada orgasmo. El orgasmo depende de la sociedad de la que procede. Maslow descubrió que todos habíamos tenido experiencias que se recuerdan especialmente y que todos tenemos la capacidad de experimentar.

Durante el orgasmo, el enrojecimiento es evidente y puede variar respecto a la intensidad del mismo. Hay una pérdida del control voluntario de las contracciones y espasmos de grupos musculares. La tensión muscular aumenta con el placer, con oleadas de "estremecimiento", por todo el cuerpo. Todas estas reacciones tienen un signo inequívoco de que el orgasmo se ha producido: LAS PUPILAS SE DILATAN. El orgasmo llega a un punto sin retorno que en la mujer puede ser especialmente intenso al dejarse llevar. El orgasmo es el inicio de la relajación muscular; los movimientos rítmicos de la pareja pueden influir en la calidad de esta sensación.

Hay contracciones anales y rectales involuntarias a intervalos de 0'8 seg. en el hombre y que en la mujer son simultáneas a la plataforma orgásmica. El ritmo respi-

ratorio puede llegar a 40 respiraciones/minuto, la frecuencia cardiaca a 180 latidos/minuto y puede haber un aumento de la tensión arterial.

## **HOMBRE**

**PENE:** contracciones expulsivas en la uretra peneal a intervalos de 0'8 seg. y luego disminuyen de frecuencia y fuerza.

**ORGANOS SECUNDARIOS:** Contracciones que dan la sensación eyaculatoria y la inician.

## **MUJER**

**VAGINA:** Contracciones de la plataforma orgásmica a intervalos de 0'8 seg. y se repiten 5-12 veces, aumentando de la intensidad y la cantidad.

Algunas mujeres suelen expulsar un líquido rico en fosfatos –que no es orina– en el momento de máxima sensación orgásmica: es la llamada Eyaculación Femenina y que se ha venido relacionando con el punto G.

**ÚTERO:** Contracciones que se inician en el fondo y que son paralelas a las del orgasmo.

Lo importante es que la relación sea agradable para ambos; incluso existe la duda de si todas las mujeres tienen la capacidad de alcanzar el orgasmo; la presión por alcanzar algo que depende del sistema nervioso autónomo, como las cotas más altas de orgasmo, puede producir el efecto contrario y “lo mejor ser enemigo de lo bueno”, al concentrarse en el proceso en lugar de en el resultado final.

Existe una gran controversia sobre los tipos de orgasmo. Hay autores que dicen que sólo existe una forma de orgasmar: la clitoridea, y que los orgasmos vaginales no son sino el reflejo de la estimulación más o menos directa sobre el clítoris (excepción del punto G), aunque Freud consideraba el orgasmo clitoridiano propio de mujeres inmaduras. Sin embargo, otros autores dividen el orgasmo femenino en clitoridiano y/o vaginal, clasificándolo en 5 categorías:

- Clitoridiano
- De preferencia al clítoris
- Mixto
- De preferencia vaginal
- Vaginal

Esta clasificación está hoy en desuso debido a que es más creíble que las mujeres, tienen capacidad de disfrutar de las relaciones indistintamente de cual sea el mecanismo que utilice.

Según Alicia Waine Tambascio, hay disparidad de orgasmos.

- En el hombre la consecución del orgasmo se localiza principalmente en el pene. El ascenso hacia el orgasmo es gradual, pero directo, llega al orgasmo, como una explosión y luego todo termina.
- El orgasmo femenino está menos limitado, pudiendo ser múltiple, con un potencial psicológico y fisiológico mayor que en el hombre, como una sacudi-

da generalizada, con más matices y, aunque disfrutan del orgasmo, dan más importancia a las caricias, los mimos, etc., buscando que la relación sea algo más que sexo. La sensación orgásmica de la mujer se difunde por todo el cuerpo, hasta el punto de llegar a asustarse al notar que pierde el control sobre el mismo, vivido como una sensación de flotación/vuelo, incluso como una pérdida momentánea de consciencia.

Durante el coito es más difícil conseguir el orgasmo para la mujer que para el hombre, ya que el pene estimula zonas más o menos sensibles, pero no necesariamente aquellas que necesita la mujer que le estimulen, como una estimulación vulvar y púbica bien dirigida, con un manejo adecuado del clítoris y otras zonas erógenas de la mujer que pueden llegar incluso al orgasmo, sin que necesariamente se encuentre centrada en el área genital, incluso puede ser más fácil para la mujer que para el hombre, pudiendo tener varios orgasmos en pocos minutos. En la capacidad de conseguir el orgasmo influye también la forma que tiene de acoplarse la pareja, la forma y/o inclinación del pene, de manera que sería interesante observar qué parte de la vagina es estimulada, para lo que sólo sea necesario un cambio de postura, y ser la mujer la que dirija la relación; mediante la cópula activa, y ser ella la que busque las áreas y la profundidad que a ella le favorezcan el orgasmo.

Durante siglos se ha sublimado el orgasmo mediante la penetración porque es el dirigido a la reproducción, dejando fuera de la definición de sexo los abrazos, las caricias, los besos, la estimulación bucal. Además, para la mujer suele ser importante el cariño y la sensualidad para su placer, la sensación por la emoción que supone el hecho de dar y compartir y el espacio íntimo que se crea.

Otra de las grandes diferencias entre hombre y mujer, es que el hombre debe llegar al orgasmo y eyacular para la procreación, mientras que en la mujer no, lo que se ha empleado para hacer “invisible” la sexualidad femenina. Shere Hite se preguntaba ¿Por qué nos sentimos culpables si disfrutamos del sexo sin hacerlo en nombre de una causa virtuosa como la reproducción? Lo que sí es cierto es la distancia entre la capacidad procreadora, la frecuencia y el entusiasmo orgásmico cuando no se le debería buscar más función que la placentera. Las contracciones de la musculatura uterina hacen succión del líquido seminal para facilitar la llegada de los espermatozoides al óvulo. Según Baker y Ellis, durante el orgasmo el cuerpo femenino genera un fluido vaginal que aumenta la calidad del esperma. Así mismo, las prostaglandinas que contiene el semen favorecen las contracciones uterinas, lo que facilitan el orgasmo femenino, que el cuello se dilate y acelerar el parto en mujeres a término.

Lo que sí hay que tener claro es que la consecución simultánea del orgasmo es casi un mito.

Recientemente, la prensa se ha hecho eco de una investigación de la Universidad de Nueva York en la que se dice que la práctica sexual sin preservativo ayudaba a prevenir la depresión debido a las sustancias del eyaculado al ser asimilado por el organismo de la mujer y ello venía corroborado tras cruzar los datos con los índices de suicidio.

## **LA RESPUESTA MULTIORGÁSMICA**

En la mayoría de los estudios científicos, incluida la sexología, se han realizado en modelos masculinos y luego se han extrapolado a la mujer. La respuesta sexual

tipo es la de excitación, meseta (plateau), orgasmo y resolución, común a hombres y mujeres, pero existen otros mecanismos de respuesta femenina que corresponden al mecanismo multiorgásmico femenino. Esto se debe a que tras el orgasmo la sangre acumulada en los genitales se dispersa lentamente y, si siguen siendo estimuladas, pueden repetir orgasmo. Sólo un 33% de las mujeres suelen ser multiorgásmicas, pero no siempre tienen respuesta multiorgásmica. De la mujer depende hasta donde llegar en la respuesta orgásmica:

### **De idéntica intensidad:**

La mujer llega rápido a la meseta, donde permanece con orgasmos de intensidad moderada y estimulación ondulante que puede acabar en un gran orgasmo que puede tener una resolución lenta y que puede desencadenar una congestión pélvica dolorosa. Después de un orgasmo, se puede volver a la fase de meseta para, siguiendo con la estimulación conseguir otro.

### **De intensidad progresiva:**

La excitación discurre de forma lenta y gradual hasta la fase de meseta, donde se van sucediendo una serie de orgasmos ondulantes de cada vez más intensidad hasta un orgasmo más intenso.

Aunque hasta hace poco se pensaba lo contrario, en el hombre también es posible la respuesta multiorgásmica. Después de la eyaculación hay una pérdida gradual de la erección que puede ser del 30 % de potencia; si se sigue estimulando, se puede conseguir la respuesta del hombre tantas veces como se desee y es posible volver al orgasmo. Quizá uno de los factores que más han influido ha sido la ignorancia de que esto era posible. Por otra parte también el miedo al embarazo, ya que el método más utilizado es el preservativo y el pene debe retirarse de la vagina antes de que pierda erección. Además, y como no nos cansamos de indicar, no todos tienen porqué ser vaginales.

El orgasmo en el hombre no tendrá porqué estar relacionado con la eyaculación, de hecho hay zonas que, convenientemente estimuladas, producen reacciones de intenso placer sin que venga acompañada de eyaculación; es un mecanismo que debe aprender el hombre solo y con su pareja.

## **RESOLUCIÓN**

Cuando la energía alcanza su punto álgido, relajamos el cuerpo y esta energía se extiende por todo el organismo, todo ello relacionado con las emociones.

Se produce la involución de la erección del pezón, así como del tamaño de las mamas y las venas. Desaparece el enrojecimiento en sentido inverso a su aparición. Se produce una relajación muscular generalizada y progresiva. La frecuencia cardíaca y respiratoria, así como la TA vuelven poco a poco a la normalidad. Produce una sensación de relajación muscular y de bienestar general.

Aparece el sudor, relacionado tanto con la actividad física como respuesta vagal al orgasmo.

## **HOMBRE**

PENE: Pérdida de la erección en 2 etapas:

- Rápida pérdida de vasodilatación
- Lenta a estado de reposo.

ESCROTO: Rápida pérdida de congestión y vuelta a la normalidad

TESTÍCULO: Vuelta a su tamaño normal y descenso al escroto.

## **MUJER**

CLÍTORIS: Vuelta a la normalidad después de cesar las contracciones orgásmicas

VAGINA: Pérdida de la tumescencia de la plataforma orgásmica.  
Relajación de la pared vaginal y retorno a su color normal.

ÚTERO: Apertura del orificio del cérvix durante 20-30 minutos  
Vuelta del cuerpo a su posición de reposo  
Descenso del cérvix.

LABIOS MAYORES: Vuelta su estado normal.

LABIOS MENORES: Vuelve a su color rosa pálido

## **INTIMIDAD**

Simultáneamente a la resolución, se vuelve a un nuevo estado de intimidad, en que se producirá una especie de reencuentro con la pareja.





## **CARICIAS Y ZONAS ERÓGENAS**

La naturaleza ha dispuesto que los dos sexos se atraigan y obtengan placer de su contacto y de sus caricias. Al principio de las relaciones estas suelen desarrollarse mediante abrazos y besos cargados de ternura y pasión. Este conjunto de caricias, gestos, abrazos y besos pueden llevar a la pareja a altos grados de excitación. Este tipo de actividades suele resultar positiva para la maduración sexual de la persona al permitir un conocimiento gradual y progresivo del propio cuerpo y el del posible o futuro compañero, lo que le puede llevar a un mejor conocimiento de la pareja, a un mayor grado de empatía, desligando el placer del área genital, haciéndolo extensivo a toda la piel, a todo el cuerpo. En ocasiones, estas caricias se realizan a manera de cachete que elevan los niveles de adrenalina y, por tanto, la excitación; así mismo, los besos pueden darse como ligeros mordiscos, arañazos, etc. Las caricias y los mimos son una demostración de afecto de las que a veces olvidamos su importancia.

La piel, toda ella, es un gran órgano sexual que la pareja debe aprender a conocer y explorar las zonas más sensibles de su compañero/a con los dedos, la lengua, etc.; en ocasiones las zonas menos evidentes son las más sensuales y será la pareja quien decida hasta donde quieren llegar; de hecho, para muchas parejas la relación sexual (coital o no coital) empieza en un masaje donde no necesariamente se manipulan zonas de contenido erótico, aprendiendo a gozar de la vista, el tacto, etc. Si observamos, las zonas con mayor carga erógena son aquellas que están relacionadas con los instintos primarios (comer, beber, eliminar, reproducir, etc.). A este tipo de técnica algunos le llaman petting. En algunos ambientes y por algunas personas utilizan esta técnica para “preservar la virginidad” o en personas jóvenes por miedo al embarazo que no saben como conseguir anticonceptivos, como usarlo o imbuidos en “leyendas” sobre el sexo. Aunque, cuando se acepta una relación tan profunda y desinhibida ¿Qué sentido tiene “preservar la virginidad”? Pero como ya hemos repetido, el momento en que se quiera llegar al acto sexual debe ser decisión de la pareja, con absoluta libertad, y sin imposiciones de uno sobre otro o de los demás sobre la relación.

## **IMPORTANCIA DEL BUEN TONO DE LA MUSCULATURA PÉLVICA PARA EL ORGASMO**

Se ha comprobado que cuanto mejor es el tono del músculo pubo-coccígeo, mayor es el contacto con el pene y mejor es la respuesta orgásmica. Algunas culturas adiestran este músculo y recomiendan ejercicios para fortalecerlos y/o relajarlos, para aumentar el placer durante las relaciones sexuales. La musculatura del periné

suele quedar distendida después de los sucesivos partos de la mujer y, con la llegada del climaterio y la menopausia, estos problemas pueden verse agravados en sus manifestaciones, como las pérdidas accidentales de orina.

Uno de los ejercicios más comunes y sencillos para el fortalecimiento de esta musculatura son los ejercicios de contracción de la musculatura pélvica como si se quisiese contener una salida fecal o de orina, contracciones de forma rítmica en batidas de 20 contracciones al menos de 3 a 6 veces al día. También se utilizan unos pesos que, introducidos en la vagina hay que intentar que no se caigan. Este ejercicio se puede realizar en cualquier posición, aunque la más común suele ser sentado. Para objetivar el tono de la musculatura perineal lo podremos realizar mediante el perineómetro de Kegel y/o el miógrafo vaginal, que nos permitirá objetivar el estado muscular al inicio y al final del tratamiento, así como poder medir la fuerza de dichas contracciones. Muchas mujeres, además, utilizan este tipo de contracciones durante el coito para aumentar su placer o el de sus parejas.

Este tipo de ejercicios también pueden ser beneficiosos para el varón.

## **EL PUNTO G O DE GRÄFENBERG**

El introito y la plataforma orgásmica son especialmente sensibles a las caricias y frotamientos del acto sexual. Será en la zona ventral de la vagina donde encontraremos una de las zonas más sensibles de la mujer: El punto G. Se encuentra localizado directamente detrás del hueso del pubis, en el interior de la pared frontal de la vagina, entre la parte posterior del hueso del pubis y la cara anterior del cuello del útero, a lo largo de la uretra y junto al cuello de la vagina mediante el cual esta se une a la uretra. De una forma más gráfica podríamos situarlo con la mujer tendida en supino y con posición exploratoria, se encontraría en el interior de la vagina, en un área de entre las 11 y la 1 (de la esfera del reloj), a entre 3 y 5 cms. de profundidad y que, según algunos autores, se detecta como una especie de elevación del tamaño de un guisante o una lenteja. Se ha intentado dar múltiples explicaciones a este punto. La más creíble es que coincide con el área donde el pene toca durante el coito en la especie animal (a 4 patas) si la penetración se produjese por detrás y que coincide con una de las zonas más sensibles del pene (la parte inferior del glande) y actúa como un estimulador para el inicio de las contracciones uterinas que ayudan al ascenso del esperma por el cuello y las trompas. Otras teorías lo sitúan como punto gatillo durante el parto y que algunas mujeres dicen que les puede ser estimulado durante el parto, lo que ayuda al nacimiento del nuevo ser.

Junto a la reacción orgásmica se ha objetivado la expulsión de un líquido claro lechoso desde la uretra durante el orgasmo y que por su composición química se sabe que no es orina. A este reflejo se le ha llamado “eyaculación femenina”.

Algunos autores prefieren no darle tanto énfasis a este punto para evitar que muchas parejas se obsesionen en la búsqueda de este “El Dorado”, haciendo que la búsqueda de lo mejor les impida disfrutar de lo bueno.

## **ABECEDARIO DE PUNTOS**

Algunos autores, al socaire del punto G han bautizado algunas zonas como “punto...”, aunque en muchos casos sólo toman la inicial del lugar que localizan, como el punto U para la uretra, etc., o el punto A, se localiza en la parte superior de

la vagina, a 2-3 cms. del cuello uterino y se suele estimular durante la penetración vaginal desde atrás.

## **CABEZA Y CUELLO**

**Cabello:** La raíz del pelo es una de las zonas más inervadas y sensibles que, bien estimulada puede ser muy estimulante y gratificante.

**Orejas:** Abundantes terminaciones nerviosas que pueden ser estimuladas por presión o por caricia, incluida la parte posterior de las mismas.

**Boca:** Labios y lengua están muy inervada y vascularizada, altamente sensible a los contactos y que suele actuar tanto como donante como receptor del placer.

## **Cuello**

## **LAS MAMAS**

Las mamas es una de las áreas más sensibles de ambos. En el caso de la mujer, además, tienen un ligero aumento de tamaño durante la excitación. Estas sensaciones placenteras no son exclusivas de la mujer, pero ella ha aprendido a vivirla más como una sensación orgásmica que no el hombre, que por motivos culturales aún asocia el orgasmo a la eyacuación. La estimulación de las mamas se puede hacer mediante caricias, besos y/o mordiscos que provocan la descarga de oxitocina al torrente sanguíneo y que influirán en las contracciones de la musculatura uterina durante el orgasmo. La zona de máxima sensibilidad será el pezón y la areola y una de las técnicas de mayor placer es la de succión (como cuando se amamanta a un niño).

## **ABDOMEN**

Estimulándolo mediante caricias muy leves.

## **ESPALDA**

Es una zona de sensaciones muy variadas, con una buena inervación y alta sensibilidad en las zonas próximas a la columna vertebral

## **GLÚTEOS Y ANO**

El glúteo es una zona con alto contenido erótico, pero no es especialmente rica en matices sensitivos, no así el ano cuya estimulación con los dedos, lengua o el pene, que tanto por caricias como por su estimulación interna puede ser muy gratificante. Masters & Johnsons, erróneamente, llegaron a aseverar que sólo habían encontrado a varones que les gustara esta zona cuando eran homosexuales.

## **REGIÓN PUDENDA Y ZONAS PRÓXIMAS**

Utilizamos el término pudendo como definición anatómica, no como término moral, ya que los límites de esta área, en término morales, varía según la cultura.

**Clítoris:** Es considerado el órgano del placer por antonomasia. Se supone que es el pene en estado no evolutivo y cuyas terminaciones nerviosas lo convierten en el órgano del placer. Algunas de las técnicas de estimulación más conocidas son con la mano, la lengua, los dientes y/o los labios (Ver el tema del cunnilingus), mediante movimientos circulares u ondulares, aunque muchas mujeres prefieren la estimulación indirecta.

**Vulva:** Tanto los labios mayores como menores están muy inervados y vascularizados lo que los hace especialmente sensibles, especialmente el introito.

**Periné:** Zona muy estimulable, especialmente a leves presiones.

**Región interna de los muslos:** Muy inervada.

**Testículos:** Zona muy inervada y rica en matices táctiles.

**PIES**

Zona muy inervada y de fácil estimulación.

## LA MANSTURBACIÓN

Del latín *mans*, mano, *stupro*, corromper: ensuciar con la mano. Consiste en procurarse placer uno mismo. Lejos de los mitos que circulan sobre la misma, es un acto muy positivo en tanto que nos permite aprender de nuestro propio cuerpo y nuestro placer, preparándonos para nuestra vida sexual. Además, ayuda a relajar nuestro cuerpo, sobre todo en situaciones de estrés, aliviando tensiones fisiológicas y psicológicas.

Durante siglos, la mansturbación ha sido motivo de especulaciones. En muchas iglesias, la mansturbación masculina ha sido considerada pecado en tanto que no tenía fin reproductor y esa “semilla” podría albergar al “Mesías Salvador”. Durante la época victoriana (finales del siglo XIX y principios del XX) se consideraba un acto compulsivo, creencia reforzada de la observación de “locos y dementes”. Así mismo, se consideraba que causaba las más peregrinas patologías: ceguera, secaba la médula, idiocia, babeo, “granos” (acne), etc. y que era propio de gente inmadura. Incluso hoy algunas personas piensan que sólo se mansturban los “corazones solitarios”, los aislados y/o egoístas, y que las personas casadas no lo hacen; en absoluto, muchas personas lo utilizan como válvula de escape de situaciones estresantes.

### MASCULINA

En el hombre, la mansturbación se centra en el pene y se orienta al orgasmo mediante la frotación, formando una especie de vagina con la mano cerrada alrededor del pene y con movimientos más o menos enérgicos y rápidos que abarquen el cuerpo, el glande o ambos, aumentando la excitación genital hasta llegar al orgasmo, eyacular y luego un estado de refracción y fatiga. Se pueden estimular simultáneamente otras áreas del cuerpo. Puede realizarse con cambios de tempo o ritmo - Rápido/lento y con paradas y reanudaciones.

La mansturbación le enseñará al hombre a manejar su eyaculación.

### FEMENINA

La estimulación del clítoris suele ser esencial para la consecución del orgasmo en la mujer. Es la puerta de acceso al placer sexual. Su estimulación suele empezar a los 4-5 años, pero la sensación placentera que genera a las niñas suele carecer del sentido que tiene para los adultos, aunque con el tiempo, irá adquiriendo importancia. Si la mujer es capaz de conseguir el orgasmo sola, podrá conseguirlo con su pareja.

Para estimular el clítoris, se suele descubrir el glande del capuchón con dos dedos y con otro dedo o con la lengua de la pareja, mediante movimientos circulares y/o de

vaiven, con fricciones firmes, rítmicas, rápidas, desembocar en el orgasmo. Se pueden estimular otras zonas erógenas simultáneamente.

En la mujer, las técnicas varían. Ésta puede realizarse:

- Con cambios de tempo o ritmo - Rápido/lento
- Con paradas y reanudaciones
- Multiorgásmicas o sin orgasmo
- Mediante la estimulación del clítoris, la vagina u otras partes del cuerpo (mamas, recto, etc.), aunque es una forma menos común por ser mayor el tiempo necesario para su consecución
- Mediante la estimulación manual o mediante la contracción de las piernas, comprimiendo los muslos, con variación de la presión y ritmo sobre el clítoris.
- Orgasmo sin estimulación manual, sólo con la fantasía, relacionada con experiencias ya gozadas.

Enseñará a la mujer a conocer la fisiología de sus genitales, su vagina y la forma de lubricarse. En algunas mujeres, durante la menstruación las contracciones uterinas le permitirán un cierto alivio de la congestión.

Como técnica de pareja, la masturbación mutua enseña mucho a la pareja uno del otro y puede ser una técnica interesante en la relación como técnica de iniciación en los adolescentes, además de evitar embarazos no deseados, ya que la eyaculación se realizará fuera de la vagina y del área vulvar.

## RELACIONES BUCO-GENITALES

Desde el punto de vista de la lingüística es más correcto decir relaciones bucogenitales o sexo bucal que no orogenitales o sexo oral, ya que la forma oral se refiere al habla.

Las relaciones buco-genitales pueden ser:

- Un medio para lograr el máximo de excitación en la pareja, para luego aplicar otras técnicas sexuales.
- O un fin en sí mismas, con la intención de hacer llegar al orgasmo a la pareja.

A medida que aumenta la excitación, se incrementarán las caricias. Es importante prestar atención a los gestos, que indicarán si aquello que se realiza resulta placentero para la pareja. Toda unión está teñida de emotividad y sentimientos, como modelo subjetivo de procurar placer, por pasión o para complacer a la pareja.

De todas formas, este tipo de relaciones siempre han estado rodeados de algunos impedimentos más o menos salvables; Como ya hemos comentado en el tema de embriología, los sistemas genital y urinario se encuentran unidos, lo que puede generar algún tipo de repulsa por parte de la pareja que va a estimular mediante la boca los genitales de su compañero/a, que puede hacer concebir que todo lo que surja de estos órganos son sustancias de desecho, tóxicas. Algunas personas pueden tener miedos insuperables a los fluidos corporales del propio órgano (menstruación, semen, etc.) o el sabor de los propios fluidos; parte de las características de sabor de estos fluidos, tanto masculino como femeninos, están en íntima relación con la alimentación de la persona lamida. Otro de los factores que puede influir son los aspectos relacionados con la higiene, concretamente el olor que los genitales pueden desprender. La visión que se puede tener del área genital por defectos de higiene (esmegma) o por la propia imagen de los genitales por algún tipo de defecto (manchas, granos, etc.) o lo anómalo de su tamaño o forma.

No olvidar que existe una práctica oral recíproca, popularmente conocida como 69 que ya aparece en múltiples representaciones en los templos hindúes y que se popularizó en occidente a través de una litografía atribuida a Achille Deberia, de la novela Gamiani de Alfred du Musset, en 1848.

Hay que tomar las precauciones mínimas cuando no se tiene pareja estable debido al riesgo de enfermedades de transmisión sexual, con especial atención al VIH, VHB, VHC, ya que uno de los medios de transmisión es la vía buco-genital, mediante el semen y/o la sangre, por lo que la felación puede llegar a realizarse con preservativo, existiendo algunos de ellos, con sabores. Al parecer, según el virólogo

Raphael Viscidi, las relaciones buco-genitales pueden producir cáncer de boca por transmisión del HPC16 (virus del papiloma humano), aunque el riesgo es muy bajo.

## FELACIÓN

(Del latín *Fellare*, chupar) Es el acto sexual bucogenital, en que los genitales masculinos son excitados por caricias bucales por la pareja, con el fin de excitarle o para la consecución del orgasmo/eyaculación. También conocido como mamada, limpiar la escopeta, tocar la flauta de jade, etc. Suele venir acompañada de manera simultánea de masturbación por la pareja o por uno mismo, así como suaves caricias con la lengua a manera de aleteos que producen un gran placer.

En el plano psicológico, la mujer es la que da placer al hombre, no el hombre quien lo toma, además de ser en multitud de ocasiones desencadenante de la excitación femenina. La felación llevada a su término –la eyaculación– en la boca, es una de las fantasías y deseos principales del hombre, pero puede desmotivarlo saber que para su pareja pueda resultar incómodo. La felación tiene 3 aspectos que la asemejan a la vagina: humedad, forma y temperatura. Cuando el pene está en la boca, está en contacto y es estimulado por la bóveda palatina, la lengua, los dientes y los labios.

La única precaución importante será evitar soplar con fuerza por el meato, por el riesgo de infección que ello implica para el hombre.

## TÉCNICA

La técnica básica de la felación consiste en la estimulación del pene mediante el lamido con la lengua a lo largo de todo el pene de punta a raíz (lo que llaman un griego) o mediante la introducción del pene en la boca (llamado un francés), en torno a la cual hay muchas otras denominaciones que están en función de la penetración o si ésta se realiza mediante el movimiento de cabeza de lado a lado, o con leves giros, o con la lengua. Todas ellas llevan a conseguir el orgasmo del varón.

La eyaculación es uno de los “problemas” de la felación, ya que de producirse dentro de la boca hay muchas personas que no lo soportan porque:

- a) El semen tiene sabor acre, y textura viscosa, aunque ese sabor del semen tiene también relación con la alimentación del varón (que lo hace más dulce o amargo). Incluso hay quien dice no notar sabor. El sabor amargo se asocia al tabaco, el agrio a carnes rojas.
- b) Por la presión a la que sale el eyaculado y que al impactar con la úvula y la oro-faringe puede provocar náuseas. Algunas personas dicen que es soportable “cerrando la glotis”, esto es, bajar la cabeza pegando la barbilla al pecho, no permitiendo la entrada en orofaringe. Otras, suelen girar la cabeza ligeramente a un lado para que el eyaculado impacte sobre la cara interna o dental de la mejilla, y para eludir el sabor, evitar que el semen se deposite sobre los receptores amargos de la lengua; otras anteponen la lengua al eyaculado para que este se deposite sublingualmente.
- c) Por la cantidad. En ocasiones el eyaculado es abundante y la boca no puede contenerlo todo, lo que puede desencadenar náuseas. Aquí la solución pasa por dejar salir parte o todo el eyaculado fuera de la boca
- d) Por la temperatura a la que sale (37C°), que puede resultar incómodo.



Como ya hemos definido, hay quien por prejuicios culturales no ha realizado nunca una felación a su pareja al asociar la eyaculación con la excreción, y sienten un asco visceral a iniciarlo. Hay que recordar que el semen, por regla general, es un fluido limpio, formado de espermatozoides y líquido seminal, rico en azúcares y grasas. Para la desensibilización existe una técnica de entrenamiento progresivo, que se inicia por besos por la zona perigenital que, conforme se va acostumbrando se va avanzando paso a paso hasta la eyaculación en la boca o hasta donde la pareja quiera llegar; no tiene que vivirse como una obligación para con él:

- 1) Se empieza con besos desde el pecho hasta el área perigenital, acariciando el pene con la mejilla, mientras se masturba al hombre. Esta primera ocasión puede acabar en coito.
- 2) Se inicia la relación como el apartado anterior, pero añadiendo besos con los labios cerrados en genitales y pene. Según se aumenta en confianza, se añade lamer el pene con la lengua.
- 3) Provocar la erección mediante la introducción del pene en la boca.
- 4) Realizar la felación dando la espalda a la pareja, con el avance de los labios para abarcar la mayor parte posible del pene.
- 5) Felaciones con el hombre sentado y de pie.
- 6) A partir de aquí consiste en acostumbrarse a la eyaculación, recibiendo el eyaculado sobre el cuerpo, tomando una parte con el dedo e ingiriéndolo.
- 8) El varón eyacula sobre sí mismo y su pareja lo lame con la lengua.
- 9) Felación completa.

De todas formas, esta técnica no deja de ser básica y tiene variaciones:

- a) Algunas personas estimulan el bálano (=bellota) con los dientes, suavemente, sobre las zonas más sensibles del mismo: la unión del bálano con el “frenillo” (rafe medio del pene) y la cara ventral del mismo.
- b) La felación puede realizarse con preservativos, algunos de los cuales se fabrican con sabores, incluso, la expansión del SIDA ha hecho recomendable que esta práctica se realice con el mismo. Además, para quien tiene temor al semen puede ser una buena solución.
- c) Algunas personas introducen el pene hasta orofaringe mediante técnicas entrenadas de habituación.

## **CUNNILINGUS**

También conocido popularmente como beso de ángel, beber en la fuente de Jade. (Del latín Cunnus, coño, vulva y ligere, lamer) Es el acto sexual buco-genital en el que la vulva y el clítoris son estimulados por caricias bucales por parte de la pareja para la consecución de la excitación y/o el orgasmo de la mujer.

Para ello, se suele apartar los labios mayores manualmente, en general con la ayuda de los dedos 2ª y 3ª o con los pulgares de ambas manos, con la intención de dejar al descubierto el clítoris, para lo cual, en ocasiones será necesario elevar el capuchón del clítoris para que pueda ser convenientemente estimulado. Esta se puede realizar estimulando de 3 formas básicas:

- a) De manera caudal (arriba-abajo-arriba).

- b) De manera lateral (izquierda-derecha-izquierda).
- c) Circular (dando vueltas alrededor del glande del clítoris).

A la vez y/o en combinación con la estimulación del clítoris, se estimulan labios mayores y menores e incluso leves introducciones de la lengua en el introito y algunas parejas incluso en el ano (el llamado beso negro). También puede venir acompañado de masturbación mediante la introducción de dedos u otros objetos con fuerte carga sexual en la vagina y/o el ano. A veces también se estimula el glande del clítoris con los dientes con suavidad.

Técnicas muy agresivas y deficiencias higiénicas por parte de la pareja, pueden producir alteraciones en los labios mayores y menores. Suele ser bastante placentero para la mujer soplar suavemente cuando la vulva está bien lubricada. El clítoris es un órgano extremadamente sensible que no tiene forma natural de lubricación, por lo que manipulaciones inadecuadas, bruscas o muy prolongadas pueden acabar irritando y produciendo dolor. Para algunos autores, si la estimulación clitorídea ha venido acompañada de la estimulación intravaginal del punto G, puede producirse la emisión de un líquido (la eyaculación femenina) de la que no existen trabajos concluyentes.

En esta técnica también hay personas que tienen prejuicios debido a:

- 1) La proximidad de la uretra, inmediatamente por debajo del clítoris, lo que confiere un cierto sabor salado al principio de la técnica por leves restos de orina, para luego dar lugar a un fluido dulzón procedente de la lubricación del tercio externo de la vagina, que se prepara para la penetración.
- 2) La posibilidad de que la mujer esté menstruando, lo que puede inhibir tanto a la mujer como a su pareja por la sangre que pueda salir durante la relación como durante el orgasmo. No es una inhibición absoluta.
- 3) La posibilidad de olores no agradables debidas a deficiencias de higiene o enfermedades.
- 4) La visión de algún tipo de defecto de color, forma o alteración vulvar.

Para la pareja, además, puede surgir otros 2 tipos de problemas:

- El derivado de la postura del cuello para realizar la felación, que para algunas patologías puede ser recomendable buscar otra postura (patologías cervicales, vértigo periférico, etc.)
- El derivado de sacar la lengua, ya que el rafe medio de la misma (el “frenillo”) puede ulcerarse debido al roce continuado con los dientes.

## COITO ANAL

Este tipo de prácticas siempre a contado con mala prensa a nivel social, lo que lo ha convertido en una de las prácticas más deseadas y menos reconocidas. Su mala prensa viene implícita incluso en los nombres que se le aplica para calificarla: Sodomía (en mención a la ciudad maldita destruida por Dios), sexo contranatura o dar por culo. Así mismo, las expresiones sociales en torno a esta actividad lo cargan de un matiz peyorativo, así cuando existe descontento o enfado se suele enviar a la gente a tomar por el culo o que le den por culo o son situaciones que perculizan, lo que a conferido a esta actividad como algo doloroso, sumiso y/o desagradable, perverso, sucio, etc. Con un buen entrenamiento, nada más lejos de la realidad.

Por otra parte, el SIDA a contribuido a aumentar el carácter maldito de esta práctica al ser esta una de las vías de transmisión y haberse conocido desde el primer momento como la “peste de los homosexuales”.

En las sociedades tradicionales y/o con fuerte carga religiosa, en las que el sexo no tiene sentido si no está destinado a la procreación, este tipo de prácticas está anatemizado, llegando a ser causa de prisión, en sociedades los Estados Unidos de Norteamérica, donde son delito incluso practicados con el consentimiento de la pareja o Irán, desde 1979 la práctica del coito anal, sobre todo la homosexual, puede acarrear la pena de muerte. En cambio, muchas sociedades y personas lo han utilizado como sucedáneo a las relaciones vaginales para preservar la virginidad o contra los embarazos no deseados. Para no sacarlo de contexto, la practica del coito anal debe ser una variante más del juego erótico que tiene que ser elegida y consentida por las dos partes, sin que ninguno de los componentes de la pareja haya de sentirse presionada ni obligada a hacer aquello que no quiera.

El ano es una zona sensible, con abundantes terminaciones nerviosas que lo convierten en una zona ideal para el disfrute sexual. Muchas parejas disfrutan del masaje anal –como zona erógena que es–, dactilar o lingual no penetrativo o levemente penetrativo. Masters & Johnsons, en "Respuesta Sexual Humana" llegan a insinuar que aquellos hombres que lo disfrutan como zona erógena solían ser los que tenían tendencias homosexuales, afirmación con la que no estamos de acuerdo y de hecho, otros autores definen como algunos hombres disfrutan del masaje de la próstata por vía rectal.

Como ya hemos indicado en todas las prácticas sexuales, para que estas sean placenteras para la pareja, tiene que ser consentida por los dos.

Para la práctica del coito anal es imprescindible una mínima preparación de la pareja, ya que el ano es un esfínter con una elasticidad muy limitada (menor que la

del esfínter vaginal), que ofrece resistencias, por lo que será muy difícil una penetración placentera sino se está preparado.

- 1) Ya que el ano no tiene el mecanismo de autolubricación que tiene la vagina, se usará algún tipo de lubricante a aplicar en el ano y en el dedo, pene o artilugio que vaya a ser introducido, a ser posible de base acuosa si se va a realizar con preservativo o consoladores, ya que las bases oleaginosas pueden dañar el látex. Si no se utilizan materiales de látex, los usos de cualquier sustancia lubricante está extendida: cremas, geles lubricantes no irritantes, mantequillas, etc.
- 2) Es conveniente excitar bien a la pareja, mediante el masaje anal, haciendo suaves círculos alrededor del ano y leves introducciones del dedo dentro del ano.
- 3) Dilatar, sobre todo las primeras veces, convenientemente el ano mediante la introducción primero de un dedo (con la uña bien cortada y arreglada), a la profundidad y ritmo que la pareja receptora nos marque, ya que es quien mejor sabe donde y hasta donde le duele.
- 4) Cuando el ano está lo bastante entrenado, puede intentarse introducir un dedo más ancho, un segundo dedo o algún objeto más grueso con alta carga erotizante que no suponga riesgos para la pareja (porque tenga bordes cortantes pueda hacer ventosa dentro del organismo o pueda quedarse o romperse dentro).
- 5) Si el ano está preparado, quizá será el momento de iniciar la penetración, la cual realizaremos con extremo cuidado y siempre bajo las indicaciones de la pareja receptora, tanto en profundidad, amplitud de movimientos y velocidad del coito y pararse para que el ano se acostumbre al pene e iniciar las maniobras cuando la pareja lo indique.

En algunas ocasiones, algunas personas limpian sus intestinos mediante enemas para evitar las molestias que las heces puedan producir durante el coito anal.

Si la técnica ha sido ejecutada bien, puede ser tan placentero como cualquier otra práctica sexual, aunque suelen definirse como un tipo de placer distinto. Simultáneamente se podrá estimular a la pareja con las manos masturbándole (pene o clítoris), zona mamaria, etc.

## **PRECAUCIONES**

- Es recomendable después de una penetración anal no realizar una vaginal, ya que en el intestino viven una serie de microorganismos que tienen vida saprófita en él, pero que en otras partes del cuerpo pueden causar patología. Si se desea volver a la penetración vaginal, habrá que realizar un lavado exhaustivo del pene u objeto que queramos introducir en la vagina.
- La dilatación del ano puede causar reacciones vagales en personas sensibles a ellas, con sudoración profusa y que en los casos más extremos puede llegar a problemas cardíacos o cardiorespiratorios.
- Al ser una zona tan inextensible, se pueden producir microtraumatismos como fisuras tanto en el ano como en el pene, a través de los que, en las relaciones de riesgo, se puede transmitir enfermedades como el SIDA y/o la Hepatitis (recordemos que la hepatitis mata más que el SIDA y que la gente no parece darle esa importancia al haber aprendido a vivir con ella, pero al igual que el SIDA, no tiene cura y quien se infecta tiene que vivir con ella de forma crónica).

## HOMOSEXUALIDAD

La homosexualidad, lejos de considerarse una opción más del ser humano para buscar pareja con la que tener momentos de ternura y amor, se ha considerado como algo anormal y pecaminoso; puede que ello se deba al concepto reproductivo de la sexualidad, ya que el homosexual –masculino o femenino– sin una unión copulativa con personas de otro sexo, no puede concebir. En la actualidad, muchas lesbianas (al igual que muchas mujeres solas) pueden recurrir a bancos de esperma para tal fin, o ambos a la adopción como solteros, lo que ha suscitado no poca polémica entre sectores más conservadores de la sociedad, no reconociéndose mediante medidas legislativas la igualdad real que emana nuestra Constitución en los artículos 14 (derechos y libertades), y 9.2 (los poderes públicos deben promover la libertad e integridad del individuo).

La homosexualidad es una variación natural de la relación afectivo-sexual y una forma privilegiada de comunicación con la persona amada; la mentalidad judeocristiana crea problema de algo que no es sino una opción más del ser humano, saludable y positiva como cualquier otra manera de vivir la sexualidad. Existen varias teorías sobre el origen de la homosexualidad:

1. Para Freud –con una visión machista de la sociedad, donde la homosexualidad era masculina– ésta era debida a la identificación de los jóvenes con la madre al ser esta la fuerte, ante una imagen débil de la figura paterna, el temor a ser castrados por el padre al desear a la madre. Las mujeres comienzan a imitar al padre por ser quien proporciona placer a la madre.
2. Puede ser una experiencia aprendida por una madre muy autoritaria o un padre pasivo o tras una experiencia heterosexual traumática.
3. Es un proceso aprendido en la sociedad.
4. Desequilibrio hormonal: la deficiencia de la enzima 21-hidroxilasa, al parecer apoyado por otra tesis que afirma que el hijo varón menor de una familia de varios hermanos varones podía serlo por agotamiento de la hormona masculina en el momento del desarrollo intrauterino.
5. El cerebro del homosexual no es igual que el del heterosexual y que existen unos centros cerebrales que influyen en esta decisión.
6. La corriente genetista que ha encontrado un marcador genético en la región xq28 del cromosoma X imbricando genes y orientación sexual. (Lo más probable es que sean razones multifactoriales y cada uno de estos factores influirá de distinta manera en cada persona).

La homosexualidad ha sido vista como una enfermedad mental – una neurosis– y como tal entre 1980 y 1987 todavía había muchos profesionales de la sanidad que lo seguían considerando enfermedad, aunque a partir de este año se considera una egodistonia, esto es, los problemas derivados del rechazo de la propia homosexualidad, lo que puede impulsarle a una heterosexualidad que no desea. En 1992 la OMS la eliminó de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades). Vista así, no es de extrañar que se hayan propuesto tratamientos para curarla que van desde electroterapia a la inyección o ingesta de eméticos para provocar respuestas aversivas, de las que nunca se ha llegado a demostrar su eficacia puesto que en algunos casos, al homosexual la idea del castigo para redimir su culpa le hace someterse a estos tratamientos. Pero no sólo la homosexualidad, sino también la bisexualidad es experimentada con sentimiento de culpa que arrastra a muchas personas a acudir a las consultas en busca de terapia por la culpa de “sentirse viciosos”; aunque en la bisexualidad es más común pedir ayuda para definir la orientación sexual.

Todas estas tendencias obvian algo ¿Dónde está la libertad de decisión del ser humano para vivir su sexualidad? Sin negar ninguna de las teorías anteriores que, en efecto pueden influir en la decisión última, será voluntad de la persona elegir su tendencia sexual, el género con el que se identifica. Al socaire de esto surge la teoría medioambiental que defiende que las presiones ambientales y otros factores condicionantes pueden impulsar al ser humano a contactos homosexuales, vivíroslos como experiencias positivas y convertirlo en una forma de vida.

Los procesos de aceptación de la identidad sexual no son un capricho, es un camino personal al cual se añade la presión social, la estigmatización, la discriminación que pueden generar conflictos, ansiedades, depresión, etc.

Según Richard, el proceso de aceptación es:

1ª Estadio: Sensibilización

2ª Estadio: Autoreconocimiento

3ª Estadio: Aceptación de la identidad: Reconocen que prefieren compañeros del mismo sexo. Esta aceptación no sólo es ante sí sino ante los demás y el encuentro con compañeros en su misma situación

4ª Estadio: Realización o integración de la identidad: Se encuentran satisfechos con su propio estilo de vida, sin miedo a manifestarlo en público.

La homosexualidad no siempre ha tenido el mismo concepto por parte de la sociedad. Para los griegos de la época alejandrina, la homosexualidad era considerada como algo perfecto. Incluso la bisexualidad era considerada normal, sobre todo entre hombres mayores, a menudo casados. Su rechazo arranca desde la concepción judeo-cristiana de la sexualidad reproductiva, plasmando esta prohibición en la Torá (libro sagrado), en Levíticos, en los que prohíbe tanto la homosexualidad como el uso de ropas del sexo contrario.

Esta concepción pasa así a aquellos que tienen a Jesús como hijo de Dios (Cristianos) como los que lo tienen como profeta (musulmanes). Por ello se prohíbe tanto la masturbación como la anticoncepción y la contracepción y por supuesto toda forma de sexualidad no reproductiva. Para el judaísmo, además, tiene un mensaje mesiánico, porque cada esperma puede ser “el Mesías que ha de liberar al pueblo de Israel”. Esta prohibición no es algo caprichosa; desde los albores de la prehistoria, la reproducción ha sido básica para la supervivencia de los pueblos: a

más nacimientos, más mano de obra y más guerreros; además, hasta bien entrado el siglo XVIII, la supervivencia infantil era baja, en algunos casos con cotas de supervivencia inferiores al 50%. En España el Fuero Juzgo y el Fuero Real ya castigaba la homosexualidad con la castración, así como algunos textos legales de la época de los Reyes Católicos (1497). Los avances de la medicina han hecho que a mediados del XIX se produzca una inflexión positiva de supervivencia, reduciendo las cotas de mortalidad infantil y maternal en los países del llamado primer mundo próximas a 0, lo que ha llevado a una progresión aritmética de la sociedad, con cotas de superpoblación, que en nada justifican ya el rechazo de la homosexualidad ni de la contracepción. Con una expresión popular “hoy el pecado sería tener hijos como conejos”, como defienden aún algunas corrientes integristas del cristianismo y de otras religiones y culturas. El problema es que todavía hay demasiada gente que continua relacionando la homosexualidad con actitudes perversas.

Todavía hay regiones de la tierra donde está castigada la homosexualidad o donde la intolerancia social es evidente, aunque se consienta de alguna manera, como los países árabes o los Estados Unidos, donde hasta las relaciones anales –incluso las bucales– son punibles legalmente en 13 estados, incluso cuando son consentidas y ha tenido que ser el Tribunal Supremo el que dictase sentencia en Junio de 2003 para que se preservase el derecho al respeto de sus vidas privada. Además la hipocresía de esa sociedad los rechaza.

En la iglesia católica se ha debatido varias veces sobre la sexualidad de sus sacerdotes, y en especial sobre la homosexualidad. La moralidad de los actos de un sacerdote no afectan la validez de su ordenación; otra cosa distinta es que los psiquiatras demuestren que la tendencia se deba a alguna enfermedad psiquiátrica anterior a su ordenación, lo que sí causaría su anulación. Lo que sí hay que recordar es que la Iglesia Católica sólo reconoce las relaciones sexuales dentro del matrimonio y que sólo lo admite entre hombre y mujer, para ello se basa en textos bíblicos levíticos, las primeras cartas a Romanos (1, 24-27) a Corintios (6, 10) y Timoteos (1, 10) en los que se atestiguan que los actos homosexuales son desordenados, condenando al homosexual a la castidad, si bien muchos teólogos cristianos (católicos y protestantes) niegan esas tesis. En la Iglesia católica estadounidense, a raíz del escándalo pederasta de 2002 se produjo 2 corrientes de opinión: los que querían que no se admitiesen en el seminario jóvenes con inclinaciones homosexuales y los que querían excluir sólo la homosexualidad activa.

Cuando alguna persona nos habla de su pareja, hay una tendencia natural a pensar que nos habla de alguien del otro sexo, y no siempre tiene por qué ser así. En las relaciones homosexuales se repite exactamente todos los medios relacionales que en heterosexuales, esto es, desde la relación superficial de un rato hasta la relación permanente, conyugal. La promiscuidad, al igual que en la heterosexualidad, dependerá de la edad, grado de aceptación y orientación sexual.

El profesional sanitario deberá tratar a la pareja como ellos deseen o conciben su relación y, por lo tanto, hacerlo participar del tratamiento, como haría con cualquier pareja heterosexual, algo que parece de perogrullo, pero que es importante recordarlo.

Muchas personas con ostomías pueden desear utilizar el estoma para la práctica, lo que tendremos que desaconsejar porque, al contrario que el ano, este es frágil y puede dañarse.

Todo tipo de interpretaciones sobre el asunto están mediatizadas por la sociedad, y en las sociedades donde se lo permiten se casan.

En los casos en que el homosexual enviuda o no tiene pareja, hay un bajo auto-concepto por la dificultad en encontrar nueva pareja, y que puede verse afectada también por enfermedades más o menos graves o más o menos desfigurantes. Por el concepto que la sociedad tiene para el homosexual, y que afecta a la forma de pensar del mismo, cuando aparece una enfermedad más o menos grave o invalidante, puede ser vivido por el enfermo y/o su pareja como un castigo divino o incluso como algo causante de su afección.

Muchos homosexuales se ven forzados a llevar una conducta sexual que no desean, son víctimas de la fuerza de la intolerancia de la sociedad, condenados a una “heterosexualidad obligatoria”, negándose y negando algo tan importante para el ser humano como es la afectividad, intentan esconder y/o reprimir su condición, lo que se traduce en pérdida de la autoestima, estados depresivos, ansiedad, aislamiento social e intentos autolíticos. En muchas ocasiones tienden al matrimonio con personas del sexo contrario, lo que también es fuente de problemas. Si su pareja no reclama atenciones afectivo-sexuales, puede que no sea un problema y ambos convivan manteniendo el secreto; pero en multitud de ocasiones el homosexual acaba abandonando a su pareja heterosexual para iniciar relaciones, incluso definitivas, lo que suele causar, además de lo descrito, que la pareja heterosexual también acabe con depresión y baja autoestima al considerarse engañadas, se sienten culpables de no haberse dado cuenta antes y de no ser lo suficientemente hombres/mujeres como para retener a sus parejas que se han ido “con los de su sexo”. La mujer homosexual (lesbiana) suele negar menos su condición que el hombre y de una forma menos conflictiva, quizá porque la sociedad occidental a lo que ha dado importancia es al rol masculino, dejando un poco al margen la importancia del rol femenino al transgredir menos la regla.

Generalmente la homosexualidad de un hijo tiene un gran impacto en la familia, es difícil de asumir y requiere de un proceso de adaptación que pasa por plantearse qué han hecho mal, qué dirá la gente.

Pasan por unas fases similares a las que se atraviesa cuando hay una pérdida:

Negación      Decepción      Rechazo      Depresión      Aceptación

En ocasiones, la familia puede quedarse en la negación y se desencadena una barrera de incomunicación porque los sueños que se habían depositado en el hijo se truncan. La mentalidad y las creencias pueden hacer fracasar la adaptación. Superado el shock, se empieza a comprender. A medida que se suaviza el primer impacto, se racionaliza.

Kinsey propuso que la orientación sexual debía medirse en una escala de 7 grados desde los heterosexuales a homosexuales puros; en medio, los bisexuales y el resto de personas. La homo- y la heterosexualidad no se excluyen mutuamente; la misma persona puede presentarlas conjunta, armoniosa e independientemente e ir variando su orientación sexual a lo largo de su vida. Los bisexuales desean con similar intensidad a hombres y mujeres y hacen su elección en función del interés que les despierta la pareja, sin considerar su sexo.

Podríamos hacer un continuo desde la homosexualidad más extrema hasta la heterosexualidad:



Transexual Travestismo Homosexualidad Bisexualidad Heterosexualidad  
Heteroses. excluyente

### **Heterosexualidad excluyente**

Esta concepción de la sexualidad es casi patológica, ya que sólo concibe al ser humano como ser heterosexual, considerando la homosexualidad una enfermedad, casi como un cáncer y que en casos extremos llegan a la homofobia y la agresión al homosexual. Algunas personas piensan que esa reacción se debe a un miedo a su propia homosexualidad.

### **Heterosexualidad**

Es lo que la sociedad considera como normal. Es el punto en que se encuadra la mayoría de la sociedad.

### **Bisexualidad**

Para muchos es lo perfecto. El ser humano es bisexual (o asexual) hasta la pubertad en que decide su orientación sexual. No implica renunciar al propio sexo, ni su rol como hombre/mujer. Es vivir acorde a sus necesidades, libertades e instintos. Se piensa que las personas somos potencialmente bisexuales y es la sociedad quienes mediante la represión, fobia, condena y/o negación inclina la balanza. Una gran muestra de ello es que muchas personas, durante la pubertad ha experimentado atracción por personas de su mismo sexo, incluso ha llegado a mantener relaciones afectivo-sexuales con ellos mediante el juego (mansturbaciones en grupo, toqueteos, etc.) a veces orientados por la curiosidad. Esto no es anormal, solo un paso más en la formación del ser humano.

### **Homosexualidad**

Es aquella persona que vive admitiendo y viviendo como su género, pero que para sus relaciones afectivo-sexuales prefiere a los de su genero.

### **Travestismo (no confundir con Fetichismo travestista)**

Son aquellas personas que se sienten y viven su existencia del género contrario al que su cuerpo pertenece. Se viste, vive y comporta acorde ese modelo.

### **Transexualidad**

Todavía se atribuye de forma general la transexualidad como un estatus de psicopatología. Es el extremo máximo de identificación con el sexo contrario, como una identidad sexual cruzada, un conflicto que gira en torno a la noción de identidad sexual no sentirse identificado con su propia sexualidad; llegan hasta el rechazo del cuerpo en el que viven y rechazan sus genitales hasta el punto que se sienten una aversión cuasi compulsiva contra él llegando a la autoagresión y/o mutilación del mismo. Para la doctora en psicología Mercedes García, la transexualidad es un problema de corporalidad, no de identidad sexual. El principal problema es sentirse sin percibirse, sentirse de una manera distinta a la que uno se percibe.

Consiguen su objetivo de transformarse al sexo deseado mediante la cirugía:

**De hombre a mujer:**

Implantes mamarios, amputación genital y construcción de una vagina artificial  
Fabricación de formas femeninas con prótesis de caderas y glúteos  
Inyecciones de hormona femenina para alteraciones de la voz, pilosidad, etc.  
Tratamientos del vello con láser, etc.

**De mujer a hombre:**

Amputación de las mamas y construcción de penes artificiales  
Inyecciones de testosterona.

El camino hacia la normalización jurídica de las situaciones ya lleva años realizándose. El primer estado que aprobó la primera ley de parejas de hecho fue Dinamarca en 1989, seguida por Noruega en 1993 y Suecia en 1995. Holanda en 1998 formalizó un registro de relaciones de homosexuales que en 2000 se transformó en una ley que equiparaba las uniones homosexuales y heterosexuales. Francia, Bélgica y Alemania cuentan con un Pacto Civil de Solidaridad. El Reino Unido todavía no ha legislado la normalización de la homosexualidad. En España, y por ende en la Comunitat Valenciana –la cual fue pionera– los homosexuales ya pueden inscribirse en los registros civiles como parejas de hecho y en algunos sitios de Europa incluso contraer matrimonio civil. Desde 2005 se han aprobado las relaciones conyugales para las personas homosexuales y heterosexuales con igualdad de derechos. En 1998 la Audiencia de Sevilla concedió la patria potestad a un transexual que había convivido más de 10 años con el padre biológico de la niña en contra de la familia materna. Por otra parte, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha negado en 2002 la posibilidad de la adopción por parte de los homosexuales en virtud a los intereses del adoptable: “...a pesar de sus claras cualidades personales y su aptitud para educar a un hijo, no se aportaban las salvaguardias necesarias –desde una perspectiva educacional, sociológica y familiar– para adoptar un niño”. Todo ello se puede traducir como que, al menos jurídicamente, se va hacia la normalización de estas situaciones pero, evidentemente, y con todo convencimiento, lo que no será posible es el matrimonio eclesiástico de los homosexuales ya que la propia Biblia en Levíticos rechaza la homosexualidad y las iglesias que funcionan en torno a la Torá y la Biblia, como entidades cerradas y privadas que son, tienen sus reglas. Estudios recientes realizados por las Universidades de Sevilla y Valencia concluyeron no haber encontrado diferencias significativas entre niños criados con familias homosexuales y los criados por familias heterosexuales, siendo la única diferencia que los niños de parejas homosexuales son más tolerantes. Los parámetros valorados fueron la competencia académica y social, autoestima, ajuste emocional y comportamental, conocimiento del rol de género, aceptación e integración al grupo y aceptación de la diversidad social.

En verano de 2003 se hizo pública una encuesta de Chueca.com sobre la homosexualidad en España donde el 88'2 eran hombres y el 11'8 mujeres, donde más del 90% tenían entre 18 y 44 años y con un buen nivel de estudios y sólo el 15% vive con su pareja y otro 26'1% solos y más de la mitad viven en poblaciones de más de 100.000 habitantes

## **TRANSTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL (DSM-IV-302.xx) (CIE-10-f64x)**

Desde 1973 se han ido eliminando de las diversas ediciones del DSM toda consideración diagnóstica sobre la homosexualidad. Hoy en día, las únicas alteraciones que se mantienen en este sentido son las que a continuación veremos.

Este trastorno aparece en el DSM-IV y define que debe haber pruebas de que el individuo se identifica de un modo intenso y persistente, con el otro sexo con malestar por el sexo asignado que pueden llegar a malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas y no sólo con el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales.

El CIE-10 distingue 3 trastornos:

- Trastorno de la identidad sexual de la infancia
- Travestismo de rol doble
- Transexualismo

El malestar y la discapacidad se manifiesta de diferente manera, entre otras cosas en las dificultades en contraer amistades y habilidades propias de individuos del mismo sexo a menudo, conduce a aislamiento y malestar. Las mujeres suelen sufrir menos rechazo por las amigas que los hombres por los amigos. La relación con los padres puede verse afectada, y los padres llegan a preocuparse porque han creído que esto era algo pasajero y se desesperan cuando no remite. Se preocupan por su aspecto físico, llegando a automedicarse con hormonas y rara vez llegan a la autocastración. Pueden llegar a dedicarse a la prostitución y en los casos más extremos pueden llegar al intento de suicidio. Alguna vez se han observado remisiones espontáneas.

En la esquizofrenia rara vez hay ideas delirantes de pertenecer al otro sexo, ya que lo que se valora es sentirse del otro sexo y no la creencia de pertenecer a él.

Muchos individuos acaban socialmente aislados, con una baja autoestima y en menores pueden provocar aversión a la escuela y su abandono así como por las actividades tradicionales del sexo contrario, expresando además el deseo de pertenecer al mismo, llegando a rechazar incluso las funciones y reacciones fisiológicas. Pueden manifestar ansiedad por separación y síntomas depresivos con ideaciones suicidas, en especial durante la adolescencia. Ya adultos, muestran su deseo de vivir como miembros del otro sexo y en privado puede pasar mucho tiempo vestido con ropas del otro sexo (fetichismo travestista) o incluso pasando en público por personas del otro sexo.

Este trastorno puede tener 4 variaciones:

- Con atracción sexual por varones
- Con atracción sexual por ambos sexos
- Con atracción sexual por mujeres
- Sin atracción sexual por ningún sexo

No existen valores analíticos ni test específico, sus genitales son normales y puede presentar:

- En el varón ginecomastia y/o falta de vello por el uso de hormonas y depilaciones continuadas y tras la cirugía correctora, estructuras vaginales, fístulas, este-

nosis uretrales y desviación del flujo urinario, rinoplastia o escisión del cartílago tiroideos

- En la mujer distorsión y eritema en las mamas por el uso de prendas compresivas y alta predisposición al síndrome de ovario poliquístico. También puede intentar la cirugía para la masculinización, como la mamoplastia o la construcción del pene.

El hombre tiende más a la cirugía que la mujer en proporción 1/30.000 hombres - 1/100.000 mujeres.

### **TRANSTORNOS SEXUALES NO ESPECIFICADOS:**

(DSM-IV - 302.9) (CIE-10 - F52.9)

- Sensación profunda de inadecuación con respecto a la actitud sexual u otros rasgos relacionados con los estándares autoimpuestos de masculinidad o feminidad.
- Malestar debido a un patrón de relaciones sexuales repetidas características por sucesiones de amantes que constituyen solamente objetos para ser usados.
- Malestar profundo y persistente en torno a la orientación sexual.

(DSM-IV - 302.6) (CIE-10 - F64.9)

- Enfermedades intersexuales (insensibilidad a los andrógenos o hiperplasia suprarrenal congénita) y la disforia sexual acompañante.
- Comportamiento travestista transitorio relacionado con estrés
- Preocupación persistente por la castración o la penectomía, sin querer adquirir las características sexuales del otro sexo.

## LA INFIDELIDAD

En los años 90, la prensa se hizo eco de un estudio del centro de transfusiones de Francia, que descubrió que al menos 1/10 de los niños no eran de sus padres legales y en España, en el Hospital Sant Pau entre el 5 y el 7%, lo cual generó una cierta voz de alarma. Estas pruebas podían tener un cierto sesgo ya que la mayoría de las veces que se hacen estas pruebas es por reclamaciones o imputaciones de la paternidad.

Infidelidad proviene del latín infidelitas, -atem, deslealtad, falta de fidelidad, y esta de fidelitas -atem, lealtad, adhesión firme y constante. La infidelidad es básicamente un concepto moral, basado en la idea monógama de las relaciones entre personas, aunque este no es necesariamente un concepto universal, puesto que hay algunas culturas donde la fidelidad es sólo una exigencia para uno de los sexos (poligamia masculina en los musulmanes), ni a nivel zoológico ni es exclusivo del hombre la fidelidad monógama. Decía Vicente Gascón que la fidelidad no se mide desde los genitales, sino que depende de la confianza en la pareja, su compenetración y unidad. Cuando se encuentra a alguien que ensalza nuestro ego se puede llegar al punto de la pérdida de control y sentimientos contradictorios. Evitar estas situaciones debe ser de mutuo acuerdo y nunca estar fundada en un derecho de propiedad.

La infidelidad se produce cuando se rompe el compromiso de lealtad sentimental contraído con la pareja. No siempre la infidelidad va acompañada de ruptura; algunas parejas consiguen superarlo pese al duelo que ello supone, pérdida de confianza en la pareja y en uno mismo, baja autoestima, etc.

La infidelidad genera sentimientos de culpa y temor. Ni el matrimonio ni la relación sexual son sinónimos de amor y buena sexualidad para toda la vida, aunque el matrimonio y/o la relación de pareja estable implica felicidad no fidelidad. La infidelidad es un problema de uno mismo que afecta a la pareja debida por una falta de autocontrol al no saber evitar las situaciones comprometidas. Las causas más comunes suelen ser:

- Búsqueda de nuevas experiencias o atractivos nuevos.
- Como consecución de una meta que reafirma la seguridad.
- Cansancio, insatisfacción o deterioro de la relación.
- Venganza contra la pareja

Los primeros humanos fueron monógamos y vivían en tropas o bandas integradas por familias nucleares de pareja y cría; la postura frontal y personalizada de la sexualidad humana conduce a la formación de fuertes vínculos entre el hombre y la

mujer. De lo que están seguros es que los intercambios de comida y sexo llevaron al desarrollo de vínculos más fuertes entre machos y hembras. Los humanos son una de las especies animales de sexualidad más acentuada. En realidad, la práctica de la monogamia o poligamia depende en cada sociedad de las posibilidades materiales, económicas y de la voluntad de los individuos que la componen:

- La poligamia predomina donde la tierra es abundante y falta mano de obra al añadir nuevas esposas e hijos a sus unidades domésticas.
- La poliandria es una adaptación a la escasez de recursos y varios hermanos se ven obligados a compartir esposa para limitar el número de herederos a la tierra que poseen en común.
- La monogamia es común en los niveles medios de presión demográfica o escasez de tierra. Otros factores es la motivación social, política o religiosa. La elección de uno u otro modelo se debe fundamentalmente a factores económicos

En las sociedades que practican el matrimonio por compra, la práctica de la poligamia o monogamia depende, en cada caso, de las posibilidades económicas del individuo. En las sociedades industriales, el matrimonio monógamo implicaba una serie de beneficios socio-económicos, impuesto por una cultura donde la figura masculina tiene un claro predominio frente a la mujer; a mantener bajo control el privilegio natural de las hembras de cualquier especie: poder elegir tanto el individuo como el momento de la relación sexual. El modelo judeo-cristiano no da más de sí. Se está extendiendo la familia monoparental encabezada por una mujer en la que los compañeros cohabitan con ella, engendran hijos y contribuyen a su sustento.

La fidelidad ha afectado principalmente a la mujer, ya que el hecho de ser ella la que puede quedar marcada por un “hijo del pecado”, lo que la arrastró históricamente a ser ella la que hiciese de la fidelidad una bandera, manteniéndose virgen hasta el matrimonio e incluso después del matrimonio conservándose fiel de cuerpo y mente. Con la persuasión, la amenaza y el castigo, la mujer ha sido reprimida hasta que la ha arrastrado a la pasividad, dedicación y fidelidad como actitud instintiva. La mujer ha sido considerada más culpable que el hombre. En algunas sociedades, incluso castigada por ello (Safiya Husseini –Sentenciada a muerte por la sharia, Nigeria 2002– pese a estar separada y haber sido violada)

La tendencia del ser humano es la monogamia por ser una sociedad igualitaria en que maduramos y necesitamos estabilidad para formar una familia.

La fidelidad, para mucha gente, suele ser no llegar al coito; en el pasado, no era casi nunca una virtud voluntaria, sino práctica obligatoria impulsada por la educación religiosa y a veces se vivía con inconsciencia y sacrificio. La norma era la relación monógama. Se creía que la fidelidad era una decisión libre, pero en realidad parecía nacer de la inseguridad y el temor a no saber conservar la relación de otra manera, convirtiéndolo en una defensa y no en una manera de madurar. Hoy puede serlo por convicción, basado en una búsqueda de lealtad.

Cuando se trata de una pareja esporádica, las cosas cambian poco, ya que nos centramos en el placer y el fin es experimentar satisfacción. Pero a veces los sentimientos de culpa suelen desembocar en problemas como eyaculación precoz o impotencias temporales (“gatillazos”), provocados por el estrés o la inseguridad. Por lo tanto, la fidelidad es un concepto aprendido con raíces ancestrales, probablemente marcadas por un concepto cuasi-mercantil de la mujer. Múltiples trabajos arqueológicos

han dejado al descubierto imágenes votivas de mujeres de amplias mamas y grávidos abdómenes, siendo consideradas como figuras o dote por la mujer que se recibía como intercambio -Venus de Willendorf- imprimiendo sobre la mujer un concepto de “posesión” que ha persistido de una manera u otra en la historia de la humanidad casi hasta nuestros días.

Según hemos avanzado en la historia, esa monogamia posesiva ha ido aceptándose por ambos sexos, aunque en muchas ocasiones con una clara discriminación contra la mujer. Las causas de la infidelidad no son iguales para hombres como para mujeres:

- El hombre suele tener más interés en la relación extrapareja, debidas al aburrimiento, siendo relaciones menos selectivas, más centradas en el atractivo físico.
- La mujer suele basarlos más en la insatisfacción con su pareja o para buscar nuevas relaciones duraderas exigen más a su pareja: inteligencia, estatus, etc.

La infidelidad hay que verla siempre en su contexto socio-cultural. Es fácil llegar a la conclusión de que la persona infiel lo es porque no ama a su pareja, lo cual no tiene que ser necesariamente cierto. Cuando se produce un acto de infidelidad, esta se puede producir porque hay un fallo en la comunicación de la pareja (si la pareja infiel no queda satisfecha, busca la satisfacción en otras personas). La infidelidad puede deberse también a un acto de autoafirmación de la persona infiel (no querer dejar escapar una oportunidad, etc.). ¿Cuántos problemas sin resolver pueden encajar este tipo de relaciones? La incapacidad de hablarse, el temor a perderse, a la comparación, a encontrar situaciones desconocidas. Quizá no deberíamos hablar de fidelidad, sino de sinceridad.

Infidelidad lúdica: Cambiar por cambiar, por experimentar nuevas experiencias, nuevos placeres.

¿Cómo catalogar cuando una persona mediante la masturbación o el coito con la pareja se ha imaginado estar con otra persona? ¿No dejaría de ser infidelidad?

El problema de la infidelidad radica en el deterioro que puede causar en la relación de la pareja de 2 formas:

- a) La persona infiel puede enamorarse de la nuevo/a compañero/a sexual, pudiendo forzar o disolver los vínculos sentimentales y/o legales que le unen con su anterior pareja (divorcio). El hecho de tener relaciones extrapareja puede implicar un mayor riesgo de vincularse afectivamente con otra persona: realmente el riesgo existe puesto que ninguno es exclusivo y los sentimientos pueden cambiar en el tiempo.
- b) La persona engañada conoce de la existencia de la infidelidad y es incapaz de soportar los celos o de racionalizar qué ha llevado a esta situación y forzar los vínculos legales y/o sentimentales.

En ambos casos se produce una relación conflictiva a 3 ó más bandas que influyen en las relaciones comportamentales de los implicados y donde pueden surgir problemas de salud biológica y/o psicológico, ya que la persona que se siente “engañada” suele perder la confianza en su pareja, lo que degenera en problemas psicológicos (celopatías, depresiones, etc.) que llevan implícitos problemas orgánicos (anorgasmias, etc.) y de relación con la pareja.

La infidelidad duele en dos direcciones:

- En la persona que es infiel: Por el recuerdo de la persona traicionada
- En la víctima: Entre el rencor total y la comprensión.

Existe la posibilidad de que la infidelidad sea vivida como un proceso pasajero en el que el infiel mantenga el amor por su pareja y en un tiempo más o menos breve, su relación “extra-conyugal” deje de existir. ¿Qué sentido tendría hacer partícipe a la pareja de lo sucedido? Probablemente, la pérdida de confianza acabaría por minar una relación de amor que no tiene porqué dejar de ser feliz.

Quizá sería necesario potenciar el concepto LEALTAD junto a la fidelidad, centrando la atención en sentimientos como el amor como motor de la relación. La fidelidad sólo hace referencia al cumplimiento de un pacto o contrato entre dos personas y su cumplimiento por ellos. La lealtad en cambio, gira en torno a la consecución de los objetivos comunes y el amor el sentimiento que mueve todo ello. Incluso, es posible que en algunos casos la infidelidad pueda enriquecer de algún modo la vida sexual de la pareja.

Lo que está claro es que para poder saber porqué se ha producido esta infidelidad, hemos de estudiar a la pareja en su conjunto y ver cuales son las discrepancias conyugales que han favorecido la misma (exigencias no cubiertas por la pareja, promiscuidad por parte de uno de los miembros de la pareja, etc.) y ver si estas “desavenencias” son conciliables. En el campo de la infidelidad está lo que se conoce como efecto Coodlige con base en el propio comportamiento humano en la teoría de que el hombre, al ser un productor de semilla (semen) y que debe expanderla, por lo que será más activo sexualmente cuanto más cambie de pareja; pero este deseo sería menor cuanto más tiempo estuviera siempre con la misma mujer.

Hay un tipo de infidelidad consentida por ambos en la pareja que es aquella que se realiza en prácticas en grupo, donde el intercambio de pareja actúa como potenciador del deseo sexual.



## **COMPLEJOS**

Es un conjunto de sucesos cargados de emociones que se esconden en el subconsciente y provoca reacciones de las que no nos damos cuenta, manifestándose mediante la inhibición. Todos tenemos determinados acontecimientos que nos relacionan con nuestras emociones, como complejos de culpa, inferioridad/superioridad, abandono o persecución. Lo importante es aprender a reconocerlos y neutralizarlos para evitar que acaben marcando nuestras vidas.

### **COMPLEJO DE EDIPO**

Se basa en la leyenda de Edipo, que se caso con su madre, Yocasta, después de matar a su padre, Layo, ignorando en ambos casos el parentesco; al descubrirlo, se arrancó los ojos y huyó.

El niño desea a su madre completamente suya, pero tiene como rival a su padre, del que está celoso y del que desea, inconscientemente, que desaparezca si se manifiesta de manera consciente la muerte del padre, se siente culpable. Este puede impulsar al hombre a buscar una mujer que responda al perfil físico y psicológico de su madre.

### **COMPLEJO DE ELECTRA**

Se basa en la leyenda de Electra, unida a su padre por un profundo amor, y enfrentada a su madre con idéntico odio profundo.

La niña desea a su padre para sí, pero tiene de rival a su madre. Ello impulsa a buscar a la mujer un perfil psicológico y/o físico parecido al de su padre.

Generalmente, los complejos de Edipo y Electra son muy comunes en el niño, pero desaparecen pronto, sino las consecuencias pueden ser graves y penosas.

### **BOVARYSMO**

Actitud psicológica que sufren aquellas personas que rechazan la realidad cotidiana, refugándose en un mundo imaginario, especialmente en lo que se refiere a las relaciones sentimentales. El nombre proviene del personaje Emma Bovary (Madame Bovary) de Gustave Flaubert, de una mujer que vive atormentada entre dos mundos: real e imaginario.

### **DON JUAN / CASANOVA**

Aunque a veces se utilizan como sinónimos no lo son. Es una sensualidad abocada a la satisfacción de los placeres. En el mundo germánico lo consideran como

contraposición a Fausto, alma atormentada por el deseo de elevarse por encima del mundo de los sentidos.

#### **DON JUAN**

El mito de Don Juan proviene de la obra de Tirso de Molina en “El burlador de Sevilla” en el que se refleja todo un sentido religioso de la conciencia del pecado y cuya obra más conocida es la Zorrilla. Don Juan utiliza a las mujeres como objetos sexuales, sin amor. Por eso, debe ser “destruido”, una condena de “los pecados de la carne”.

#### **CASANOVA**

Vive sus aventuras sexuales con amor, consiguiendo regalar a las mujeres una fuerza amorosa sin arrancarlas de su vida, ayudándolas a vivir mejor cuando las abandona

#### **COMPLEJO DE ATLANTA**

Evolución patológica de la mujer que desea de forma ferviente ser hombre. Algunos autores lo achacan a anomalías en el desarrollo hormonal asociándolo a aspectos viriloides y desarrollos hipoplásicos así como a una ausencia absoluta de placer.

## **LA SEXUALIDAD EN LA MUJER EMBARAZADA Y LAS DIFICULTADES DE CONCEPCIÓN**

A lo largo de la historia, ha sido muy controvertido, incluso para los profesionales de la salud, el tema de si la mujer embarazada podía mantener o no relaciones sexuales, puede que esto se debiese a una actitud victoriana de concebir a la mujer embarazada como una enferma. Hoy en día no debería haber dudas al respecto y sólo limitar las relaciones en aquellas parejas en que el riesgo de infección o aborto sea elevado. En ocasiones, el deseo de ser madre no es lo suficientemente intenso ni preciso para acometer la tarea de la crianza y se ha pasado de la obligatoriedad a la libertad de ser madre o de no serlo, lo cual no preocupa ya que la especie humana no está en peligro.

Unos profesionales bien formados pueden orientar y facilitar que se viva la sexualidad de un modo satisfactorio física y psicoafectivamente. No se debe renunciar a la sexualidad y mucho menos simplificándola a la relación coital. Los niveles hormonales en la mujer durante este periodo permiten que la vagina esté más húmeda, modificando las sensaciones de la pareja.

Las relaciones no tienen porque ser dolorosas ni entrañar ningún riesgo para el niño. Es sorprendente oír a algunas mujeres que hacia los años 60 “preferían” que sus maridos fuesen de putas a poner en peligro al niño. Lo que sí vamos a plantear son los cambios que se producen en la mujer durante el embarazo y dar algunas indicaciones o consejos para que las relaciones sean más satisfactorias y con menor riesgo, para ello vamos a dividir el embarazo en 5 periodos: los 3 trimestres, el parto y el puerperio.

En un estudio publicado en la revista <New Scientist> se habla que en el hombre también se producían niveles de prolactina más elevados y los de testosterona más bajos que se mantenían bajos hasta la llegada del nuevo niño, y a estos padres se les observaba más volcados sobre sus hijos, lo que también se ha explicado como respuesta al estrés emocional que comporta la llegada del nuevo ser.

En palabras de Shelva Ritzinger “El sexo, el parto y la maternidad no son, en realidad, experiencias conflictivas distintas, sino parte de un continuum, y lo que aprendemos de cada uno profundiza nuestro entendimiento acerca de otras fases de la vida”.

### **PRIMER TRIMESTRE**

La mujer puede tener náuseas y vómitos, pérdidas de apetito, sueño, fatiga, etc.

Algunas mujeres tienen un olfato exacerbado, lo que se achaca a los niveles de estradiol y progesterona y se ha interpretado que es una forma de defender a la madre de posibles tóxicos.

Hay una disminución del deseo sexual, debida a los miedos de dañar al feto, pero se va intensificando según evoluciona el embarazo. Este temor viene también de la creencia que las contracciones uterinas durante el orgasmo podrían provocar el aborto, lo cual sólo debe preocupar cuando la mujer tiene riesgo de abortos espontáneos. Curiosamente, la prohibición es de la actividad coital, sin mencionar la masturbación, cuando es en esta práctica donde el útero tiene las contracciones orgásmicas más intensas. Algunas mujeres tienen molestias y/o calambres en la zona inferior del abdomen o incluso cefaleas después del orgasmo.

- Las mamas aumentan de sensibilidad y tamaño, especialmente en el primer embarazo, empezando con turgencia areolar, que puede verse incrementada durante la relación sexual, aunque este malestar normalmente sólo afecta al primer trimestre. De todas formas, las mamas están tan sensibles que será conveniente que los juegos eróticos se hagan con especial cuidado. A veces estas molestias pueden provocar el abandono de acariciar las mamas por ser muy molesto para la mujer. Las venas están muy marcadas y los tubérculos de Montgomery aumentan de tamaño
- El útero puede alcanzar un tamaño de hasta 12 cms. En esta fase aumenta la vascularización de esta zona.
- La expansión de la vagina es todavía normal, aunque este fenómeno será cada vez menos observable, según aumente el tamaño del útero. La vagina aumenta la lubricación, principalmente por el aumento de la vascularización que sufre toda la región pélvica en esta etapa, produciéndose un incremento del tamaño del tercio externo de la misma, llegando a producir una obstrucción de hasta un 75 %.
- Los labios mayores se congestionan hasta llegar a estar edematosos y durante el coito suelen aplanarse, lo que facilita la penetración del pene.
- Los labios menores, durante la excitación aumentan su tamaño.

## **SEGUNDO TRIMESTRE**

Persisten los cambios vistos en la fase anterior, aumentados según aumenta el tamaño del útero, que ahora llega hasta los 24 cms.

Hay un aumento del interés por las relaciones sexuales que llegan a ser más intensas y satisfactorias. Aumenta el erotismo y la mujer se vuelve más exigente en cuanto a la calidad de sus experiencias, aumenta la vascularización pélvica, y la congestión de la vagina, similar a la que tenía durante la fase de excitación cuando no estaba embarazada. El alivio post-orgásmico es más lento y transitorio.

## **TERCER TRIMESTRE**

- El útero ha seguido creciendo hasta los 33 cms, para permitir el desarrollo del feto que ya está casi formado, mide unos 50 cms y pesa unos 3-3'5 kgs. Se producen contracciones uterinas frecuentes (Braxton Hicks), casi siempre indoloras, que son una especie de preparación para el parto. Durante el orgasmo, estas contracciones lo son en forma de espasmo tónico, de hasta media hora de duración y sin evidencias de sufrimiento fetal.

- Además, el aumento del útero empieza a comprometer el espacio del aparato digestivo hasta el punto de que la presión en el estómago producirá sensación de plenitud con poca comida, aumento de la acidez, indigestión, etc. Hay irritabilidad abdominal, tensión dorsal incluso dolor.
- La vejiga se encuentra presionada, con poca expansión, lo que provoca micciones continuas. Suele ser frecuente, también, algunas fugas involuntarias de orina.
- Los orgasmos son más satisfactorios, la zona pélvica está muy congestionada y suele aliviar bastante esta congestión, aunque más lento y menos eficaz según avanza el embarazo.
- Las mamas se vuelven más cónicas, aumentadas de tamaño y preparadas para amamantar. Aunque no se percibe aumento durante la excitación, si se percibe el aumento de los pezones y la areola.
- Puede haber una reducción del deseo debido a las exigencias físicas, al verse tan gorda y en ocasiones por la prohibición por parte del personal sanitario. Cuando el embarazo se encuentra en la última quincena, será aconsejable no mantener relaciones coitales porque estas pueden desencadenar el parto mediante 2 mecanismos:
  - a) Las contracciones uterinas del orgasmo, que se ven aumentadas por la afluencia de oxitocina producida por el organismo durante la excitación y el orgasmo, sobre todo si además se han estimulado las mamas, al aumentar la producción de oxitocina
  - b) La presencia de prostaglandinas en el semen que producen un aumento de las contracciones y ablanda el cérvix, lo que favorece el parto

## **LA SEXUALIDAD DEL PARTO**

En algunas mujeres existe un temor atávico al parto, reforzado a veces por las propias mujeres para comprar cariño y atenciones particulares. Todo es “glorificado” por un pensamiento mágico en que ni a la madre ni al niño les puede suceder nada malo. Cuando aparece alguna dificultad, la sociedad y en especial la mujer tarda en admitirlo, lo que puede retrasar la atención, ya que viven al feto como algo que defender, como una fuente de angustia. Cuando, pasadas las dificultades, nazca el niño, se convierte en un “hijo milagro, fruto del sacrificio materno” que puede producir que crezca en un ambiente de superprotección, lo que puede comprometer su crecimiento como persona.

La sociedad tiene mecanismos para que la mujer no acepte el parto como algo normal y natural. En los antiguos “pueblos bárbaros”, las mujeres no mostraban ni miedo ni dolor ante el parto; desde el punto de vista sensorial-discriminativo es un dolor soportable, y el dolor suele ser la respuesta a la ansiedad y la tensión que produce la asinergia entre las fibras del cuello y el cuerpo del útero durante las contracciones. El miedo suele ser la respuesta a las situaciones del parto suelen venir causadas por desconocimiento o desinformación, no sólo por la vía emotiva y cognitiva sino por la sensorial-discriminativa. Se pretende un cambio de actitud:

Mujer tensa - cuello tenso - dolor

Mujer relajada - cuello blando - no dolor

### ***Teoría de Read:***

El temor al parto desencadena un estado de tensión en el cuello que dificulta su dilatación y provoca dolor, lo que aumenta el temor e instaura el círculo vicioso temor-tensión-dolor.

### ***Escuela Soviética:***

En un cerebro activo, con focos de actividad y frenado, los estímulos que provienen del útero no pueden alcanzar el córtex. Un cerebro activo equivale a ausencia de dolor. En un cerebro pasivo y agotado los estímulos provenientes del útero penetran sin dificultad y llegan al cortex. Un cerebro pasivo equivale a dolor. Para ello utilizaremos ejercicios respiratorios y gimnasia que prepare a la mujer al parto, así como ejercicios de relajación, implicando a su pareja como un elemento activo.

Todos debemos esforzarnos (sociedad, políticos, familia, etc.), para que el niño nazca en las mejores condiciones.

Shelva Ritzinger habla de que en este momento algunas mujeres sienten el parto como una sensación enormemente erótica al encontrarse todos los órganos pélvicos llenos de un gran calor y que algunas asemejan a una especie de orgasmo. Parte de pérdida de estas sensaciones se centran en la vivencia del parto como una técnica hospitalaria en lugar de como una experiencia personal, privada e íntima; a fin de cuentas, no hay que olvidar que los protagonistas del parto son la madre y el niño y el personal sanitario meros instrumentos que les ayuden en caso de surgir alguna complicación. Es más, el mobiliario para el parto está preparado para comodidad del personal sanitario y no de la madre, siendo el parto en el potro lo menos adecuado para ella, convirtiéndolo en un “potro de tortura”, que aumenta los calambres de la parturienta y favorece los dolores de espalda.

Se ha enseñado a la mujer a respirar durante la fase expulsiva de una forma que se convierte más en una competición que en un proceso natural. La manera de respirar conteniendo la respiración para empujar es incluso contraproducente para el feto, ya que, al contener la respiración, la tensión arterial de la madre desciende, lo que disminuye el aporte de oxígeno al feto. Incluso a veces se les enseña a reforzar los músculos abdominales, que aumenta el sufrimiento de la madre en el momento del parto. Todo ello se basa en la creencia que la mujer tiene que empujar en cada contracción, para aprovechar ese esfuerzo, justo lo contrario de lo que sucede durante el orgasmo.

La respiración correcta, adoptada por todos los mamíferos, es bastante similar a la respiración durante el orgasmo: aumenta el ritmo para luego retenerla durante el orgasmo/parto y luego vuelve una respiración más lenta. La mujer sólo debe empujar cuando sienta ganas de hacerlo; de esta forma el parto será más sencillo.

## **PUERPERIO**

Se vuelve a la normalidad hacia el 3º mes post-parto. El deseo sexual vuelve hacia la 4ª-5ª semana, normalizándose hacia la 8ª semana. La sensibilidad estará disminuida. La mujer se siente gorda, acalorada, maloliente y pegajosa.

Las mamas: las variaciones que se producen están en relación con la lactancia. Puede haber emisiones de leche en relación directa al orgasmo. El tamaño de las mamas volverán a la normalidad a lo largo de los próximos meses. Las mujeres que

amamantan pueden ver aumentado el deseo sexual, debido al aumento de la oxitocina, que a su vez, favorece la vuelta a su tamaño normal del útero, reduce las hemorragias, así mismo favorece la producción de leche. Algunas mujeres han llegado a confesar placer durante el amamantamiento, lo que puede generar sentimientos de culpa. El amamantamiento se puede convertir en un trabajo más o menos cómodo. Amamantar debe ser tan cómodo como no hacerlo o incluso más.

Uno de los papeles principales de la enfermería estará en fomentar y orientar a los padres en la técnica de amamantamiento, ya que a través de la leche materna el niño cubrirá sus necesidades físicas y afectivo-emocionales; la leche materna es un complejo de agua (85%), proteínas, grasa, carbohidratos, sales minerales, hormonas, enzimas, vitaminas, inmunoglobulinas y algunos elementos formes y tiene un poder energético de unas 700 cal/l.. Evidentemente, esta composición va cambiando según los requerimientos del niño y la alimentación de la madre. Está a la temperatura adecuada, estéril y no presenta intolerancia ni alergias. El biberón nació con la incorporación de la mujer al trabajo y las leches maternizadas no humanas han ido evolucionando hasta asemejarse a las maternas. Uno de los grandes inconvenientes es el cuidado de las mamas, las cuales se pueden agrietar causando dolor.

- La pelvis está todavía congestionada, lo que permite un rápido retorno a las prácticas eróticas.
- Labios mayores y menores tienen una congestión retardada durante la fase de meseta.
- La vagina puede tener una lubricación menor y más lenta y sus paredes son más delgadas debidas a alteraciones hormonales. Las contracciones de la plataforma orgásmica son menores.
- La función ovárica está en reposo durante al menos 4 semanas después del parto.

La episiotomía suele quedar bien cicatrizada hacia la 2ª-3ª semana del parto, por lo que no sería aconsejable el coito antes de este tiempo, siendo posible a los 30 días desde el parto. En algunas religiones, este periodo puede ir de los 40 a los 90 días. Algunas mujeres manifiestan un aumento del placer al estrecharse el canal vaginal. Los primeros coitos deben ser suaves, tiernos. El miedo a sentir dolor puede hacer que la mujer se contraiga y eso le cause más dolor. A veces el remedio es tan sencillo como cambiar la postura. El deseo durante esta fase es muy variable, debido a la privación de esteroides muchas veces influidos por fatiga excesiva, debilidad, dolor pélvico, etc.. En otras ocasiones son miedos al daño físico. Aunque la mujer pueda estar físicamente dispuesta, puede no estarlo psicológicamente, ya que sufre unos cambios que le retraen y abocan a la depresión post-parto; hay miedo al contacto físico y a posibles embarazos. La mujer tiene que adaptarse a la nueva situación. Muchas mujeres no desean ser penetradas, lo que no implica que no anhelan caricias.

El padre tiene un papel muy importante en toda esta fase implicándose en el baño, masajes, abrazos, palmaditas para expulsar el aire, dar biberón, etc.; durante el amamantamiento puede estar con la mujer, abrazándolos o auxiliando a la mujer en lo que necesite; de esta forma, la lactancia es una experiencia compartida.

## **EN RESUMEN**

Sólo será conveniente tener cierta precaución al principio y al final del embarazo, pero ello no implica la ausencia total de relaciones, aunque como ya hemos indi-

cado en muchas ocasiones, sexualidad no quiere decir coito. La raíz de la prohibición se funda en el riesgo del feto y la madre de alguna infección, sobre todo cuando el cérvix se empieza a borrar y cuando haya hemorragias de sangre clara que nos sugieran que hubiese riesgo de aborto.

## **POSTURAS COITALES RECOMENDABLES PARA PAREJAS GESTANTES**

Durante el coito debemos tener en cuenta la nueva situación de la mujer y los cambios que su organismo irá sufriendo periódicamente, por lo que la actividad sexual no debe provocar esfuerzos demasiado penosos para la mujer embarazada.

### **El hombre acostado y la mujer encima:**

Puede que sea una de las posturas más apropiadas, puesto que permite a la mujer controlar la situación, profundidad de la penetración, movimientos, etc. Puede que para la mujer requiera un cierto esfuerzo y se canse o incluso tenga lumbalgias. También se puede ayudar con el hombre al doblar estas piernas y permitir una especie de asiento. Esta postura permitirá al hombre, además, realizar estimulaciones manuales por todo el cuerpo de la mujer, tocar las mamas, estimulación del clítoris, etc.

Esta postura tiene otra variable que es dando la espalda al hombre.

### **La mujer acostada y el hombre encima:**

Es quizá la menos recomendable, debido a que requiere mucha prudencia por parte del hombre que deberá soportar su peso.

Una variable más apropiada es que la mujer levante los muslos, y el hombre esté de pie o de rodillas, pero delante de la mujer, sin inclinarse sobre la mujer, lo que permitirá la penetración de forma menos “peligrosa”. Es recomendable que la mujer tenga debajo de las lumbares un almohadón o cojín que permita un descanso más fisiológico de las caderas y eleve el periné para una penetración más cómoda.

### **Hombre y mujer acostados de lado:**

En esta postura, la penetración es poco profunda y no permite la llegada con facilidad al orgasmo. Esta postura tiene 2 variantes:

- La pareja de frente, como ya hemos descrito o con la mujer de espaldas al hombre.
- Mujer arrodillada de espaldas al hombre (posición del perrito): Permite una buena penetración y que el hombre pueda estimular a la mujer, pero impide que la pareja se pueda ver y dificulta los besos

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

La enfermera debe ayudar a reducir mitos, miedos y complejos que puedan existir en la pareja sobre las relaciones sexuales durante el embarazo y posteriormente en el puerperio. Como ya hemos comentado, uno de los miedos más comunes suele ser el daño que se puede causar al feto, este puede verse acrecentado por un aborto anterior, por lo que habrá que insistirles, que salvo en los casos en que pueda haber antecedentes de hemorragia en las primeras semanas, no son peligrosas las relaciones sexuales. Algunas parejas llegan al paroxismo al no querer siquiera abrazarse o acariciarse por temor a excitarse. El temor es tal que incluso cuando mantienen relacio-



nes, aunque no pase nada, se siente culpables. Se les debe ayudar a relajarse, ya que esa tensión podría aumentar las posibilidades reales de aborto.

La mujer que tiene confianza en su sexualidad y en sí misma y que disfruta de ella, se toma todo con más calma, incluso puede llegar a disfrutar más que antes.

Hay que recomendar a la mujer un sujetador que de un buen apoyo y se adapte a los cambios que a partir de ahora irán sucediendo en su cuerpo, con cintas anchas y regulables para no dañar los hombros y que duerma preferentemente con él. Para la etapa de la lactancia, sería conveniente que pudiesen permitir abrir la copa o dejar la mama al descubierto con facilidad.

## **LA OPCIÓN DE LA MATERNIDAD**

La gente joven, y en especial las mujeres, proclaman en muchos casos que ya no ven la maternidad como una opción inevitable; una mujer sin hijos ya no está incompleta, el problema es decidir cuando, ya que en muchas ocasiones faltarán apoyos institucionales o incluso una cierta “penalización” laboral. Además, vincular maternidad-desarrollo personal es ya una idea obsoleta. Hoy, las parejas quieren un desarrollo profesional y una actividad personal y exterior de la familia, incluyendo la maternidad/paternidad sólo como un proyecto más. La percepción de la maternidad cambió gracias a la aparición de los anticonceptivos, y en especial a la píldora, que da a la mujer el papel decisorio en la reproducción. Hay que evitar tener hijos por tenerlos, “porque todo el mundo los tiene”.

La maternidad, el amor de madre, siempre a aparecido como el amor sublime, incondicional y para algunas mujeres los hijos no sólo suponen la realización de una aspiración, sino que se dan vínculos personales, compatibilizando trabajo-hogar, haciéndonos “más pacientes, solidarios, felices”, y en el fondo muchas satisfacciones. A ser madre se aprende. Para muchos, se recibe más de lo que se da. Cuando todos los miembros del núcleo familiar se implican en los cuidados del nuevo ser, la madre tiene la posibilidad de desarrollarse convenientemente en todas las facetas anteriores a las del nuevo ser. Hoy los hijos se tienen porque se piensa que eso les aportará más satisfacción que si no los tuviesen. Los hijos han de ser fruto de un deseo no de una obligación ni como respuesta a una insatisfacción personal o de pareja. Hay mujeres y hombres que no sienten ningún interés ni necesidad de ser padres y eso es tan respetable como desear serlo. Forzar tener hijos puede provocar frustración, independientemente de si se consigue o no.

El llamado “instinto maternal” es un mito, una trampa que la sociedad machista ha inculcado en la mujer como modo de control sobre ella, dándole a la maternidad y al cuidado de la familia un matiz de obligación que de no cumplirse genera sentimientos de culpa.

Los motivos de la no materno-paternidad son tan variados como los del sí que pueden ir desde vivirlo como una cierta “perdida de libertad” como evitar la transmisión de algunas enfermedades hereditarias, además de estar abierta la posibilidad de adopción. También influye el hecho de que, aunque el cambio social ha concienciado al hombre en la asunción de sus obligaciones domésticas, todavía este cambio no es todo lo completo que cabría desear y son muchas las mujeres que piensan que, a fin de cuentas, son ellas las que se los crían, en ocasiones casi solas y pueden verse abrumadas por esa responsabilidad.

A la mujer le cuesta más prescindir de descendencia que al hombre. La paternidad ha perdido autoridad y la maternidad exclusividad. El padre ha dejado de ser autoritario a ser colaborador y se espera evolucione hacia “padre cuidador”, ocupándose por los hijos al mismo nivel que la madre, padre y madre de manera coordinada. En cambio el papel tradicional de la mujer se ha identificado con los hijos, entendiéndolos mejor. Hay mujeres que optan por la no maternidad y la sociedad las califica de manera peyorativa. Se cuenta que cuando preguntaban a Simone de Beauvoir porqué no había tenido hijos, esta se encendía en cólera porque esa misma pregunta nadie se le hubiera ocurrido plantearse a Sartre (su pareja).

Existen también mujeres que lo intentan pero por muy diversos motivos no pueden. El coste personal y económico de la fertilización manifiesta la fuerza de esta pulsión o incluso de otras que siguen teniendo grandes dudas, como un cierto empeño en desear lo que no se tiene. La posición económica puede ser importante en esta decisión; por desgracia hay muchas parejas que la idea de tener un hijo les es inviable, aunque su instinto maternal esté intacto. La libertad está en poder elegir. La materno-paternidad no debe ser una carrera de obstáculos, sino un derecho y ello sólo será posible con horarios más flexibles

La situación económica precaria también es determinante para el bienestar del feto. Cuando a las tareas domésticas hay que añadir el trabajo remunerado, los problemas aumentan, pudiendo producirse lo que en tiempos se llamó “abortos blancos”. Un hijo no deseado puede provocar en la madre tendencias “nocivas” del tipo aumento de medicación, tabaquismo exacerbado, etc., un rechazo al niño.

## **INFERTILIDAD**

En España, el 10-20% de las parejas son estériles y la prevalencia entre los varones ha aumentado en los últimos años. En el caso de la mujer, la incorporación masiva al trabajo y las condiciones laborales explican el retraso de la maternidad, mientras que el estrés influye bastante en la espermatogénesis.

Muchas parejas necesitan de apoyo psicológico puesto que el retraso en la paternidad/maternidad suele crear problemas de estrés y/o falta de masculinidad/feminidad en la pareja, considerando como éxito el niño en la cuna, no el implante que se puede malograr.

Se ha identificado una proteína, la STAG, esencial para la segregación cromosómica y la correcta repartición del material genético en la maduración de las células germinales. Su función es fundamental para la generación de células germinales maduras con un contenido genético cualitativa y cuantitativamente correcta y parece estar implicado en la espermatogénesis y oogénesis.

## **MASCULINA**

La OMS considera infertilidad cuando la concentración de espermatozoides es inferior a 20 mill./ml. Y menos del 50% no tiene progresividad, así como que la morfología normal esté por debajo del 15%. El varón está más expuesto a sufrir infertilidad por la acción de las sustancias contaminantes, estrés, Tóxicos (Ác. bórico, Plomo, DDT, dioxina, PBB, CFC, radiaciones, alcohol, tabaco y otras drogas, herbicidas, pesticidas, exceso de calor, dietas hipocalóricas e ingestión de carne con estrógenos) así como hábitos incorrectos como el uso de prendas demasiado apretadas en

el área genital. Al varón le cuesta mucho asumir su problema. Hay que separar claramente lo que es sexualidad de lo que es reproducción.

Algunas causas comunes suelen ser:

- Varicocele: Aumenta la temperatura del testículo e impide la correcta maduración del espermatozoide
- Obstrucción de conducto espermático.
- Anomalía endocrinas (hipogonadismo, diabetes, etc.).

En la mayoría de los casos no se puede determinar el motivo (idiopáticas). Para el análisis de la calidad del semen se estudia la morfología de las células, su número, posibles malformaciones, capacidad fecundante o bioquímica del plasma. En un experimento con alumnos de la Universitat d'Alacant comprobó que podría haber semen alterado hasta en el 50 % de la muestras que podrían acabar como casos de esterilidad. Algunas alteraciones son debidas a deplecciones del brazo largo del cromosoma Y, denominado AZF (factor azoospermico) es importante en la espermatogénesis, porque las deleciones en esta región están asociadas a infertilidad masculina. Una de las posibles causas (en investigaciones realizadas en el año 2000) de infertilidad masculina está en la alteración de la enzima HSL (lipasa hormonal sensible) que tiene un papel importante con el metabolismo lipídico, como la disociación de ácidos grasos, clave para generar calor y mantener un peso corporal normal y que parece estar asociado con la esterilidad masculina al carecer de esperma funcional.

### **Tratamiento:**

Con la microinyección espermática se obtienen espermatozoides mediante una biopsia testicular o del propio conducto seminal, incluso en pacientes azoospermicos, lo que se posibilita el embarazo con un solo espermatozoide funcionante. Otra de las posibles soluciones en experimentación es el transplante de células germinales, lo que soluciona la azoospermia.

Cuando la causa de la esterilidad se atribuye al factor masculino, intentamos una recuperación en la inseminación antes de recurrir a la microinyección. En los casos de etiología desconocida, empezamos con tres ciclos de investigación conyugal.

Se ha estudiado en ratones que la carencia de la proteína Hrb evita la formación del acrosoma, lo que impide la penetración del espermatozoide en el óvulo. El acrosoma es un acúmulo de enzimas que recubren la cabeza del espermatozoide y que se desarrolla conforme madura el esperma, que ayuda a penetrar y metabolizar la capa externa del óvulo para preparar la concepción.

### **FEMENINA**

Las proteínas no expresadas de las células del útero de las mujeres con endometriosis puede explicar su infertilidad. Las proteínas alfa-beta3 y el factor FIL pueden interferir la implantación del embrión en el útero, encontrándose presentes en las células uterinas del día 20 al 28 del ciclo menstrual, lo que sugiere que juegan un papel importante en la implantación del embrión, por lo que su ausencia puede ser motivo de infertilidad. Las pacientes con problemas de trastornos en la ovulación reciben una estimulación ovárica basada en hormonas y factores de crecimiento. Cuando los cultivos de estos óvulos maduran, implantamos el blastocito en el útero.

En experimentos realizados con ovejas se ha observado que la proteína ovárica BMP15 determina la formación de una gran variedad de tejidos y cuya deficiencia pudiera ser la causante de la ovulación múltiple, por lo que se asocia a fertilidad/infertilidad.

Los problemas más frecuentes que plantea la reproducción asistida es la hiperes-timulación asistida y la superfetación. El riesgo de embarazos múltiples se puede controlar transfiriendo no más de 3 óvulos fecundados (como además marca la ley).

A la prensa han saltado varios casos de madre-abuela, porque la mujer joven (hija) no ha podido por varios motivos, pero estos casos todavía suponen una excepción entre las afectadas por esterilidad, siendo limitados los tratamientos de infertilidad en muchos casos a los 40 años, de hecho las parejas suelen buscar ayuda cuando temen hacerse mayores para tener hijos. Una mujer de más de 40 años puede tener la capacidad ovárica intacta, pero el porcentaje de embarazos es menor, elevándose el riesgo de complicaciones obstétricas.

En la selección de semen y óvulos se buscan personas sanas y fértiles, lo cual nada tiene que ver con la eugenesia. En multitud de parejas se utiliza el semen del marido para la fecundación de los óvulos donados. Pero cuando esto se realiza con embriones congelados en hombres fértiles, se priva a este la posibilidad de tener descendencia que contenga su carga genética.

## LA SEXUALIDAD DEL ANCIANO

La sociedad actual identifica la juventud con la belleza y la sexualidad activa y la vejez con la fealdad y el final de la sexualidad y el deseo, considerando la sexualidad del anciano como algo anómalo o repugnante, muestra de ello los chistes de viejos verdes, lo peor del caso es si el anciano aceptan estas ideas como adecuadas, le puede afectar de forma negativa; nada peor que crearse grandes expectativas para verlas defraudadas. Para Weg, la sensualidad/sexualidad humana es más que la biología genital... es la persona/personalidad entera la que participa de una relación completa con otro individuo, no sus genitales.

Para Butler (1975), existen dos lenguajes sexuales: uno más directo, explosivo y se realiza, mide y especifica en la comunicación orgásmica y otro el lenguaje de experiencias que incluye caricias, contacto, ternura. Ambos lenguajes pueden aprenderse y practicarse, si bien el primero es más típico de la juventud y el segundo de la vejez. Con el aumento de la esperanza de vida se ha observado que la sexualidad no acaba con la edad, aunque se producen cambios. Se envejece como se ha vivido. El anciano debe mantenerse en las mejores condiciones físicas y de salud posibles mediante buenos hábitos higiénicos de alimentación y sueño, así como ejercicio para mantenerse en forma. Se realza lo sensual, lo erótico, lo afectivo, así como otras actividades sexuales distintas del coito, buscando en ellas más la comunicación humana que el placer físico. Hay una mayor valoración del ocio, aceptándose como natural que la sexualidad y la afectividad son connaturales con la persona y que finaliza con la muerte.

Para López y Fuentes (1989) hay una serie de factores psico-sociales que influyen en los cambios de la sexualidad de los ancianos:

- El modelo de belleza y sexualidad dominante en la sociedad.
- La historia sexual previa, el tipo de relaciones mantenidas, factores especiales que pueden afectar a cada uno de los sexos, y en el hombre la ansiedad que puede producir la eyaculación (Ancianos muy activos sexualmente también lo fueron en la juventud).
- Las condiciones físicas del anciano: síntomas como fatiga, apatía, cefalea y dolores de espalda disminuyen la libido y la capacidad de respuesta. Conviene descartar que no se deban a alteraciones físicas como anemia, hemorragias, infecciones o disfunciones hepáticas o renales. El tratamiento de las afecciones responde al nivel de bienestar. Si la sintomatología es mal interpretada, el enfermo puede ser medicado innecesariamente y afectar a la sexualidad.
- La existencia de una pareja sexual. En casos de ausencia puede llegar a perderse el interés por el sexo, sobre todo en la mujer. Pero también su existencia

- puede ser problemática, si se piensa que la iniciativa la debe tomar el hombre, y atribuir a sus compañeros el cese de la actividad sexual.
- Las dificultades económicas y sociales
  - La actitud de los hijos, instituciones, profesionales y sociedad en general.

A éstos habría que añadir los que Masters & Johnsons apuntaron como factores que debilitan la respuesta sexual:

- Monotonía en las relaciones.
- Abuso de comida y alcohol.
- Preocupaciones profesionales y/o económicas.
- Enfermedades y fatiga físicas o psicológicas, agravadas por la ausencia de consejos médicos adecuados, debido a que muchos sanitarios descuidan poner al enfermo al corriente sobre los efectos que determinadas enfermedades y/o sus tratamientos pueden tener sobre las relaciones sexuales o lo hacen incorrectamente. La mayoría de las enfermedades son compatibles con una vida sexual completa.
- El temor al fracaso, asociado con cualquiera de los puntos anteriores.

Es importante estimular los aspectos lúdicos y afectivos en los contacto corporales entre los ancianos.

## **PATOLOGÍAS QUE INFLUYEN EN LA SEXUALIDAD DEL ANCIANO**

### ***ENFERMEDADES CRÓNICAS***

- Coronarias, cardiovasculares, artritis
- Hepáticas:
  - En estados avanzados y degenerativos de enfermedades hepáticas, la alteración que produce sobre las hormonas pueden causar en el hombre disfunción erectil.
  - En los estadios avanzados, encefalopatías.
- Diabetes: Puede producir neuropatías y vasculopatías, lo que puede provocar:
  - En el varón- problemas de erección, eyaculación precoz o retrógrada.
  - En la mujer – enfermedades vaginales y de lubricación.
- Cirugía de la pelvis: Suele suponer una barrera a la actividad sexual.
- Prostatectomía e hysterectomía disminuyen el deseo y la capacidad orgásmica.
- Colostomías, ileostomías –los problemas de autoestima suelen suponer un impedimento.
- Mastectomías: Por problemas de autoimagen (por la mutilación y la vergüenza).

### ***FÁRMACOS***

- Medicación antihipertensiva – Reduce la efectividad de la erección.
- Bloqueantes beta-androgénicos – Afectan a la erección.

### ***DROGAS***

Alcohol, marihuana y tranquilizantes – debilidad de la erección y retrasan la eyaculación.

## **CREENCIAS Y MITOS EN TORNO A LA SEXUALIDAD DEL ANCIANO**

Se ha dado por hecho que los ancianos no han tenido interés ni capacidad fisiológica que les permita tener una conducta sexual cotidiana, llegándose a considerar “de mal gusto”, anormal, mala para la salud y hasta perverso que los ancianos manifesten interés por la sexualidad. La sociedad supone que los últimos años de su vida son asexuados. Parte de estos problemas tienen su base en la educación que los ancianos han dado a sus hijos, (si fueron críticos con sus hijos durante el desarrollo, estos pueden suponer que el anciano, consecuentemente, no tienen vida sexual).

Se considera normal que el hombre pueda tener vida sexual, pero no la mujer, porque la capacidad reproductiva era vista como fin, y persiste en el hombre, mientras que desaparece en la mujer. Así mismo, se acepta que el hombre se una con mujeres jóvenes, pero no la mujer.

En algunas instituciones se llega a separar a los ancianos para evitar problemas con las familias y con el resto de los residentes, pero la institucionalización no elimina el deseo ni la necesidad.

## **CAMBIOS EN LAS PERSONAS ANCIANAS**

Con la edad, la sexualidad no desaparece, se transforma (es más lenta). Después de los 40 años hay cambios en el organismo, que influyen en el funcionamiento sexual. Ninguno de estos cambios es un problema que puedan impedir la relación, aunque sí se produce una declinación en la frecuencia de la actividad sexual. Pueden seguir manteniendo el interés y la capacidad sexual si no hay complicaciones como enfermedades crónicas y/o sus tratamientos, intervenciones quirúrgicas o abuso de drogas. Todo depende de la experiencia y actitudes previas.

El 15 % de los ancianos aumentan su actividad sexual al perder el miedo a un embarazo y se valora la calidad y no en la cantidad de la relación; hay más juego porque lo encuentras más necesario fisiológica y psicológicamente.

Según la doctora en psicología Helena Ochoa (1985), el 95 % de los ancianos mayores de 50 años mantienen relaciones sexuales, y entre el 70 y el 85 % de los mayores de 70 años, disfrutando de la relación.

Las mujeres mencionan menos interés y actividad sexual que el hombre durante todas las etapas de la vida sexual, pero podría deberse a motivos culturales.

Aunque se mantenga la libido, pueden aparecer disfunciones sexuales, debido a las alteraciones hormonales, enfermedades o sus tratamientos. Algunos ancianos pueden tener miedo al ridículo por ideas erróneas, mitos, tabues y/o prejuicios ligados a la sexualidad. Muchas veces, el principal problema es la imagen corporal (real o ficticia), la vergüenza y/o la mutilación que les hace sentirse deformes y poco atractivos. Todos estos cambios no deben ser interpretados como PÉRDIDAS. La falta de actividad sexual a partir de los 55 años pueden crear una incapacidad sexual que luego es difícil reactivar que se ha dado por llamar el síndrome del viudo/-a.

## **MUJER**

- Pueden mostrar aumento de deseo.
- Sufre cambios en la proporción de agua corporal y de la distribución de las grasas, con contornos menos redondeados y firmes.
- Disminución del tono muscular y de la elasticidad de la piel.

- Hay una reducción de la cantidad del vello púbico y atrofia de los genitales.
- El útero disminuye de tamaño y en el momento del orgasmo el número de contracciones es menor.
- La vagina pierde de elasticidad, disminuye su longitud y diámetro, sus paredes se alisan y la capa mucosa es más delgada, está más seca al haber menor riego sanguíneo, lo que puede provocar dispareunias o vaginitis.
- Ligera atrofia de la uretra, lo que puede aumentar la irritación.
- El tamaño del clítoris y los labios disminuye (lo que no marca diferencias en cuanto a la estimulación con las personas jóvenes).
- Las mamas están menos llenas y firmes.
- La producción de estrógenos se reduce de forma paulatina, lo que provoca menstruaciones irregulares hasta su total desaparición (menopausia); el ovario deja de producir óvulos. Esta disminución de estrógenos apenas tiene efecto sobre el deseo sexual, durante la menopausia, la privación estrogénica puede producir: sofocos, cefaleas, sudoración, mareos, aumentos de la tensión arterial, taquicardias, ansiedad, nerviosismo, depresión, anorexia e insomnio.
- Hay mayor dificultad para excitarse y lubricarse.

Todo ello puede afectar el placer sexual. Algunos de estos síntomas son respuesta a la situación psicosocial en que vive la mujer, siendo mayor la incidencia de estos síntomas en sociedades donde la importancia de la mujer como reproductora, ama de casa, etc., dedicada al placer del varón, por lo que han de reeducarse.

Algunas mujeres han dejado la actividad y rehuyen el contacto sexual por sentirse menos atractivas frente a su pareja pero necesitadas de afecto y contacto.

## **CAMBIOS EN LA RESPUESTA SEXUAL**

Algunas mujeres requieren de contacto y estimulación clitorideo para el orgasmo.

Excitación:

- Las mamas no aumentan de tamaño durante la excitación.
- El enrojecimiento global no es tan intenso.
- Disminuye la vasocongestión de los tejidos genitales y el matiz púrpura de la edad se transforma en un tono rosado.
- La lubricación vaginal es menor y puede tardar en aparecer (de los 15-40 segundos de las jóvenes a los de 5 a 15 minutos de la mujer añosa).

Meseta:

- La respuesta del clítoris no se modifica
- Los labios mayores no se elevan
- Disminuyen las contracciones uterinas.

Orgasmo:

- Duración menor, con menos contracciones uterinas y más espásticas, a veces dolorosas (que provocan que muchas mujeres pierdan interés por el sexo). aunque pueden seguir siendo multiorgásmicas.
- La contracción del esfínter rectal es excepcional.



Resolución:

- Suele ser más rápida. Los labios mayores palidecen, incluso antes del orgasmo.

## **MENOPAUSIA**

Hoy en día se describe el climaterio como un periodo que comienza entre los 40 y 50 años y con una duración de 5-10 años, caracterizado por una serie de cambios aplicables tanto a hombres como mujeres: síntomas hormonales, circulatorios, neuronales, emocionales y psicológicos.

La menopausia es el cese de la menstruación, lo que sucede entre los 45 y 55 años, aunque hay mujeres que pueden empezar a sentir sus efectos a partir de los 40 años (el llamado periodo perimenopausico), que puede durar entre unos meses hasta 10 años, con una media de 4 años, y en el que se busca establecer estrategias preventivas y terapéuticas. Muchas mujeres piensan que a partir de los 40 años son menos fértiles y se desprecupan por los métodos anticonceptivos, infravalorando los riesgos de embarazo. Según la teoría galénica de los humores, la menstruación era un mecanismo de limpieza del cuerpo (considerado contaminante, teorías que también aparecen en las concepciones judeo-cristianas y por ello, al no poder ser expulsado, era fuente de enfermedades).

Los cambios característicos de la menopausia es la inhibición de la inhibina, elevación de la FSH y modificaciones de los niveles de estradiol, lo que conduce a un deterioro progresivo de la función ovárica, con déficit de estrógenos y testosterona, lo que produce cambios en la periodicidad menstrual y el inicio de síntomas vasomotores como sofocos y sudoración nocturna. Después de la menopausia se produce aumento de los niveles de colesterol total, LDL y ácidos grasos saturados. Algunos estudios quieren ver que el cese de la producción de estrógenos influye en la incidencia de Alzheimer, depresión y algunos tipos de cáncer. Así mismo, se considera también la causa de incontinencia urinaria, artritis o sofocos.

Para muchos autores es el descenso del tono vital el que reduce el deseo que conlleva al descenso de la autoestima y que va causando síntomas vasomotores que pueden degenerar en tristeza, melancolía, depresión, afectación del estado general, anorgasmia, etc. En este momento, la vida nos va a pasar factura de nuestro pasado. El tabaquismo tendrá una gran importancia en este momento ya que al reducirse los valores de estrógenos, se reduce también su factor protector sobre el sistema cardiovascular, lo que aumenta el riesgo de problemas de HTA o hipercolesterolemia.

Así mismo, el máximo de masa ósea se alcanza a los 20-30 años; a partir de ese momento desciende progresivamente, acusándose más durante la menopausia, cuya pérdida de calcio puede llegar a ser el triple que la del hombre (que por su naturaleza también es mayor).

La vivencia del climaterio y la menopausia, tendrá además de efectos biológicos, unas connotaciones sociales, psicológicas y culturales definida por muchas mujeres de manera negativa, como un envejecimiento acelerado o la pérdida de un papel social. Ante los signos y síntomas de la menopausia, la mujer actuará buscando remedios, en la medicina oficial, en la folkmedicina y terapias alternativas, siendo frecuente el uso de diversos remedios.

Hasta hace relativamente poco tiempo se había asociado el papel de la mujer y su sexualidad con la capacidad reproductiva, y aún hoy en día se dice que “deja de ser

mujer” y que marca el final de la sexualidad, de la capacidad de dar y recibir placer, sin entender que el envejecimiento es un hecho natural que sucede desde el nacimiento. Ese papel dependiente de su sexualidad le conducía a no plantearse tomar la iniciativa, viéndose sólo como objeto del deseo. La pérdida de la capacidad reproductora abocaba también a concepciones de “no servir ya para nada”. En muchos libros de medicina se describía este proceso como si de una enfermedad se tratase y no como un proceso natural. La menopausia no es una endocrinopatía, sino un estado fisiológico que sólo deberemos tratar cuando altera la calidad de vida de la mujer. Para muchas mujeres puede ser el comienzo de la independencia, del aprendizaje de ellas mismas. En el libro de Ana Martínez et al. citan las palabras de una entrevistada: “Te da pena el ver, no que dejes la regla ,sino que no eres tan joven”.

A continuación veremos estas alteraciones o molestias que sufre la mujer y sus cuidados:

**- Sofocos:**

Es una sensación de oleadas de calor y frío durante unos pocos minutos acompañada de taquicardia y rubor debida a la elevación de la hormona FSH. En algunos casos puede haber una causa psicósomática que enmascara problemas afectivos. Algunos autores, basados en el patrón nutricional-metabólico incluyen aquí la termoregulación irregular (V-00008)

*Cuidados de enfermería:*

Aconsejar bajar la calefacción y quitarse abrigos, uso del abanico, no fumar,

Toma de abundantes líquidos, ejercicios de relajación. Aconsejar ropa interior de algodón y una revisión ginecológica anual y una autoexploración de mamas mensual.

Puede ayudar el zumo de limón o infusiones de salvia, romero o ciprés. Algunos citan la ruda, pero hay que tener cuidado por ser tóxica.

Contra las palpitaciones, infusiones de valeriana o muérdago.

En los casos debidos a problemas afectivos puede ser útil el uso de antidepresivos, ansiolíticos y/o hormonas.

**- Problemas cutáneo-mucosos: Prurito**

Puede encontrarse alivio con la aplicación tópica local de manzanilla o menta, aceite de oliva y/o arcillas.

**- Sequedad y atrofia de la mucosa genital y urinaria:**

Se produce por la bajada de estrógenos, lo que puede provocar sensación urente y repercutir en el coito.

*Cuidados de enfermería:*

Aumentar el tiempo de preparación para la relación coital y uso de lubricantes vaginales.

**- Alteraciones psicológicas:**

Suelen deberse a factores socioculturales: irritabilidad, insomnio, ansiedad, cefa-

leas, labilidad emocional. Muchas mujeres lo viven como un proceso en que pierden dos de sus características principales: la maternidad y el poder de seducción.

*Cuidados de enfermería:*

Actitud positiva ante la vida, ayudar a reducir la ansiedad enseñando técnicas de relajación, relaciones afectivas de escucha activa con la pareja y los amigos. La ingesta de vitamina B6 mejora bastante los síntomas depresivos.

Pueden ayudar las infusiones de melisa, mejorana, fumaria, verbena, ginseng, valeriana, romero o hipérico o hierba de San Juan.

Contra el insomnio ayudarán las infusiones de tila, mejorana, lavanda, azahar, melisa, valeriana y menta.

Según los patrones de Marjory Gordon estarían:

***Patrón 7: Auto percepción y autoconcepto:***

En que se valora la percepción que tiene la mujer de sí misma, de su imagen corporal, su estado de ánimo, ideas y actitudes sobre uno mismo y sus competencias. Este etapa por muchas mujeres es vivida como un duelo, por lo que nuestra labor estará centrada en alentar a que manifieste sus sentimientos, a realizar actividades variadas, ejercicio físico y arreglo personal.

***Patrón 8: Rol y relaciones:***

En que veremos el nivel de independencia y su rol dentro de la familia y social en que vive, por lo que facilitaremos la armonía con su familia y entorno y la adaptación a la nueva situación. Sin perder de vista el riesgo de soledad (V-00054) que esta mujer puede padecer por el propio hecho a que ella se aparte o la aparten de su círculo.

***Patrón 10: Adaptación y tolerancia al estrés***

Enseñaremos a controlar la ansiedad, así como técnicas de relajación.

***Patrón 5: Sueño y descanso***

Como efecto secundario a sus reacciones físicas (como los sofocos) y a determinadas alteraciones hormonales y emocionales, agravadas por cansancio, somatizaciones, etc.

Se puede aconsejar a la mujer a que visite a su médico para que le pueda pautar farmacología que le ayude a conciliar el sueño o al manejo de determinadas plantas que le puedan ayudar a relajarse y dormir, así como estimular el ejercicio físico.

***- Osteoporosis:***

Se produce una fuerte pérdida de masa ósea, debido a la bajada de estrógenos (que favorece la fijación de calcio al hueso), lo que debilita los huesos.

*Cuidados de enfermería:*

Ejercicios de forma moderada, dieta rica en calcio, que en la menopausia debe ser de 1500 mg/día y vitamina D, junto a la toma del sol, evitar el tabaco, alcohol y las bebidas estimulantes.

La terapia sustitutiva hormonal sólo se hará por prescripción facultativa.

De forma preventiva podemos:

- Actuar sobre la población general desde jóvenes, recordándoles que una toma correcta de lácteos (al menos 800 mg/día) desde jóvenes evitarán o menguarán los efectos de la osteoporosis en el futuro, recordando que los primeros 25 años de vida es donde se capta la mayor parte de este calcio.
- Recomendando desde jóvenes el consumo de fitoestrógenos del tipo de los derivados de la soja, de los que hablaremos más adelante.

**- Alteraciones cardiovasculares:**

Los estrógenos tienen un factor protector sobre el sistema cardiovascular, por lo que su descenso provocará un aumento de la tensión arterial, la LDL y un descenso de HDL.

*Cuidados de enfermería:*

Recomendar dietas pobres en grasa y ricas en verduras y aceite de oliva, control de la TA y ejercicio físico.

Terapia hormonal sustitutiva si fuese preciso.

Puede ayudar la infusión de milenrama, ajeno, valeriana, alharma y flores de espino o el uso de la miel como hipotensor.

**TERAPIA HORMONAL SUSTITUTORIA (TSH)**

En España sólo se someten a la THS un 12 % de las mujeres, frente a al 35 % de algunos países con un nivel cultural más alto. Los beneficios son superiores a los riesgos. La THS no soluciona todos los problemas; se viene utilizando desde hace 100 años, pero ahora están mejorados. Son dosis reducidas de estrógenos (0,625-1,25) que se aplican como cremas o parches, asociados a un gestágeno para que reduzca los efectos de los estrógenos. Sólo se recomienda cuando las molestias de la menopausia incapaciten una vida normal; al parecer también mejora la memoria y la función cognitiva. Estudios recientes demuestran que no existe base fisiológica que justifique esperar a la menopausia para iniciar el tratamiento, facilitando también el manejo de los sangrados irregulares.

**CONTRAINDICACIONES:**

**ABSOLUTAS**

- Antecedentes de cáncer de mama o endometrio
- Antecedentes de tromboflebitis
- Cuando existen enfermedades hepáticas o hemorragias uterinas de causa desconocida

**RELATIVAS**

- Miomas
- Diabetes
- Hipercolesterolemia
- Varices importantes
- HTA

- Tabaquismo
- Alteración hepática crónica
- Obesidad
- Hiperlipidemia

Por lo tanto, antes de iniciar el tratamiento convendrá realizar una correcta anamnesis que contenga un examen físico, citología vaginal, analítica que incluya lípidos, lipoproteínas, FSH, LH, estradiol, prolactina y curva de glucemia, densitometría ósea y mamografía y repetirla cada 6 meses.

Existe evidencias de la influencia de la TSH sobre la masa ósea y las fracturas, ya que mantienen la masa ósea o reducen la tasa de pérdida de densidad. Nuevos fármacos no estrogénicos como el raloxifeno -moduladores selectivos de los receptores estrogénicos (SERM)-, pueden sustituir la THS clásica, añadiendo ventajas sobre la salud ósea, cardiovascular y ginecológica.

**Bifosfonatos:**

- Etildronato, calcitonina de salmón.
- El aloendronato en toma semanas de 70 mg en toma única ha dado buenos resultados, reduciendo los efectos digestivos adversos y comodidad de tomar.
- El Risedronato (5mg.) en osteoporosis postmenopausica y senil, disminuye el riesgo de fracturas vertebrales y no vertebrales, aumentando la densidad de masa ósea en columna y cadera. Su toma es más flexible que otros tratamientos, lo que le permite elegir el mejor momento para su ingesta, lo que influye en una mayor adherencia al tratamiento.

**Tibolona (Boltin®)**

Gonadomimético: es un esteroide derivado de la 19 nor-testosterona y que se metaboliza en 3 esteroides con actividad estrogénica y débilmente progestacional y androgénica, que mejora las sofocaciones de la mujer, reduce la atrofia y sequedad vaginal, y por tanto la dispareunia, produce amenorrea, reduce los niveles de triglicéridos y eleva las endorfinas cerebrales, fomentando la sensación de bienestar, lo que mejora la depresión y la ansiedad y tiene una acción tejido-específica sobre el SNC, mejora la libido, la excitabilidad genital, la receptividad sexual y las fantasías, pero no estimula el endometrio.

Acción antiestrogénica a nivel del parénquima mamario.

Mejora la circulación cardiovascular al favorecer la vasodilatación y aumentar el flujo sanguíneo lo que reduce la tensión arterial.

Estimula la fibrinólisis, la acción anti-ateromatosa, mejora la sensibilidad a la insulina e incrementa la masa ósea.

## **PARCHE DE TESTOSTERONA**

La testosterona es la hormona responsable del deseo sexual y sobre el tono vital; su disminución suele producir pérdida de cierta energía vital y bienestar, deseo sexual, alegría y disminución del tono muscular.

El parche de testosterona es utilizado por las mujeres menopausicas a las que se ha extirpado útero y ovarios y mediante el parche mejoran la función sexual y el esta-

do general. Estos parches liberan 300 microgramos de testosterona, lo que mejora la respuesta sexual de las mujeres con menopausia debida al envejecimiento o inducida quirúrgicamente un 30 % en 24 semanas. La vía transdérmica, además, tiene como ventaja que libera al hígado de una carga importante, mejora la tolerancia y reduce los efectos adversos.

## **ALIMENTACIÓN**

Debe ser equilibrada, con abundancia de líquidos, lácteos y vitaminas C y B6 (abundante en ensaladas), frutas y pescado, evitando en lo posible el alcohol y el tabaco.

Recientes estudios de la médico M<sup>a</sup> Jesús Cancelo recomiendan en consumo de soja, y principalmente sus habas, por contener isoflavonas, que reducen las molestias propias de la menopausia. Estas habas también contienen fitatos, lectina, inhibidores de proteasas, fitosteroles, vitaminas, minerales, ácidos grasos y fibra y que actúan de forma sinérgica ayudando a la regulación del metabolismo. El objetivo del trabajo era evaluar si los fitoestrógenos eran eficaces para el control de la deprivación estrogénica, ya que se había observado que las menopausicas asiáticas solían sufrir menos trastornos debido a que la dieta tenía entre 40 y 100 g/día mientras la occidental sólo 5 g/día. En el experimento se administró 35 g/día en 2 tomas, y se consiguió el control de los síntomas, sobre todo los sofocos, en un 85 % de los casos. En la actualidad se tiende a incorporar la soja en formas diversas: habas, germinados, tofu, tempeh, leche de soja, miso, salsas, yogur. Son muchos vegetales los que contienen las isoflavonas, pero es la soja la que la contiene en mayor cantidad.

Otras sustancias que actúan como reguladores hormonales son la genisteína, daidzeína y gliciteína. Así mismo, los ácidos grasos omega 2, presentes en el pescado azul, pueden reducir el colesterol y, por tanto, el riesgo de infarto. Los ácidos grasos poliinsaturados (EPA, DHA, gamma-linoleico) en forma de aceite de onagra, regulan la síntesis de prostaglandinas, muy implicada en el proceso inflamatorio.

## **EJERCICIO FÍSICO**

Debe ayudar a mantenerse flexibles, ágiles y previenen la osteoporosis. No quiere decir batir ningún récord, ni ejercicios bruscos, el ejercicio más recomendable es pasear una hora diaria con ropa cómoda. En muchísimas poblaciones se han puesto de moda las rutas del colesterol, donde un grupo de amigas se reúnen para realizar el recorrido y luego desayunar. Se han realizado experiencias del efecto de la actividad física aeróbica y su efecto sobre los factores de riesgo; este ejercicio se recomienda que sea de poca potencia (50 W) y larga duración (45 minutos) de paseo y se observó cambios que en los parámetros lipídicos no suponen ninguna sobrecarga sobre el aparato cardiovascular de mujeres que tenían hábitos sedentarios y edad avanzada, produciéndose una benéfica modificación de los parámetros tensionales, con descenso en niveles de triglicéridos plasmáticos y un aumento significativo del colesterol HDL (cardioprotector) y la movilización de los ácidos grasos saturados. Induce la pérdida de grasa corporal, pérdida de peso y aumenta la actividad fibrinolítica.

Evidentemente, no fumar.

## **SEXUALIDAD**

Las relaciones afectivo-sexuales son un buen ejercicio que aumenta la autoestima, relaja y que ahora hay que realizar con cuidado, con protección hasta la retirada total de la menstruación. Se deben tratar los aspectos sociales y culturales, los sentimientos y las reacciones emotivas que se producen por medio de equipos multidisciplinarios de profesionales.

## **HOMBRES**

Las dificultades sexuales suelen tener su origen especialmente en factores psicógenos que en los cambios hormonales o fisiológicos; a medida que se envejece, el hombre sigue teniendo miedo a la vejez, tanto a la pérdida de atractivo como a la cesación del trabajo. La paternidad también ha perdido su significado en tanto que los hijos ya son independientes. Todos estos factores, juntos o por separado, pueden provocar en el anciano depresión. Síntomas:

- Pérdida de tono y fuerza muscular y por tanto, sensación de debilidad, fatiga, irritabilidad, disminución de la libido, indiferencia, anorexia, pérdida de peso, dificultad de concentración.
- Disminución gradual del nivel de testosterona (<325 ng/100 ml.) que, junto al estrechamiento de los túbulos testiculares provocan la disminución de la producción de espermatozoides.
- Se reduce la viscosidad y cantidad del líquido seminal, así como la fuerza de la eyaculación.
- Los testículos se vuelven más pequeños y flácidos.
- Puede producirse un incremento de anomalías cromosómicas en los espermatozoides.
- La próstata se agranda y endurece y sus contracciones son más débiles.

## **CAMBIOS EN LA RESPUESTA SEXUAL**

### **Excitación:**

- Hay una disminución de la rubefacción de la piel.
- Se requiere de una estimulación más directa y prolongada para la consecución de la erección completa, siendo que esta ya no es tan potente, aunque sí lo suficiente para el coito.

### **Meseta:**

Es más prolongada, con disminución del enrojecimiento de la piel, erección de los pezones, aumento y elevación de los testículos.

### **Orgasmo:**

- Se retrasa el tiempo para eyacular, lo que permite relaciones más prolongadas. La inevitabilidad eyaculatoria es más breve y las contracciones eyaculatorias son más lentas y menos vigorosas.
- Tiene una duración más corta. Hay un menor número de contracciones del esfínter anal.

**Resolución:**

- La detumescencia del pene y del área genital es más rápida.
- El periodo refractario es más largo (12-24 horas para una nueva erección).

**ANDROPAUSIA**

La andropausia es conocida como la crisis del macho o la crisis de los 50. Suele empezar alrededor de los 55-60 años y depende de factores hereditarios, las enfermedades crónicas, en especial las cardiovasculares; el tabaquismo y el alcoholismo pueden precipitar el inicio de esta etapa, asociado a síntomas psicósomáticos: cambios de carácter, cefaleas, irritabilidad, insomnio, depresión, dolores óseos de cadera y raquis, taquicardias, aumenta el riesgo de accidente coronario, disminución del deseo sexual, pérdida de la capacidad eréctil del pene y retraso en la recuperación.

La andropausia no experimenta una declinación tan rápida como su análoga, la menopausia; se produce una involución fisiológica propia del envejecimiento, pero no hay una pérdida de la fertilidad, aunque sí un descenso de los niveles de testosterona libre de hasta un 50% con respecto a las épocas de juventud que pueden constituir un descenso de la actividad sexual. El diagnóstico de déficit de testosterona se realiza mediante determinación analítica de testosterona total en sangre. También descienden hormonas como las del crecimiento o de las suprarrenales. Algunos estudios hablan de un 40% de disfunción eréctil, aunque sólo un 10 % sufre problemas que repercuten en las relaciones sexuales. Estos descensos hormonales influyen en el aumento de las grasas.

El punto máximo de testosterona se produce al principio de la edad adulta, para ir descendiendo un 1% anual a partir de los 40 años. El déficit de testosterona que experimentan algunos varones al llegar a adultos no necesariamente nos obliga a hablar de hipogonadismo de forma generalizada ya que en muchas ocasiones puede haber una suma de enfermedades como diabetes, HTA que pueden causarlo. El hipogonadismo se produce en un 30% de hombres mayores de 55 años. Este déficit hormonal se podrá manifestar como un descenso de la libido que puede venir asociado a problemas de la erección, pero además afectará al metabolismo óseo causando osteoporosis, disminución de la masa muscular y alteraciones en la distribución de la grasa del cuerpo. Muchos hombres empiezan a engordar y los brazos empiezan a estar flácidos, lo que hace que el hombre se vea viejo, aumentando su inseguridad.

Los hijos se van de casa, le hacen sentirse viejo y si se produce algún fallo de la erección -como le ha podido pasar en cualquier momento de su vida-, aunque ahora tiene un significado especial, disminuye su confianza, y provoca fallos posteriores. A nivel cerebral, además, el déficit de la testosterona se manifestará mediante fatiga y cambios en el estado de humor, que se quiere ver también en relación con depresión, con una tendencia 4'2 veces mayor a la población general.

En contrapunto a la menopausia, el tratamiento hormonal aquí sólo está recomendado cuando los niveles de testosterona en sangre están por debajo del rango de su edad. Esta testosterona se puede administrar 200-250 mg. cada 10-15 días vía IM, o como hormonas previas del tipo LH-Rh y la HCG. La administración oral es más problemática al metabolizar rápidamente en el hígado y producir algunos problemas. Existen también parches, vía sublingual o implantes.



Antes de aplicar este tratamiento hay que hacer una correcta anamnesis, comprobando que no haya cáncer de próstata mediante analítica donde se pida PSA (antígeno prostático específico).

## **EL PROFESIONAL SANITARIO ANTE LA SEXUALIDAD DEL ANCIANO**

El profesional sanitario tiene una posición privilegiada para ofrecer la educación sexual necesaria para el anciano y su familia, para que puedan entender los cambios de la edad, dar consejos que sirvan de apoyo y no de crítica y ofrecer la terapia farmacológica y/o psicológica.

Si se escucha atentamente se puede conseguir información suficiente para una correcta anamnesis sobre su situación afectivo-sexual y que no pueden ser medidos por medios físicos o bioquímicos. Todo ello debe hacerse de manera sutil, ya que el anciano puede sentirse agredido en su intimidad.

Cada anciano es diferente y requerirá consideraciones individuales. Esta será una labor de equipo, y donde no llegue uno de los sanitarios, podrá conseguirlo otro. A veces podrá resultar conveniente garantizar al paciente que una relación sexual plena no requiere la erección completa del pene ni que el útero esté intacto y que existen otros medios de satisfacer la sexualidad propia y de la pareja.

Las personas mayores se ven frustradas en muchas ocasiones por los profesionales sanitarios que niegan la posibilidad de la sexualidad a lo largo de la vida y consideran anormales a los ancianos activos. La preparación del profesional ayudará a destruir las limitaciones en este campo y a que se pueda disfrutar de la sexualidad como en la juventud. Cambiar la imagen prototípica de la vejez y fortalecer la autoestima de los ancianos pueden romper con la aversión a la edad y la creación de un entorno social positivo donde la gente quiere amar, envejecer y vivir.



## MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y CONTRACEPTIVOS

Las primeras pruebas de métodos anticonceptivos pertenecen a los papiros egipcios de 1850 años a.C. mediante una pasta de miel y carbonato sódico o heces de cocodrilo o elefante. También en muchos papiros se habla ya de fundas para el pene. En Asia se utilizaba apio modelado en forma de caperuza e introducido en la vagina y en Europa Central cera de abeja derretida.

Llamaremos métodos anticonceptivos todo aquel tratamiento que se utiliza para evitar la concepción, en unos casos evitando que se produzca la unión del espermatozoide con el óvulo y en otros inhibiendo el anidamiento del óvulo fecundado en el útero. La abstinencia no es un método anticonceptivo. Será conveniente que el personal sanitario oriente y asesore cual es el método más adecuado para cada persona o pareja. Para ello observaremos:

- El deseo de la pareja o usuaria.
- La frecuencia de las relaciones sexuales.
- La edad de la pareja.
- La situación educacional o mental de los usuarios que nos indicará su comprensión y utilización de los métodos.

La educación es la mejor arma desde las dos perspectivas clásicas de este tema: la continencia y fidelidad o una buena información sexual. Actualmente no existe el anticonceptivo inocuo, eficaz, fácil de obtener y usar, inmediatamente reversible y que requiera un mínimo planteamiento y motivación, pero sí aquel que mejor encaja con la pareja, de hecho, hay muchas parejas que utilizan más de un método. En la adolescencia y la juventud, además, solemos encontrar periodos de gran actividad con otros de abstinencia prolongada, lo que limita más la elección del método adecuado. Para estos jóvenes hay que buscar métodos que no interfiera el desarrollo normal del individuo y estar adaptado a su grado de madurez.

Según la encuesta Schering (2002), hemos de tener en cuenta que un 51'95% de chicos y chicas entre 15 y 19 años han tenido ya relaciones sexuales penetrativas, de los que el 23% no utilizaron ningún tipo de protección; esta cifra asciende al 86'55% entre los 20 y 24 años y que el 40% no utilizan ningún método anticonceptivo, lo que fue causa de unos 20.000 embarazos no deseados, de los cuales, casi la mitad acaban en IVE.

En la encuesta Schering de 2006 las cifras no mejoran, ya que el 80% de chicos y chicas entre 15 y 19 años dice haber mantenido relaciones sexuales en alguna oca-

sión, de las cuales el 53'5 % son penetrativas y con una frecuencia de unas 7-8 veces al mes, de los cuales un 33 % reconoce no utilizar el preservativo, ni en las relaciones esporádicas, lo que se traduce en que unos 389.370 jóvenes pueden quedarse embarazadas.

La eficacia de cualquier método depende de su uso correcto y continuado y aumenta cuando la pareja se adapta al método. Cuando se habla de anticoncepción, su eficacia se mide por el índice Pearl que indica el número de embarazos en un año de las mujeres que lo han usado.

La enfermera tiene la capacidad y la responsabilidad de proporcionar educación, formación e información necesarias en prevención, medicación y hábitos sexuales, dejando constancia en la historia de la actividad realizada, así como de cualquier actuación o aspecto relevante.

## **MÉTODOS NATURALES**

También llamados de abstinencia periódica. Se basan en la observación y el registro de los signos y síntomas de la fertilidad de la mujer. La abstinencia de relaciones coitales durante el periodo fértil, o el uso de otros métodos, evita el embarazo. Estos métodos lo aplican alrededor del 21% de las parejas y ofrecen una alternativa a quienes no quieren o no pueden recurrir a la anticoncepción farmacológica o mecánica, sea por motivos morales, religiosos o personales. Para su correcto uso, es indispensable la motivación de la pareja y un correcto aprendizaje que puede suponer el asesoramiento durante varios ciclos menstruales; es absolutamente desaconsejable para adolescentes y mujeres que tienen los periodos bastante irregulares y/o con relaciones bastante esporádicas, pero también pueden servir para lo contrario, para aprovechar el mejor momento para quedarse embarazada en los casos en que hay dificultades para ello.

Se considera que los métodos de abstinencia tienen un porcentaje de fallo del 30%.

## **MÉTODO DEL CALENDARIO, RITMO, OGINO-KNAUS**

El nombre proviene de sus investigadores: Kiyasaku Ogino y Hermann Knaus (Japones y austríaco). Se basa en la observación de la periodicidad de la menstruación. Consiste en realizar el coito durante los días anteriores y posteriores a la ovulación. El problema es que sólo es parcialmente fiable cuando los ciclos son exactos. El ciclo menstrual es parte de un proceso en que el cuerpo se prepara para un ser nuevo y que se inicia en la ovulación, esto es, 14 días antes de producirse el sangrado menstrual, (la fecundación se produciría en la ampolla tubárica); esta es la única variable fija de la menstruación, el resto de variables va a depender de infinidad de factores, de los cuales, el más importante son los mecanismos hormonales que desembocan en la ovulación y estos dependerán de multitud de situaciones que acontecen en la mujer en su vida cotidiana: el estrés, la alimentación, el insomnio, el trabajo nocturno, las enfermedades, etc.

Para la comprensión del método, se considerará como primer día de la regla, el primer día del sangrado menstrual, y el momento de la ovulación, los 14 días anteriores a la siguiente menstruación. El óvulo tiene una vida media de 24-48 horas y el espermatozoide hasta 72 horas, por lo que, en un ciclo de 28 días, el periodo de abstinencia debería coincidir con los días 11 al 16 desde la regla. Evidentemente, este

método por sí solo tiene una elevadísima cantidad de fallos, que dependiendo de autores, se calcula entre 14 y 40 %.

Existe una regla para calcular los días fértiles que consiste en restar al ciclo más corto, 18 días y al más largo, 11, lo que nos dará el intervalo probable de días fértiles. Esta fórmula disminuye su efectividad en ciclos irregulares en los que la diferencia entre el ciclo largo y el corto es superior a 10 días.

Ej.: Mujer con ciclos de 26 días (corto) y 30 días (largo)

(Ciclo corto)  $26-18 = 8$       (Ciclo Largo)  $30-11 = 19$

Por lo tanto, el periodo fértil será entre los días 8 y 19 del ciclo menstrual.

## **MÉTODO DE LA TEMPERATURA BASAL**

Está basado en la elevación que se produce de la temperatura durante la ovulación y que se mantiene hasta la menstruación. Después de la regla, la temperatura de la mujer desciende hasta el momento de la ovulación, en que el aumento del nivel de progesterona producida a partir de la ovulación hace subir la curva de la temperatura de 0'2°C a 0'5°C, y la mantendrá estable hasta la menstruación. Normalmente sólo hay una ovulación por ciclo y la fecha en que se produce puede ser determinada por la elevación de la temperatura. Las relaciones podrán reanudarse sin riesgo 3 días después del aumento de la temperatura.

### **Inconvenientes:**

- Multitud de factores y enfermedades modifican la temperatura del organismo
- Se requiere tomarse correctamente la temperatura rectal cada mañana antes de levantarse o realizar actividad física alguna. Esta técnica es difícil de realizar por algunas mujeres que tienen trabajos nocturnos o vida noctámbula periódicamente.
- Se requiere abstinencia o el uso de algún método (del tipo barrera) desde el primer día de la ovulación (en que sube la temperatura) hasta pasados 3 días de dicho aumento.
- En los ciclos anovulatorios o situaciones específicas como la perimenopausia, lactancia, etc. suponen un tiempo indeterminado y en ocasiones largo hasta que se eleve la temperatura
- No es efectivo cuando existen periodos de estrés elevado, ingestión de bebidas alcohólicas, medicamentos y viajes.

Dependiendo de autores se calcula un error de entre 0'5 y 6'5 %

## **MÉTODO DEL MOCO CERVICAL O BILLINGS**

Está basado en el reconocimiento de las modificaciones que se producen en la secreción de la mucosa del canal cervical a lo largo del ciclo. Tras un correcto aprendizaje, la pareja puede distinguir cuando la mujer está en periodo fértil o no y a su vez reconocer exactamente cuando está ovulando.

Después de la menstruación, hay un periodo de sequedad. Luego empieza a aparecer un moco pegajoso que va haciéndose cada vez más "clara de huevo", muy elástico, filante y lubricante que indica el periodo de máxima fertilidad y, por lo tanto, de abstinencia o de uso de otros métodos anticonceptivos como los de barrera. Pasados estos días, vuelve a ser un moco opaco y pegajoso.

Este método no es efectivo si se utilizan métodos de barrera, cremas espermicidas, DIU o píldora, ya que producen alteraciones sobre la consistencia del moco. Aquellas personas que quieran utilizarlo deben primero conocer los cambios que su organismo realiza durante uno o varios ciclos completos, procurando no mantener relaciones para no falsear la observación, anotando los cambios que han ido observando. Para conseguir el máximo de eficacia, se debería restringir las relaciones coitales 2 días antes y 4 después de la aparición del moco ovulatorio (clara de huevo). Uno de los inconvenientes son las alteraciones que pueden causar algunas infecciones vaginales en la mujer.

Dependiendo de autores se calcula un error de entre 0'5 y 40%

Existe en las farmacias, desde finales de los 80, un artilugio (difícil de encontrar) a manera de pequeño visor o microscopio que, tomando un poco de moco cervical y situándolo ante él, nos da una imagen que nos indica si se es fértil o no. Se está en época fértil cuando la imagen del visor es tipo hoja de helecho.

### **MÉTODO SINTOTÉRMICO**

Consiste en la identificación de los días fértiles e infértiles del ciclo menstrual a partir de la observación e interpretación simultánea de los métodos anteriores: temperatura basal, calendario y el del moco cervical, así como indicadores menores periovulatorios. En ocasiones, hay mujeres que tienen determinados signos del momento de la ovulación como una sensación subjetiva de dolor en la fosa ovárica en la que se produce la ovulación, lo que en estos casos puede ser de gran utilidad para la pareja.

Ventajas: Es inocuo y aumenta el conocimiento que la mujer tiene de su cuerpo

Inconveniente: Requiere un aprendizaje muy intenso del método. No protege contra las ETS.

Contraindicado: En mujeres lactantes, pre-menopausicas o con ciclos menstruales muy irregulares.

Dependiendo de autores se calcula un error de entre 5 y 35%.

### **MÉTODO DE LOS DÍAS FÉRTILES O COLLAR DEL CICLO (Cyclebeads)**

Consiste en un collar de cuentas de colores desarrollado por el Instituto de Salud Reproductiva de la Universidad de Georgetown, basado en modelos computerizados sobre datos de fisiología reproductiva que identifica una fase fértil de 12 días para la mujer en el que toma en cuenta la vida probable del óvulo (24 h) y del espermatozoide (72 h), así como la variación de la ovulación de un ciclo a otro.

Consiste en un hilo con 32 cuentas de colores, empezando por una roja que indica el primer día de la menstruación, a las cuales se les va haciendo pasar un aro de plástico que marca el día. Las cuentas oscuras representan los días de menos probabilidad fértil y las blancas de los días fértiles.

El método se desarrolló en Bolivia, Perú y Filipinas, y se cree útil en personas que habitualmente no utilizan ningún método. Su eficacia está calculada en un 95%.

(Del Diario Médico de Junio de 2002, haciéndose eco de la revista Contracepción).

## MÉTODOS LOCALES O DE BARRERA

Son aquellos que, introducidos en el interior de la vagina impiden el paso de los espermatozoides a través del cuello uterino para evitar la unión con el óvulo y, por tanto, la fecundación. Esto se puede conseguir de varias maneras:

- Impidiendo que el semen se deposite en la vagina (preservativos: condones y/o femidom).
- Impidiendo que el semen penetre a través del cérvix uterino (Diafragma, esponjas).
- Actuando sobre los espermatozoides (espermicidas).

### **PRESERVATIVO O CONDÓN**

Los primeros condones fueron fundas de cordero untadas de grasa de animales y/o tripas de algunos de ellos. Existen muchas historias de quien fue su inventor. Para unos es Falopio, que elaboró



una envoltura de lino y cuya publicación se realizó hacia 1.564 (después de muerto); otros que fué un invento del siglo XVIII del médico inglés Condom y que consistían en una funda de caucho, en la actualidad se elabora de látex u otros materiales a los que se añaden diversos compuestos químicos para estabilizarlo y se somete a una vulcanización para darle resistencia acabando por un lubricado (generalmente con fécula de maíz). Se coloca sobre el pene en erección, impidiendo la salida del semen a la vagina, quedando retenido en él. Puede haberlos de varios tipos; los más usados son los que tienen perfil entallado que apriete el glande. Con depósito o sin él. Estriados o lisos o con formas más o menos estrafalarias que potencian la imaginación de la pareja. Suelen estar lubricados con espermicidas del tipo nonoxinol 9, o con benzocaina para retrasar la eyaculación. El preservativo más utilizado en España es el de clase I, oscila entre 17 y 20 cm de longitud, 104 y 110 mm. de circunferencia y un grosor de 0'05 y 0'07 mm. La resistencia del látex a la tracción debería ser de hasta el 700% y soportar una fuerza de hasta 39 Newtons (3'9 kg.) (a lo que no suele estar sometido durante el coito).

Está especialmente indicado en personas que mantengan relaciones esporádicas (adolescentes, jóvenes, etc.), parejas durante el post-parto y la lactancia, cuando se vaya a mantener relaciones de riesgo (profilaxis contra ETS), y en eyaculación precoz (previa consulta sexológica). Permite que el hombre asuma parte de la responsabilidad activa en la anticoncepción.

No requiere control médico, barato y fácil de conseguir. Para algunas parejas tiene el inconveniente de disminuir la sensibilidad cutánea del pene, lo cual puede mejorar la satisfacción sexual de la pareja al retrasar la eyaculación del varón o de perder espontaneidad en la relación, aunque con imaginación, la pareja puede añadir al juego sexual la técnica de su colocación.

Contraindicado en los alérgicos al latex, aunque ya existen fabricados en otros materiales.

Es el método más utilizado y de los más seguros como anticonceptivo y como protección contra ETS. El 41'67 de los que utilizan anticonceptivos y el 21'9% de la población.

## **PRECAUCIONES**

Los condones son muy sensibles a la acción de la humedad, el calor y la luz, por lo que convendrá guardarlos en su envoltorio opaco y hermético y no en lugares donde puedan recibir calor de manera prolongada o intensa (el coche, la cartera, etc.). Rechazar el preservativo cuando esté pegajoso, quebradizo o presente algún deterioro. Para colocarlo, hay que abrir el envoltorio con cuidado para no dañar el condón con las uñas u objetos punzantes, comprobando que se despliega en el sentido correcto. Antes de colocarlo hay que retirar el prepucio del pene erecto, descubriendo el bálano y, sujetándolo con el índice y el pulgar, vaciando el aire que pudiese acumularse en la punta, desenrollarlo con la mano hasta que cubra el pene.

Hay que colocarlo antes de iniciar la penetración por el riesgo de embarazo que supone la posible emisión de líquido de la uretra o de las glándulas de Cooper, que puede contener espermatozoides de eyaculaciones anteriores. Así mismo, el condón aguanta mejor si el pene está seco que si este tiene humedad procedente de una penetración previa. Después de la eyaculación, retirar de la vagina antes de la pérdida de la erección, sujetándolo con la mano.

Si se utilizan lubricantes, estos deben ser de base acuosa, silicona o glicerina y no vaselina, mantequillas o antisépticos con bases aceitosas, fenoles o derivados, gasolina, queroseno y otros productos orgánicos, ya que pueden dañar el látex y aumentar el riesgo de rotura. Nunca deben utilizarse simultáneamente dos preservativos o el preservativo y el femidom, porque no sólo no da más protección sino que éstos se pueden romper por la fricción. En caso de romperse, existe la posibilidad de acudir a los centros sanitarios para la toma de la llamada “píldora del día después”, dentro de las 72 horas posteriores al coito.

Dependiendo de autores se calcula un error de entre 1 y 12%.

## **FEMIDOM O PRESERVATIVO FEMENINO**

Es una especie de bolsa de poliuretano, más ancho que un preservativo masculino, provisto de un anillo rígido de unos 10 cm de diámetro en el extremo abierto y un segundo aro más estrecho que es el que está en contacto con el cérvix. Este material es muy resistente, capaz de adquirir rápidamente la temperatura del cuerpo y que se debe colocar antes de la relación, por lo que no afecta a la espontaneidad de la pareja.

Nunca se debe utilizar simultáneamente con el preservativo masculino, puesto que se podría romper.

## **DIAFRAGMA**

Se trata de una semiesfera de látex provista de un aro metálico flexible, de varios calibres, entre 55 y 95 mm. Es utilizado por aproximadamente el 1'03% de las parejas. Lo utilizarán parejas que deseen métodos más “naturales”, mujeres que mantengan relaciones esporádicas y en los casos en que estén contraindicados otros métodos. Estará contraindicado cuando existan alteraciones de la estética genital (prolapso uterino, postparto, etc.) o de la morfología genital (como un fondo de saco corto y no depresible, etc), así como en los casos de vaginitis o cistocele.

Es un método inocuo, que no se nota en las relaciones sexuales y preserva de procesos infecciosos como vaginitis o cervicitis. El inconveniente es que requiere la



toma de medidas previas por parte del personal sanitario para acoplar la talla adecuada y de un aprendizaje para ponérselo y quitárselo. La técnica de colocación es presionando con los dedos los bordes del aro hasta que este forme un 8 y se introduce en la vagina hacia dentro y hacia abajo de forma que la parte posterior del mismo quede situado en el fondo del saco de Douglas, mientras que en la parte anterior se sitúa en la foseta retropúbica. Una vez colocado debe comprobarse que el cérvix queda situado en el interior del diafragma. Puede descolocarse cuando existen movimientos bruscos. Es conveniente usarlo con espermicida en los bordes y en las dos caras del diafragma, introduciéndolos unos 10 minutos antes del coito y permanecer dentro de la vagina hasta 6-8 horas después del coito, lo que aumentará su efectividad anticonceptiva. Para retirarlo, se coge con los dedos del borde anterior y se tira de él hacia fuera.

Después de su uso debe ser retirado, lavado y guardado en su estuche con un poquito de polvos de talco para volver a ser utilizado. Conviene vigilar periódicamente su integridad mirándolo al trasluz. Debe cambiarse cada 2 años. No protege contra todas las ETS.

Dependiendo de autores, el diafragma más espermicida tiene un error de entre 2 y 19%

Una variante al diafragma, y con su misma acción, fue el Capuchón Cervical que servía para cubrir el cuello cervical, impidiendo la llegada del espermatozoide al mismo. Se fabricaba de plástico, oro o plata y lo colocaba el ginecólogo para retirarlo antes de la menstruación.

## **ESPONJA VAGINAL**

Es de uso más sencillo que el diafragma y de colocación más sencilla, ya que se adapta perfectamente al tamaño de la vagina. Debe utilizarse siempre con espermicidas.

Dependiendo de autores se calcula un error de esponja más espermicida de entre 9 y 20%

## **ESPERMICIDA**

Método químico de barrera que ejerce una acción de bloqueo mecánico del cuello uterino y la sustancia química formada por principios tensoactivos, como el cloruro de benzalconio y el Nonoxinol-9. que mata los espermatozoides al romper la membrana del mismo. Estos se presentan como óvulos, jaleas, cremas, laminas biodegradables, geles, tabletas efervescentes, etc. que deben ser introducidos en la vagina.

Requiere respetarse una serie de tiempos previos al coito, generalmente 5-10 minutos y si se repite el coito transcurrido más de una hora, volver a utilizar de nuevo, ya que el efecto anticonceptivo finaliza en ese tiempo. No se realizarán duchas vaginales hasta pasadas más de 6 horas del coito. Su eficacia es baja usado sólo, pero aumenta extraordinariamente en combinación con otros métodos. Es inocuo, de fácil uso y adquisición y no requiere control médico. Además tiene efecto germicida.

Puede producir irritación local, por lo que estará contraindicado en dermatosis genitales y en los casos en que se esté aplicando tratamientos vaginales. Las mani-

pulaciones para introducirlo en la vagina pueden resultar desagradables para la mujer.

Lo utilizan alrededor del 6'30% de los que usan anticoncepción. Dependiendo de autores se calcula un error de entre 5 y 22%.

## **ANTICONCEPTIVOS HORMONALES**

### **LA PÍLDORA**

Son sustancias que introducidas en el organismo actúan sobre las glándulas inhibiendo la producción de las hormonas necesarias para la fecundación y sobre la implantación del huevo fecundado en el útero espesando el moco cervical, regulando el ciclo menstrual y reduciendo los síntomas del síndrome pre-menstrual y la enfermedad pélvica inflamatoria.

Las primeras píldoras son de 1956 y a partir de los años 60 reducen la cantidad de estrógenos con lo que se reduce los efectos secundarios. Hoy hablar de consecuencias negativas es alarmista. Ha supuesto uno de los mayores avances científicos y sociales, ya que la mujer tiene la posibilidad de vivir su sexualidad de forma responsable, satisfactoria y segura, teniendo la capacidad de reproducirse y decidir libremente sobre la sexualidad y la maternidad. Las nuevas alternativas no tienen por qué desplazar las ya existentes, sino complementarlas.

Es el segundo método más utilizado (el 37'42 % de los que usan anticonceptivos y el 16'5 % de la población).

Consiguen su efecto actuando sobre:

- El ovario: impide la ovulación, no liberándose óvulo.
- El moco cervical: Se vuelve menos permeable para el espermatozoide.
- El endometrio: Cambios que dificultan la anidación.
- Las trompas.

Las píldoras pueden ser de varios tipos:

- Secuenciales: Actualmente en desuso por su baja seguridad
- Combinados o combifásicos: Monofásicos    Bifásicos    Trifásicos
- Unimensuales: Oral (poca seguridad)    Intramusculares - Alta seguridad
- Gestágeno: Intramuscular (de depósito).
- Minipíldoras: en desuso. Seguridad variable.
- Implantantes Sub-dérmicos.

Trifásica: 0'03 mg de etinil-estradiol y 0'150 mg de levonorgestrel

A pesar que en la actualidad se ha rebajado hasta un 30% la cantidad total de hormonas por ciclo, su eficacia es la misma que los preparados estándar (casi el 100%), consiguiéndose así la reducción de efectos secundarios y una menor inhibición de las Hormonas FSH y LH hipofisiarias.

Las píldoras clásicas con dosis medias (0'05 mg de etinil-estradiol) se utiliza en dismenorreas y/o menorragia.

El levonorgestrel tiene como efecto secundario la androgenización, por lo que se tiende más al uso del desogestrel. La reducción de las dosis de etinil-estradiol y la imitación del ciclo mediante la combinación estrógenos/gestágenos has llevado a la aparición de los anticonceptivos combifásicos.

Minipíldora: Contiene 0'5 mg de linestrenol y se debe administrar de manera continuada.

Otras contienen 15 microgramos de estrógeno y 60 de gestágeno. Se utiliza sólo en el caso de una contraindicación absoluta a los estrógenos. Su eficacia no es tan buena como la de los estroprogestágenos (riesgo de embarazo: 1%) y produce frecuentes trastornos del ciclo como amenorreas o hemorragias intempestivas en mitad del ciclo.

La píldora del día después: La veremos más adelante.

### **Normas de uso:**

Suele venir en blisters de 21 pastillas que se deben empezar a tomar el 1<sup>a</sup> día de la menstruación y los siguientes cada día a la misma hora, dejando descansar una semana, en la que aparece la nueva menstruación en que se sigue estando protegida. En caso de olvido, vómito o diarrea fuerte, debe tomarse otra antes de pasadas 12 horas, sino, la seguridad del método queda muy mermada, siendo aconsejable el uso de otros métodos.

Tras el parto se puede volver a utilizar a partir de la sexta semana, siempre y cuando no se esté amamantando al niño, ya que pueden reducir la producción de leche materna.

### **Ventajas:**

Facilidad de uso, Reversibilidad, eficacia, seguridad, no interfiere las relaciones, regula el ciclo menstrual, permitiendo programar cuando quedar embarazada, disminuye el volumen y el dolor de la menstruación o como tratamiento de las dismenorreas. Puede prevenir el cáncer de ovario y endometrio.

### **Desventajas:**

No se puede olvidar ninguna toma, puesto que reduce su eficacia anticonceptiva, lo que puede provocar dependencia al fármaco y riesgo de sangrados irregulares los primeros meses de uso. Se ha querido ver que produce tumores de hígado y litiasis de vesícula en mujeres que las utilizan durante más de 8 años.

Si la usuaria está en fase de crecimiento, este puede detenerse por el uso de estrógeno (que cierra las epífisis óseas).

Se le calcula un error del 0'9%

Antes de iniciar el tratamiento, hay que realizar un estudio de la paciente que debe seguirse periódicamente en las que se incluya:

- Edad de la usuaria, peso, T.A. y antecedentes ginecológicos
- Analítica completa, principalmente: Recuento, fórmula, velocidad, Got-GPT, Glucemia, colesterol, HDL, LDL, Triglicéridos, antitrombina III, Test de embarazo (sólo al principio o si hay dudas)

### **CONTRAINDICACIONES:**

#### **RELATIVAS**

- Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular:

- Historia familiar de enfermedad tromboembólica: HTA, Obesidad. Valvulopatías.
- Mayor de 35 años: Fumadora de más de 15 cigarrillos o sobrepeso mayor al 20 % (obesidad).
- Enfermedades crónicas: Enfermedad de Crohn, Nefropatía crónica, Depresión.
- Litiasis biliar.
- Oligomenorrea, amenorrea.
- Enfermedad Trofoblástica (ver valores de B-HCG).
- Inmovilización a largo plazo.
- Cirugía: Debe dejar de tomar la píldora 4 semanas antes de la cirugía y hasta 2 semanas después de la intervención.
- Interacción con otros fármacos de larga duración.
- Mal uso reiterado de la píldora.

La combinación de algunos de estos factores puede constituir una contraindicación absoluta.

## **ABSOLUTAS**

### ***No permanentes:***

- Dislipemias.
- Alteraciones en el perfil hemostático protrombótico.
- Ansiedad de la mujer por la toma.

### ***Permanentes:***

- Neoplasias: de mama, del tracto genital (o sus sospechas), Adenoma hipofisario.
- Embarazo o sospecha.
- Enfermedades que aparecieron o empeoraron en embarazos previos: Herpes gestacional, hepatopatía gravídica, osteoporosis, arterioesclerosis, síndrome urémico-hemolítico.
- Enfermedades cardiovasculares: - Tromboflebitis, tromboembolia, cardiopatía isquémica.
- Enfermedades cerebrovasculares: - Accidente isquémico transitorio, ACV agudo, migraña focal.
- Enfermedades Hepatobiliares: Hepatopatía activa, cirrosis biliar, adenoma hepático, ictericia colestática, Alteraciones de las pruebas funcionales hepáticas.
- Diabetes, con afectación de órganos diana.
- Mujer mayor de 35 años con: Obesidad (sobrepeso superior al 50% - Gran obesa), Fumadora de más de 40 cigarrillos.

## **INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS**

### De otros fármacos sobre los anticonceptivos

Aumentan los niveles plasmáticos de los Anticonceptivos hormonales:

Ácido ascórbico, Ciotrixazol, Paracetamol.

Disminuyen los niveles plasmáticos de los Anticonceptivos hormonales:

Anticonvulsivos: Barbitúricos, carbamazepina, fenitoína, etosuximida, primidona

Hipnóticos-sedantes: Clordiazepóxido, clorpromazina, diazepam, dicloralfenazona, glutetimida, meprobamato

Antibióticos: Cefalosporinas, Griseofulvina, eritromicina, metronidazol, penicilinas, rifampicinas, tetraciclinas

AINE's: AAS, fenacetina, Fenilbutazona, pirazolonas

Otros: Antiácidos, antigripales, antihistamínicos, cimetidina, dihidroergotamina, espinolactona hormona tiroidea

#### De los Anticonceptivos hormonales sobre otros fármacos:

Aumento de los niveles plasmáticos:

Alprazolán, cafeína, ciclosporina, diazepam, clordiazepóxido, fenazona, imipramida, metoprolol, Nitrazepam, Prednisolona, teofilina

Disminución de los niveles plasmáticos:

AAS, Clofibrato, Morfina, Paracetamol, Temazepam

Interferencia con el efecto:

Anticoagulantes, Antidiabéticos, Antifibrinolíticos, antihipertensivos

Las últimas píldoras que han aparecido en el mercado son:

La drospirenona (Yasmine®) que se utiliza en mujeres a las que las progestinas les aumenta los síntomas premenstruales. Actúa también sobre el acné y la seborrea, evitando la retención de líquidos, pero no puede usarse en mujeres con problemas de hígado o riñón por el riesgo a que se eleven los niveles de potasio.

En octubre de 2003, EE.UU. ha aprobado una nueva píldora (Seasonale®) con una composición similar a la de las píldoras normales y que deberá tomarse durante 84 días seguidos de forma que retrasará la menstruación 3 meses (4 al año), lo cual ha sido bastante criticado por cuanto altera el ciclo menstrual.

## **ANILLOS VAGINALES**

Su nombre será Nuva ring® (Shering). Aros de plástico que se colocan en el cérvix y que liberan gestágenos y progestágenos lentamente, espesando el moco cervical e impidiendo el paso de los espermatozoides. Este anillo se coloca en la vagina el primer día de la regla y se deja durante 21 días. Después del parto se empezará a utilizar a partir de la sexta semana.

Ventajas: evitar olvidos y prevenir los problemas digestivos que suele causar la píldora.

Efectividad: del 99'5 al 99'9%.

## **INYECCIONES DE PROGESTÁGENO**

Consiste en la inyección Intramuscular de 150 mg. de acetato de medroxi-progesterona cada tres meses, ya que es un preparado retard (Lunelle®). Impide la ovulación y espesa el moco cervical. Aún no muy empleado por las parejas, sólo lo usan el 2'62%.

No se corre el riesgo de olvido, pero los primeros meses provoca reglas irregulares pudiendo ser causa de amenorrea con el tiempo. Después de la última inyección el ciclo menstrual puede tardar en reestablecerse y volver a la normalidad.

La primera inyección debe aplicarse el primer día de la menstruación y puede provocar otro sangrado a los 15 días de su administración.

Después de su abandono, se tarda alrededor de 18 meses para quedarse embarazada.

### **Útil:**

- En adolescentes que necesitan una contracepción efectiva y no pueden beneficiarse de otros métodos.
- En personas con retraso mental severo, incapaces de mantener su higiene menstrual.

### **Inconvenientes:**

- Pueden producir aumento de peso, por la retención de líquidos.
- Una vez administrado, no es posible revertir los efectos colaterales.
- Sangrado menstrual irregular, amenorrea, cefalea, nauseas ,calambres abdominales.
- Pérdida de la lfbido y ansiedad.
- Acné, pérdida y/o ganancia de pelo.

### **Contraindicada:**

- En mujeres que desean quedarse embarazadas a corto plazo.
- Embarazo y lactancia.
- Cáncer de mama o hepático o hepatitis activa.
- Antecedentes de Tromboembolismo, ACV, Cardiopatía isquémica o valvular.
- HTA severa y/o cardiopatía isquémica.
- Diabetes.

Dependiendo de autores se calcula un error de entre 0 y 2%. En las inyecciones mensuales se recomienda que la inyección se realice entre el día 28 y 30 del ciclo y nunca más allá del 33 para obtener el 99% de efectividad.

### **Implantes subcutáneos:**

Son cápsulas o varillas de 75 mg. de Levonogestrel que se colocan subcutáneamente en el antebrazo y que liberan hormonas (progesterol) que producen infertilidad durante 3 años al anular la ovulación y espesar el moco cervical. Su implantación se realizará en los 7 días posteriores al inicio de la regla, por personal preparado, mediante una incisión en la parte anterior del brazo. Cumplida su efectividad, los bastoncillos se reabsorberán por el organismo o deberán retirarse si son de silicona o si se produce dolor en el brazo o la mano.

### **Ventaja:**

Para mujeres que toleran mal el estrógeno. Se calcula que el 60% de las mujeres tendrán un sangrado normal y el 40% escaso o nulo. Se puede implantar a las 6 semanas del parto incluso si se amamanta al niño.

***Inconvenientes:***

- Debe ser colocado por personal sanitario.
- Altera los patrones normales de la menstruación.
- No evita las ETS.
- Cicatriz o decoloración de la piel en la zona de inserción.

Efecto secundarios: cefaleas, acné, hirsutismo, cloasma.

***Contraindicaciones:***

- Antecedentes de enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer de mama.
- No ayuda a la regulación de las menstruaciones irregulares.

***Interacciones:***

El levonogestrel disminuye la eficacia de barbitúricos, fenitoina, fenilbutazonas, Isoniacida y Rifampicina.

Se comercializará con el nombre Implanton® y se calcula una efectividad del 99%.

***Parches:***

Son parches de unos 3'6-4'5 cms. con 3 capas de grosor, que se colocarán en la espalda, vientre, glúteo o parte superior del brazo. Combina estrógenos y progestágenos que pasan al torrente sanguíneo a través de la dermis y libera norelgestromina y etinil-estradiol, con dosis constante que se debe cambiar cada semana durante 3 semanas, siempre el mismo día de la semana; esta liberación continua permite evitar picos máximos y mínimos de concentrado, por lo que se reduce el riesgo de efectos secundarios. La 4ª semana, no se quitará el parche y aparecerá la menstruación.

La aplicación debe hacerse sobre la piel limpia, seca y sin vello; además permite a la mujer realizar todo tipo de actividades tanto que supongan sudar abundantemente como contacto continuado con el agua (como la natación).

***Ventajas:***

- Reduce el riesgo de olvidos que produce la píldora.

***Contraindicaciones:***

- Las mismas que la píldora y el anillo vaginal, pero reduce los efectos secundarios digestivos, y mantiene el mismo perfil lipídico de la anticoncepción oral.
- Un 2 % de las mujeres manifestaron irritación de la piel, por lo que se recomienda la rotación del lugar de aplicación y un 5% señalaron que alguno de los parches no quedó bien adherido. Nunca aplicar sobre la mama.

Después del parto se puede volver a utilizar a partir de la sexta semana, pero puede reducir la producción de leche.

El parche demostró menor efectividad en mujeres con peso superior a 90 kg. Se realizó un estudio sobre 3.300 mujeres en 3 continentes y sobre 22000 ciclos menstruales. Se observa una seguridad del 99%, similar a la píldora.

Se comercializará como Ortho Evra®.

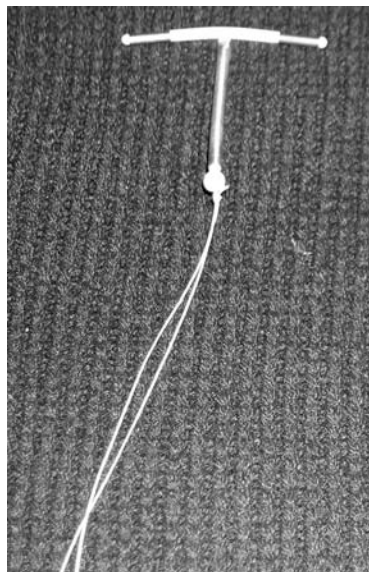
## LA PÍLDORA MASCULINA

Desde hace tiempo se viene trabajando en métodos de anticoncepción hormonal en el hombre. Uno de los trabajos se ha realizado sobre las semillas del algodón, que garantizan azoospermia en una semana, oligospermia y la infertilidad, pero el resultado no siempre ha sido reversible (un 10% no recuperaron la fertilidad) y sus efectos secundarios tóxicos son ginecomastia y/o aumento de peso.

## DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Es un método eficaz, cómodo, con gran aceptabilidad y pocos efectos indeseables. No hay riesgo de olvido. Están contruidos de polietileno radiopaco, con un filamento de cobre o de cobre y plata; puede tener diferentes formas: T, espiral (como también se conoció) o áncora y de cuyo extremo distal penden uno o dos hilos guías. Lo utilizan el 8'17 % de los que eligen método.

El mecanismo por el que desarrolla la actividad anticonceptiva depende de la reacción inflamatoria local que provoca al ser introducido en la cavidad uterina y ser reconocido por el organismo como cuerpo extraño, modificándose de esta forma la cantidad y actividad de penetración de los espermatozoides, dificultando su paso, así como la viabilidad del óvulo. Además, se cree que también actúa sobre la acción luteolítica y el aumento de la contractibilidad uterina, potenciado por la acción del cobre, aumenta la movilidad de las trompas e impide la anidación del óvulo en caso de fecundación.



Antes de colocar un DIU, se realizará la anamnesis completa y una exploración ginecológica, con estudio de exudado vaginal y citología, se informa qué modelo de DIU vamos a colocar, sus posibles efectos secundarios y los controles que deberá seguir. Conviene realizar un autoexamen post-menstrual para descartar su expulsión parcial.

Se ha aplicado DIU's de menor tamaño para úteros más pequeños, de adolescentes nuligrávidas, con éxito y bajas tasas de expulsión o de extracción por dolor y/o sangrado. Varios estudios demuestran tasas menores de embarazo en personas jóvenes con el DIU que con los anticonceptivos orales.

Pueden utilizarse en personas con retraso mental moderado o medio.

Su efecto anticonceptivo es de 2-5 años y su error, según autores, del 2-6 %.

No es conveniente utilizar tampones para evitar arrancarlo por accidente si se enrolla el hilo.

No interfiere la lactancia.

## POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS

Post-inserción:

- Sangrados intermenstruales e hipermenorrea que ceden en los primeros meses.



- Dolor leve en hipogastrio y secreción vaginal sanguinolenta durante algunos días.
- Hemorragias o espasmos abdominales y/o expulsarlo espontáneamente.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.

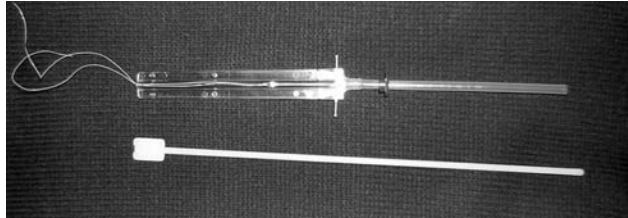
## **CONTRAINDICACIONES**

### **ABSOLUTAS**

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Sangrados uterinos no tratados o no diagnosticados.
- Enfermedad pélvica aguda o subaguda , actual o reciente.
- Salpingitis.
- Infección vaginal no tratada.
- Carcinoma de útero o cérvix (o sospecha).
- Tratamiento anticoagulante.
- Anomalías del útero.
- Transtornos de la coagulación.

### **RELATIVAS**

- Alergia al cobre
- Nuliparidad
- Alto riesgo de ETS
- Puerperio (hasta la 6ª semana) o post aborto inmediato, antecedentes de embarazo ectópico y/o exéresis unilateral de los anexos
- Antecedentes de Enfermedad Inflamatoria Pélvica
- Problemas del cérvix: Estenosis, desgarros o incontinencia cervical, Displasias cervicales sin tratar
- Dismenorrea severa , hipermenorrea
- Anemia ferropénica, coagulopatías, enfermedades o terapias inmunosupresoras
- Valvulopatías con riesgo de endocarditis bacteriana sub-aguda



## **SISTEMA INTRAUTERINO DE LIBERACIÓN DE LEVONORGESTREL (SIL)**

Se viene utilizando desde la década de los 90, en Finlandia y Suecia. Es reversible y altamente eficaz, y al igual que el DIU tiene una duración mínima de 5 años. Este DIU llamado SIL tiene forma de T y contiene 52 mg. de Levonorgestrel (LNG) en el interior de su vástago vertical que se va liberando a razón de 20 microgramos diarios, lo que a nivel local espesa el moco cervical e inhibe la liberación del endometrio y la motilidad de los espermatozoides.

Efectos secundarios mínimos.

### **Inconveniente:**

El dispositivo debe cambiarse a los 5 años sin que sea necesario descanso alguno entre la retirada de uno y la colocación del otro.

El hecho de la liberación de progesterona, reduce los sangrados, convirtiéndolo en un buen método para las menopáusicas al atenuar los trastornos.

### **INDICADO EN**

- Mujeres que buscan un anticonceptivo reversible de larga duración y que no sean población de riesgo a ETS.
- Menorragia ideopática.
- Problemas de sangrado con DIU de cobre.
- Mujeres que tengan contraindicado los anticonceptivos hormonales orales.

En Diciembre de 2000 el Diario Médico publicó un DIU (de lab. Shering) que libera hormonas para lograr el control de la fertilidad y prevenir embarazos a largo plazo que llamaba Mirena R.

### **ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA**

Se les calcula un error de un 0'1 %

### **VASECTOMÍA**

Intervención quirúrgica en la que se cortan y ligan los conductos deferentes, afectando sólo a la capacidad reproductiva y no a la erectiva. Hoy en día también se suele cauterizar los cabos cortados para provocar una inflamación que selle los conductos e impida su recanalización.

Inconveniente: precisa intervención quirúrgica y es prácticamente irreversible; requiere pocos cuidados posteriores, como son la de elevar las piernas el primer día de la intervención y aplicar hielo local para prevenir edemas y/o hematomas postquirúrgicos. La intervención es sencilla, económica y deja una cicatriz diminuta. Sólo es seguro unas 6-10 semanas después de la intervención, cuando las glándulas de Cooper y la próstata se han liberado de los pocos espermatozoides que pudieran quedar almacenados en ellas. Es utilizado por el 0'7% de parejas.

Complicaciones: Riesgo de infección y los riesgos típicos de la anestesia y la cirugía.

Después de la vasectomía, el sistema defensivo del organismo entra en contacto con los espermatozoides y no los reconoce como algo propio, por lo que crea macrófagos que generan anticuerpos contra los espermatozoides, lo que provoca que esta sea irreversible en la mayoría de los casos, 3 años desde la intervención.

Existen corrientes alarmistas que acusan a la vasectomía de problemas de salud del tipo de enfermedades autoinmunes, lupus eritematoso, cáncer de próstata, linfomas, mieloma e incluso alteraciones de la personalidad, así como descenso de la libido o tendencia a la infidelidad conyugal

Dependiendo de autores se calcula un error de entre 0 y 0'03%

Vasectomía de extremo abierto: técnica que permite una mejor reversibilidad del método.

Oclusión de los deferentes: Se ha estado experimentando con una serie de sustancias que taponen los conductos seminales y que puedan extraerse pasados 5 años.

## **LIGADURA DE TROMPAS (DE FALOPIO) O LIGADURA TUBÁRICA**

Consiste en la sección y ligadura -a veces cauterizando los extremos abiertos- de las trompas de Falopio que impiden el encuentro entre el espermatozoide y el óvulo, lo que produce infertilidad inmediatamente después de la intervención. Hoy en día, es una intervención que se realiza mediante laparoscopia, lo que implica una cicatriz pequeña. Económicamente es más costosa que la vasectomía ya que requiere de personal capacitado. Está más aceptado socialmente que la vasectomía y lo utilizan un 2'54% de las parejas.

### **Complicaciones:**

Existe el riesgo potencial de cualquier intervención quirúrgica intraabdominal, esto es, lesiones internas e infecciones que pueden llegar a amenazar el confort y la vida de la mujer, pero estas son mínimas. En ocasiones pueden producirse embarazos ectópicos.

Dependiendo de autores se calcula un error de entre 0 y 2%

## **HISTERECTOMÍA Y/O ANEXETOMÍA**

No es en sí un método anticonceptivo, sino que, como consecuencia de la extirpación quirúrgica del útero (histerectomía) y/o las trompas de Falopio y/u ovarios (anexetomía), se va a producir una esterilización de la mujer. Generalmente estas extirpaciones se realizaron por enfermedad.

## **ESTERILIZACIÓN QUÍMICA Y/O RADIOLÓGICA**

Tampoco es un método anticonceptivo en sentido estricto. Cuando una mujer o un hombre son sometidos a tratamientos de quimioterapia oncológica, en infinidad de ocasiones se va a producir una esterilización química y/o radioterápica que provocará amenorrea permanente en la mujer y azoospermia en el hombre.

Cuando la mujer es mayor de 35 años generalmente no vuelve a tener menstruaciones; curiosamente, en mujeres menores de esta edad, sí es más probable la vuelta a las menstruaciones.

En hombres y mujeres que se han sometido a Radioterapia abdominal se produce esterilización al quedar afectadas:

- Las estructuras encargadas de la producción de óvulos o espermatozoides (masculinas o femeninas).
- El sistema vascular encargado de irrigar estas estructuras.
- La afectación de las estructuras intraabdominales que intervienen en la gestación.

## **INTERCEPCIÓN POST-COITAL**

Representa la posibilidad de evitar el embarazo después de un coito sin protección (por violación, coito inesperado, fallo o accidente con el método empleado –preservativo roto, olvido de la píldora– etc.). Es un método interceptivo que no abortivo. Contamos con dos tipos de recursos:

### ***HORMONAL (La píldora del día después - pdd)***

Es efectivo en el 96% de los casos. Disponemos de hasta 72 horas para instaurar

el tratamiento hormonal, aunque su eficacia aumenta cuanto antes se pueda realizar. Algunos trabajos proponen prolongar el tiempo dentro del cual se tome a 120 horas, aunque se reduzca su efectividad.

La pauta es:

0'25 mg de levonorgestrel + 0'05 mg de etinil-estradiol a dosis de 2 comprimidos cada 12 horas

(Neogynona / Euginon)

Pauta Yuzpe:

0'5 mg de levonorgestrel + 50 mg de etinil-estradiol - Dos comprimidos dentro de las 48 horas posteriores al coito y otros 2 comprimidos 12 horas después.

- La pdd inhibe la ovulación a través de perturbaciones en el eje hipotálamo-hipófisis-ovario, lo que inhibe la ovulación afectando la fase lútea, retrasándola.
- Puede modificar la textura del moco cervical y volverlo impracticable para los espermios, los cuales pasan en cantidad reducida.
- Tiene efecto en el tránsito tubárico, enlenteciendo su movilidad, y con ello el transporte de los gametos, lo que los debilita y merma la capacidad de fecundar.
- Altera el endometrio, haciéndolo refractario o menos receptivo, produciendo embriotoxicidad y prevención de la implantación del huevo fecundado.

Todo ello reduce la posibilidad de embarazo entre el 75 y el 98% al inhibir la implantación del óvulo fertilizado a través de su efecto en el endometrio. Sin embargo, si se ha producido el implante es totalmente ineficaz y, por tanto, no es abortiva.

Dentro de las primeras 24 horas su eficacia es de casi el 100%

Entre 24 y 48 horas

disminuye al 85%

A partir de las 48 horas

de un 60%

### ***Efectos secundarios:***

Nauseas, vómitos, cefaleas, mastodinia (sensibilidad mamaria), dismenorrea, diarrea y riesgo de malformaciones fetales.

**Contraindicaciones:** Las propias de la anticoncepción hormonal.

Si se produce el vómito en las 3 horas posteriores a la administración del fármaco, se deberá repetir la toma.

Esto ha levantado una gran polémica al generar una corriente de profesionales que alegan objeción de conciencia. Sin entrar a discutir en el derecho a la objeción de conciencia, que es uno de los paradigmas de nuestro ordenamiento jurídico, ya que la objeción de conciencia sólo se reserva en nuestra constitución para el uso de las armas (art. 30.2). Lo que sí deberían hacer estos profesionales es derivarlos a otros compañeros a los que no les afecte esta objeción.

Recientemente ha salido al mercado español un nuevo fármaco que sólo contiene levonorgestrel (Norvoleno) y que con respecto al método anterior disminuye las nauseas y los vómitos.

También se ha iniciado la interceptación post-coital ambulatoria, no reglada en hospital, o anticoncepción de emergencia, también mediante el levonorgestrel 1500

mg. (Postinor 1500) en dosis única y que reducen el riesgo de embarazo por debajo del 1% si se consume dentro de las 72 h. posteriores a la relación. Los efectos de tal fármaco son similares a los ya explicados.

La controversia ahora es si se podrá distribuir sin receta, o incluso a través de enfermería como en Francia (sin supervisión del médico), lo que facilitaría el acceso a ella de la población adolescente.

### **INSERCIÓN DE UN DIU**

Es efectivo en el 99% de los casos. Consiste en la inserción de un DIU con alto contenido en cobre no más de 5 días después del coito sin protección. Deben tenerse en cuenta las mismas contraindicaciones y precauciones que hemos visto al hablar del DIU.

### **PÍLDORA ABORTIVA RU-486 (Mifepristona)**

Esta píldora se aplica en las mujeres embarazadas de menos de 60 días de gestación. La mifepristona es una hormona sintética, análoga a la progesterona, y actúa como antagonista competitivo bloqueando su acción al impedir que se una a sus receptores, rompe el cuerpo lúteo e inhibe la actividad secretora del endometrio, desencadenando la erosión de la mucosa y desprendiéndose el embrión. Se le suele asociar prostaglandinas (misoprostol, gemeprost o sulprustone) que tiene efecto constrictor del músculo uterino. Por tanto, provoca la interrupción del embarazo y la expulsión del huevo.

La pauta es de 600 mg (se han realizado ensayos con 50-100 mg); la absorción completa de la Mifepristona tiene lugar en 90 minutos, por lo que si se produce el vómito, habría que volver a administrarlo.

- 1) La toma de la mifepristona se debe realizar en el centro sanitario y esperar allí 5 horas para poder observar las posibles complicaciones.
- 2) A los 3 días volverá para que le administren Prostaglandinas que le ayuden a expulsar el feto muerto.
- 3) 5 días después volverá a una revisión ginecológica (con ecografía).  
Tiene una eficacia del 85%.

#### ***Ventajas:***

- No es necesaria una intervención quirúrgica ni técnicas invasivas agresivas.
- No altera especialmente la vida de la paciente que puede realizar sus tareas cotidianas, previniendo las protecciones adecuadas al sangrado.
- No hay alteraciones posteriores en la capacidad reproductiva.

#### ***Inconvenientes:***

Nauseas, vómitos y retrasos menstruales.

#### ***Contraindicaciones:***

- En mujeres mayores de 35 años, embarazos superiores a 60 días.
- Fumadoras, diabéticas, asmáticas, insuficiencia adrenal.
- Embarazo ectópico.

- Enfermedades hepática, renal, cardiovascular, antecedentes tromboticos o bronquitis espástica.

## **INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) (ABORTO)**

Tampoco se consideraría un método anticonceptivo, sino contraceptivo, ya que la anticoncepción está inspirada por la idea de la promoción y prevención que reduzca al mínimo la frecuencia de IVE. La Orden de 30 de enero de 1991 regula la prestación de servicios de PF en la asistencia hospitalaria y dice que corresponde a los hospitales de distrito y de referencia prevenir y resolver los problemas de salud relacionados con el uso de métodos anticonceptivos, esterilización quirúrgica e IVE, de acuerdo con los supuestos legales. Estos son los que la conocida Ley del Aborto, (Ley orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del art. 417-bis del Código Penal y el Real Decreto 1409/1986) donde se observan sólo tres supuestos, y que el Tribunal Constitucional declaró conforme a La constitución en sentencia de 11-4-85 nº 53/85:

### **Aborto terapéutico:**

Si la vida del nascituro se protegiera incondicionalmente, se protegería más la vida del no nacido que la del nacido y se penalizaría a la mujer por defender su derecho a la vida.

### **Aborto ético:**

Gestación originada en un delito de violación. Obligaría a la mujer a soportar las consecuencias de un acto de tal naturaleza es manifiestamente inexigible. La dignidad de la mujer excluye que pueda considerársele como mero instrumento...ante un hecho de tanta trascendencia como el de dar vida a un nuevo ser, vida que afectará profundamente a la suya en todos los sentidos.

### **Aborto eugenésico:**

Situación excepcional agravada en muchos casos por la insuficiencia de prestaciones estatales y sociales que contribuyan de modo significativo a paliar la situación y a eliminar la inseguridad acerca de la suerte del afectado por la grave tara en el caso de que les sobreviva.

Ante una mujer que acude con sospecha de embarazo y desea interrumpirlo debemos:

- Realizar una anamnesis que incluirá: Historia menstrual, prueba de embarazo y semanas posibles de gestación.
- Entrevista exhaustiva para evaluar las demandas clínicas y psicológicas de la mujer, proporcionando información completa sobre la IVE, aclarando las dudas que les permita tomar la decisión sin presiones.
- Recomendar a la mujer los cuidados post-IVE y el acudir urgentemente en casos de hemorragia abundante o maloliente, algia pélvica muy acusada o fiebre.
- Efectuar la revisión post-aborto y estudiar con ella y/o su pareja la anticoncepción más adecuada.
- Evaluar psicológicamente a la mujer para descartar o evitar trastornos derivados de la IVE, ya que muy a menudo van a requerir atención psicológica especial, sobre todo si se retrasa la maternidad después de tal evento.

Las técnicas de IVE varían de acuerdo con el tiempo de gestación. Cuanto más temprano, menor riesgo y posibilidad de complicaciones. Cuando ésta se realiza antes de la 12 semana, los riesgos son escasos. Las técnicas más usadas son:

### **ASPIRACIÓN**

No precisa hospitalización y se realiza bajo anestesia local, con mínimos riesgos. Si se utiliza la anestesia general, si necesitará hospitalización.

### **LEGRADO**

Es una técnica de raspado que se realiza con legra y que puede complementar la aspiración para asegurar el vaciado del útero. Se suele realizar con anestesia general y requiere una hospitalización mínima.

### **INDUCCIÓN**

Mediante sustancias o medicamentos (generalmente prostaglandinas) que provocan la expulsión del contenido del útero. Se suele usar la epidural para evitar la anestesia general.

A los 15 días de la IVE se deberá realizar la revisión ginecológica y la atención psicológica.

En muchas ocasiones se llega al segundo trimestre porque durante el primer trimestre se ha buscado a los dos médicos, distinto del que practica, que legalice el acto, y la escasez de centros médicos que los realizan produce retrasos. En ocasiones, cuando la IVE se ha realizado en un centro privado y ha surgido complicaciones y se ha tenido que recurrir a un centro público, el médico de guardia, en un exceso de celo y ante la duda de que haya existido fraude, denuncia a la mujer, lo que le obliga a un juicio en que ha de demostrar su inocencia, con todo lo que de carga social tiene. Los planes de prevención que se tenían que llevar a cabo no funcionan y muy pocos centros públicos (realmente ninguno en la Comunitat Valenciana) realizan la IVE por la negativa de sus médicos y en más de un caso por la imposición de los jefes de servicio al resto del servicio, por lo que se ha convertido la misma en una actividad casi exclusivamente privada. Irremediablemente, la mujer puede acabar viéndose abocada a IVE's clandestinas.

No se puede incriminar a las parejas abortistas, ya que una gran variedad de mujeres que abortan no tienen poder de decisión sobre el acto y las que lo han hecho libremente o en condiciones en las que creían hace algo correcto; es un tema en que se mezcla moral y necesidad.

Por otra parte están los factores morales. Hasta mediados del siglo XIX, la iglesia católica aceptaba el aborto bajo la consideración de que el feto no tenía alma hasta el tercer o cuarto mes, y por lo tanto, todavía no era un ser vivo.

En la Comunitat Valenciana durante 2001 se practicaron 2.847, de los cuales, sólo 16 lo fueron en hospitales públicos, lo que supone casi el doble de 1994. En 2003, se practicaron 8.003.

## **MÉTODOS EN INVESTIGACIÓN**

### **MASCULINOS**

#### **HORMONALES**

##### **Progestina y andrógenos:**

Son inyecciones intramusculares cada 15 días de andrógenos y progestina que reducen la secreción de GnRH (hormona liberadora de gonadotropina), lo que reduce las hormonas foliculoestimulante y la lutropina o luteinizante, y reduce la espermatogénesis.

Los efectos adversos son: acné, irritabilidad, bajos niveles de HDL.

##### **Andrógenos y estrógenos:**

Son pequeñas dosis de estradiol y progesterona, que logran producir azoospermia.

##### **Análogos o antagonistas de la GnRH:**

Inhiben la hormona foliculoestimulante y luteizante, lo que reduce los niveles de GnRH, impide la maduración y bloquea la producción de testosterona, además de alterar el proceso de fusión entre el espermatozoide y el óvulo. La azoospermia tarda en producirse 3-4 meses y son fácilmente reversibles.

##### **Células Madre:**

Cuando las Stem Cells (células pluripotenciales indiferenciadas) comienzan a dividirse, el espermato gonio se desplaza hacia el centro de los túbulos seminíferos, concentrándose en el epidídimo hasta su maduración y eyaculación.

##### **BLOQUEANTES DE LOS CANALES DEL CALCIO:**

El nifedipino evita la adhesión de un receptor celular en la membrana plasmática que recubre la cabeza del espermatozoide cuando este se encuentra en el epidídimo, impide la liberación de enzimas de la cabeza del espermatozoide necesarias para fertilizar el óvulo.

### **FEMENINOS**

Se está investigando en píldoras con estrógeno que pretenden reducir las menstruaciones a 4 anuales, mediante la ingesta durante 12 semanas seguidas que acaba en una pequeña regla artificial que permite reiniciar el ciclo. El nombre con que se piensa comercializar será Seasonal®.

### **OTROS MÉTODOS**

#### **COITUS INTERRUPTUS, COITO INTERRUMPIDO O MARCHA ATRÁS**

Consiste en extraer el pene de la vagina justo antes de la eyaculación. Es un método poco fiable, porque durante la penetración suele haber pequeñas emisiones de líquido por la uretra, principalmente procedente de las glándulas de Cooper, que pueden contener espermatozoides de anteriores eyaculaciones y, aunque la escasa cantidad de espermatozoides y la dificultad para atravesar todos los obstáculos naturales del cuerpo femenino (acidez de la vagina, etc.) no imposibilitan la fecundación (recordar que cada gota de semen puede contener hasta 50.000 espermatozoides vivos).



Clásicamente siempre se ha indicado con el “avans de ploure, gotinya” (ante de llover, chispea). Aparece citado en La Biblia, en Génesis, 39, cuando cita que Onán “esparcía su semen por el suelo”.

Es un método que no debe ignorarse, puesto que, al no requerir preparación alguna, puede ser útil en relaciones imprevistas. Lo utilizan el 30'66% de parejas.

### **Efectos secundarios:**

Hay que recordar que durante el proceso de excitación se produce la congestión del área genital y perigenital que vuelve a su estado fisiológico después del orgasmo. Cuando este no se produce, los órganos afectados tardan horas en volver a su estado normal que se puede manifestar como dolores pélvicos que pueden irradiarse a la espalda, lo que vulgarmente se conoce como “recalentón” y que pueden padecer ambos.

### **LAVADOS VAGINALES**

Consistía en el lavado de la vagina mediante ducha o una pera de irrigación con agua, agua con sal o agua con vinagre. Absolutamente desaconsejada, puesto que es escasamente efectiva, ya que cuando se realizaba el lavado, los espermatozoides ya han progresado hacia el cuello del útero. Todavía lo utilizan el 2'42% de las parejas.

Además, las técnicas y líquidos que se utilizaban para los lavados (vinagres, jabones muy ácidos o muy básicos) afectan la flora bacteriana de la vagina, con el consiguiente riesgo de infección.

### **LACTANCIA PROLONGADA O MELA**

Después del parto, el periodo de lactancia puede venir acompañado también de amenorrea debido a los niveles altos de prolactina, que inhiben la ovulación, lo que en países muy pobres ha sido muy utilizado, prolongando la lactancia de forma muy exagerada. Es muy poco fiable, ya que el cuerpo vuelve a su normalidad, muchas veces sin que se haya puesto medios anticonceptivos y se puede producir un nuevo embarazo. Para aumentar la efectividad es importante no saltarse ninguna toma y que los periodos entre ellas no sean superiores a 6 horas.

Es el método preferido de las sociedades poco desarrolladas debido a que, después de parir no se reanuda la ovulación hasta que el porcentaje de su peso en grasa sea de alrededor de un 20-25%. Un embarazo normal supone unas 27.000 calorías, esto es, la energía que debe almacenar la mujer para adaptarse a las demandas del feto. Durante la lactancia el feto consume de la madre unas 1000 calorías/día, lo que impide que la grasa se acumule, grasa que necesita el estrógeno para formarse.

Su límite de efectividad desciende drásticamente después de los 6 meses.

Lo utilizan alrededor del 1'5% de las parejas.

### **Ventajas:**

- Favorece la relación madre-hijo.
- Favorece el retorno del útero a su tamaño normal.
- Protege sobre el cáncer de mama y cérvix.

**Inconvenientes:**

- Disciplina en la lactancia, no pudiendo saltarse las tomas nocturnas y debiendo ser realizadas siempre por la misma persona (la mujer-madre).
- Requiere aprendizaje
- No protege de ETS.

**Contraindicaciones:**

- Que el bebe sufra galactosemia.
- Que la madre padezca enfermedades infectocontagiosas (sarampión, varicela, etc.).
- Que la madre tome medicamentos incompatibles con la lactancia o que reduzcan la producción de leche.
- Que la madre consuma drogas.

**MEDIDOR HORMONAL:**

Son dispositivos que miden la concentración hormonal de la orina femenina e indican si es fértil o no. A mediados del año 2000 la prensa se hizo eco de unas bragas que hacían lo propio y en el 2001 un monitor portátil que, poniéndose en la muñeca durante 6 horas, evalúa los cambios iónicos que se producen a través de sus niveles en el sudor y que nos indican la caída de estrógenos los días previos a la ovulación y ayudan a determinar el momento de máxima fertilidad.

**OTRAS TÉCNICAS SIN PENETRACIÓN VAGINAL**

(Se verán en otro capítulo)

No son métodos anticonceptivos, sino técnicas amatorias, por lo que se verán en otro capítulo del libro.

**Peeting:**

En sí no es un método anticonceptivo. En él se realizan fricciones genitales sin llegar a la penetración. Las posibilidades orgásmicas que ofrecen pueden llegar a ser suficientes para muchas parejas.

Precaución:el semen depositado en la vulva pueden causar embarazo.

**Mansturbación mutua**

La cual se puede realizar con la mano o con cualquier otra parte del cuerpo.

**Cunnilingus/Felación**

Conocida como el 69, por la postura que adopta la pareja cuando esta es simultánea.

**Coito Anal**

## **EMBARAZO Y ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA**

Habitualmente, la salud de la mujer se encuentra en relación directa con su trabajo reproductor, siendo usuarias del sistema sanitario incluso cuando no están enfermas. Existe un claro peligro de medicalización en detrimento del aspecto educativo sanitario. El número de embarazos en menores de 20 años en España, en los últimos años, fue de 18.000 en 1998; de 11.000 en 1999.

De los 21.967 en 2001, unos 10.000 optaron por la IVE, un 20% de ellas mediante la píldora del día después; sin contar los que no llegan a término, lo que se refleja en una tasa de embarazos del 12 por mil (1995) frente a Guinea que es del 241 por mil. Esto nos debe poner en alerta en cuanto a la necesidad de una correcta educación sexual en los niños. El nivel de conocimiento de los adolescentes es escaso y la información que se obtenía hasta ahora en muchos casos surgía de conversaciones con sus amigos, igual de desinformados que ellos o mediante revistas, aunque la mayoría preferirían información por especialistas y/o la familia. La información subliminal que se recibe a través de la familia en muchas ocasiones es el silencio, las prohibiciones, etc. En la escuela se habla de anatomía y fisiología pero se dejan de lado los sentimientos.

La llegada de la información a la pubertad en muchas ocasiones es tardía, ya que no prepara al niño para los cambios físicos que le van a suceder. La educación sexual se debe hacer de modo progresivo y continuado como indica la LOGSE. En ocasiones la culpa no es sólo del colegio; en muchos centros son los propios AMPA's los que instan al colegio para que no haya información sexual y mucho menos cuando esa información incluye la anticoncepción.

La edad media de iniciación en la práctica sexual en España es de 17'6 años y 1 de cada 10 (1/10) no utiliza método anticonceptivo debido a la deficiente educación sexual y su desconocimiento de la existencia de los servicios de orientación sexual (=PF).

Sólo mediante la educación podremos formar de manera integral a los/las jóvenes para su vida personal y sexual, reduciendo el riesgo de embarazos no deseados, IVE y ETS mediante el uso correcto de métodos anticonceptivos adecuados o por el contrario, una paternidad más responsable.

## **ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA.CARACTERÍSTICAS**

El uso de anticonceptivos en la adolescencia y la juventud debe tener en cuenta:

- La efectividad del método elegido.
- Que el método prescrito no interfiera el normal desarrollo del individuo.
- Que sea adecuado para el grado de madurez, responsabilidad y disciplina del usuario o usuarios.
- Que los factores culturales en que se encuentra le permitan tener acceso a ellos sin problemas.
- Además, los adolescentes van a alternar etapas de mucha actividad sexual con otros largos periodos de abstinencia.

## **ANTICONCEPCIÓN ORAL**

Algunos estudios la han desaconsejado como método de elección en las jóvenes por que:

- Todavía no se establecido la regularidad de las reglas (1-2 años después de la menarquia) y el riesgo de amenorrea secundaria al suspender la píldora. Sin embargo, fué contestado por otros estudios que indican que no hay diferencia con otras edades.
- Al ser los estrógenos los responsables del cierre hipofisiario, se frenaría el crecimiento corporal de la mujer, pero algunos estudios demuestran que esta influencia es baja, debido a que el aumento de estatura se detiene dentro del año siguiente a la completa maduración de las mamas.

Por lo tanto, la píldora puede ser un buen método para la adolescente con buena salud y no fumadora (con poca incidencia de reacciones adversas).

## **DIU**

Varios estudios demuestran que tiene tasas menores de embarazo que los anti-conceptivos orales.

Existen DIU's de tamaños menores para úteros nuligrávidos. La mayor objeción viene por el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria con posibles secuelas de esterilidad.

- La gestación con DIU es mayor en usuarias de 19-20 años que en ningún otro grupo
- La expulsión espontánea es más frecuente en las menores de 20 años.
- El cese por metrorragia es similar a la de otros grupos.

## **PRESERVATIVO**

Quizá sea el método anticonceptivo más adecuado en adolescentes y jóvenes porque:

- Es fácil de conseguir y usar. barato y con pocos efectos secundarios.
- No requiere control médico, aunque es conveniente un cierto aprendizaje para su uso correcto.
- Su uso estará restringido para ser utilizado cuando los adolescentes consideren necesario y de manera casi inmediata.
- Permite al varón tomar conciencia del control de nacimientos.
- Es un buen protector contra las ETS.
- Algunos pueden producir cierta pérdida de sensibilidad en el varón, lo que le permitirá retrasar la necesidad eyaculatoria, por lo que la pareja mejorará la satisfacción sexual.

## **MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA (SINTOTÉRMICO)**

Muy desaconsejable debido a que las menstruaciones todavía son bastante irregulares y no suelen saber con exactitud cuando surgirá la oportunidad de contacto sexual.

## **EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

Por mucho que los padres se opongan o no quieran ver la realidad, algunos menores mantienen relaciones sexuales completas y la mitad de las adolescentes a los 16 años no utilizan ningún sistema de anticoncepción, lo cual las convierte en población de riesgo en cuanto a embarazos no deseados, ETS. El mensaje que la sociedad les

transmite es confuso ya que están bombardeados con mensajes de alta carga sexual, de forma que ven el sexo como obligatorio y los anticonceptivos como "ilegales".

Todo ello hace que las adolescentes embarazadas empiezan a distanciarse del sistema educativo por el estrés de ocuparse del bebe, la escasez y alto coste de los servicios, por lo que, no termina su educación y se le hace más difícil encontrar un buen trabajo, lo que aumenta el riesgo de quedarse sola, expulsadas de la familia y con una menor fuentes de ingresos, lo que aumenta sus problemas de salud y el riesgo de que sus hijas acaben siendo también madres jóvenes. La hija de un trabajador manual no cualificado tiene 10 veces más riesgo que las hijas de profesionales con carrera universitaria. La mayoría de las madres de 15 a 18 años viven con sus padres y sólo unas pocas (un 10%) se casan con los padres de sus hijos o mantienen algún contacto con ellas. Éstos suelen ser entre 3 y 5 años mayores que ellos.

Los meses de gestación son los más inestables emocionalmente, debido al miedo a hablar con sus padres del embarazo, ocultándolo todo el tiempo que pueden, lo que les genera estrés, y en una falta de atención médica o una atención inadecuada, que puede desembocar en anemias severas, hipertensión gravídica y partos prematuros. Esa falta de madurez biológica, además, puede provocar desproporciones pélvico-encefálicas, partos distócicos y cesáreas, con mayor morbi-mortalidad.

Suele haber un gran índice de niños de bajo peso y una falta de preparación para atender a los hijos, abandono de los estudios y situaciones calamitosas cuando han sido abandonados por sus parejas y familia. Esta situación de presión suele llevar a las adolescentes a estados de depresión que en ocasiones pueden acabar en suicidio.

Este tipo de madres establece, según Isabel Serrano, una fuerte relación de dependencia con sus hijos, sobre todo cuando proceden de familias desarraigadas, al convertirse el niño para ellas en un elemento de poder, en una manera de conseguir independencia respecto a las familias, buscando incorporarse a la vida social en condiciones de igualdad. Con el tiempo, acaban distanciándose de sus amistades, porque los objetivos no son los mismos que sus amigos, siendo el niño el centro de su vida; habiendo dejado los estudios, se le dificulta su incorporación al mercado de trabajo, aumentando su soledad.

Por otra parte, sería importante poder valorar hasta que punto una menor de edad no emancipada económicamente puede decidir sobre su salud, su sexualidad y su posibilidad de embarazo o no sin la representación legal de la persona que tenga la tutela, y si es así, desde qué edad y con qué condiciones de madurez. Para ello sería deseable que los centros de orientación sexual (=PF) tuviesen horarios de atención exclusiva para adolescentes, y garantizaran la confidencialidad. En realidad, existe una dejación de las responsabilidades por parte de la administración pública en salud reproductiva.

#### **TASAS DE MATERNIDAD ADOLESCENTE: (por 1.000)**

Estados Unidos: 55	Alemania: 8'5	Holanda: 4'3
Nueva Zelanda: 35	España: 7'7	
Gran Bretaña: 25	Italia: 6'9	

Estas tasas han ido descendiendo en los últimos 20 años en todos estos países, sin embargo, han crecido la proporción de interrupciones voluntarias de embarazo. La decisión de abortar o no depende de muchos factores que rodean a la joven, como:

- No ser el momento.
- Quieren continuar con su educación.
- Se ven emocionalmente inmaduras y/o no preparadas para esa responsabilidad.
- Sus padres serían incapaces de ayudarles con el niño.
- Temen el escándalo y las críticas.
- Dar el niño en adopción sería inaceptable.
- Evitar el problema familiar.
- Problemas financieros.
- Ruptura con la pareja.

El mayor problema es que estas jóvenes recurren en muchas ocasiones tarde a la IVE por falta de información, dinero y/o deficiencias en el diagnóstico temprano de embarazo. Suele haber un gran número de abortos clandestinos, con una mayor frecuencia de patologías, como perforaciones uterinas, hemorragias e infecciones.

Hoy en día la morbi-mortalidad por IVE es muy baja, mayor cuanto más avanzada es la gestación, o por complicaciones infecciosas, aunque es menor por embolias, hemorragias o complicaciones anestésicas. El principal problema lo encontramos en las repercusiones psicológicas, determinadas por las circunstancias en que se efectúa (legal o ilegal) y por el nivel de apoyo prestado por sus seres queridos. Pasado ese primer momento, el aborto puede obligar a la joven a cuidar mejor de sí misma y aceptar la anticoncepción más efectiva y realista.

No es suficiente con ofrecer los anticonceptivos, hay que trabajar en y con los adolescentes. Las revistas juveniles, además, fomentan la promiscuidad al ofrecer una visión distorsionada de la realidad con el consiguiente coste emocional de un embarazo no deseado o una ETS.

## **ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)**

Las ETS han influido en la población, y en los jóvenes en particular, al retrasar en el inicio de las relaciones. Antaño eran conocidas como venéreas, atribuyéndose las a la mujer y la diosa del amor, Venus. Eran vividas con culpabilidad y vergüenza al significar relaciones extramaritales o contrarias a la moral del grupo, por lo que no acudían al médico. Sólo el 40% de los casos de transmisión son consecuencia de la prostitución.

En Europa, sífilis y gonorrea estaban casi erradicadas, pero la llegada de prostitutas de la trata de mujeres de países con poco control sanitario como los países del este o África, han invertido esta tendencia, mediante una prostitución precoz, no controlada y de naturaleza económica, así como la prostitución para conseguir dinero para pagarse la droga. La legalización de la prostitución permitiría tener mayor control y desarrollar medidas higiénicas adecuadas. Como solución se propone la educación, la prevención y la precaución.

### **PREVENCIÓN**

#### **Colectivas**

- Buena información sexual a adolescentes y adultos
- En caso de infección, advertir a los compañeros sexuales y abstenerse de relaciones coitales y bucogenitales hasta la completa curación, con tratamiento precoz de los casos sospechosos y sus parejas.
- Prevención del contagio al niño en las mujeres embarazadas.

#### **Individuales**

- Uso de métodos de barrera, principalmente preservativo o diafragma.
- Micción lo antes posible después del acto sexual.
- Higiene corporal con agua y jabón -sobre todo genital- antes y después del acto sexual.
- Evitar el contacto genital, bucal o anal, ante la presencia de úlceras genitales.
- Exploraciones periódicas.
- Evitar el contacto sexual sin protección con personas desconocidas o promiscuas

Las ETS de inicio reciente se curan rápida, fácil y totalmente; tratadas con retraso o no tratadas pueden tener graves consecuencias (esterilidad en la gonorrea, demencias en la sífilis, etc.). En ningún caso se recomienda los autotratamientos locales, ya que podrán enmascarar e incluso agravar algunos síntomas.

## CLASIFICACIÓN

Bacterias: Sífilis	Protozoos: Tricomonas vaginalis
Gonococia	
Chancro blando	Artrópodos: Sarna
Granuloma inguinal	Ladilla
Clamidia Trachomatis	
Vaginosis	Virus: Herpes simple 1 y 2 (genital)
Uretritis	Papilomas acuminados (papilomavirus)
	Molluscum contagiosum
Hongos: Candidiasis	Hepatitis B
	HIV
	Citomegalovirus
	Virus de Marburg

Para asegurar el tratamiento será conveniente:

- Régimen sin alcohol, aperitivos, ni bebidas gasificadas o alcalinas, embutidos, especias ni café
- Evitación de ejercicios violentos
- Lavado cuidadoso de manos después de orinar
- Cambio de ropa interior diaria
- Supresión de todo tipo de relaciones sexuales de contacto

En política sanitaria se deben tomar medidas legislativas para la creación de los suficientes centros de ETS y orientación sexual (=planificación familiar), dotarlos de personal preparado y de servicios adecuados para un seguimiento adecuado del enfermo y los posibles casos que nos permita actuar con la máxima rapidez.

Los fracasos podrán deberse a falta de información, mala educación sanitaria o falta de interés por parte de la población. Puede suceder que se pase de la anticoncepción de barrera a la píldora, con lo que se aumenta el riesgo de contagio en caso de contacto. Mucha gente no acude a estos centros por miedo a que alguien de su entorno se entere. Puede haber resistencias sociales en los centros escolares debido a la negativa por parte de los padres y educadores a que se imparta educación sexual, haciendo que los niños desconozcan sus propios cuerpos.

Uno de los factores que pueden hacer fracasar las terapias suelen ser el bajo nivel socioeconómico, educativo e higiénico de la población, lo que disminuye su colaboración, así como la voluntad de no curarse; existen pacientes con disfunciones sexuales que no disfrutan de las relaciones y permiten las recidivas para evitar el contacto sexual con sus parejas, hasta el punto de llegar a cronificar algunas enfermedades (cándidas, etc.). La higiene y educación debe incluir a ambos.

Los fallos con la medicación suelen ser:

- Fallos en uso de los fármacos prescritos
- Uso de esquemas equivocados
- Uso de fármacos no prescritos
- Esquemas de tratamientos no utilizados.



## **BACTERIAS**

### **SÍFILIS**

Enfermedad causada por la bacteria *Treponema Pallidum* que se transmite mediante el contacto con personas que presenten lesiones infecciosas, sangre contaminada o por vía transplacentaria al feto. Las espiroquetas invaden rápidamente el torrente linfático por lo que suele realizarse estudio del LCR para excluir neurosífilis asintomática. La transmisión es casi siempre vía sexual. La infección accidental es muy rara; por transfusión es prácticamente imposible, ya que la bacteria no resiste las bajas temperaturas de los frigoríficos. Tiene un periodo de incubación de 3 a 90 días. La enfermedad puede tener la siguiente evolución:

- 1) Aparecen los chancros, a las 2 ó 4 semanas del contagio; estos son máculas rojas que se transforman en pápulas y se erosionan. Estas presentan bordes elevados e indurados, con tejido granular en el centro, pudiendo formarse una costra amarillento-grisácea, siendo indoloros salvo que se infecten. Puede aparecer linfadenopatía local indolora bilateral. Si no se trata, desaparece entre la 2ª y 8ª semana. La transmisión se realiza a través del chancre en este periodo.
- 2) Las lesiones son infecciosas y si no se tratan desaparecen entre la 2ª y 6ª semana, pudiendo volver a aparecer sintomatología mediante una erupción simétrica, bilateral, localizada o generalizada, de lesiones maculares, papulares, papuloescamosas, pustular o nodular, con linfadenopatías indoloras generalizadas, con placas mucosas blanco-grisáceas con bordes rojos en mucosas de boca, vagina, pene o recto, alopecia areata en cabeza, cara, párpados y/o pestañas. También pueden aparecer condilomas planos en forma de pápulas planas de aspecto verrugoso y color rosa-grisáceo en las zonas húmedas como región genital, perineal y pliegues cutáneos, manifestándose como fiebre, anorexia, náuseas, vómitos, pérdida de peso, cefalea, dolor de garganta, dolores musculares, articulares y/u óseos.

#### **Fase Latente:**

Al principio de esta fase, los signos y síntomas suelen remitir, pudiendo recidivar 2 años después de contraer la infección y durar toda la vida del paciente.

#### **Fase tardía:**

Puede acontecer que entre el tercer y décimo año de contraída la infección, algunos pacientes desarrollen lesiones cardiovasculares por cicatrización, destrucción y fibrosis de los vasos sanguíneos, pudiendo desencadenar un aneurisma o destrucción de las válvulas aórticas. Puede producirse también Enderteritis obliterante (=destrucción de vasos), así como lesiones del sistema nervioso en la médula espinal, meninges, cerebro que pueden manifestarse mediante cefaleas o trastornos mentales, lesiones óseas del tipo periostitis (=formación irregular de hueso), así como lesiones nodulares o ulcerosas, llamadas gomas en piel, mucosas, huesos, músculos, articulaciones y/u órganos.

En Europa, la incidencia es de 10 casos /100.000 hab./ año, lo que contrasta con los datos de Europa del Este (100/100.000), África, América del sur y Asia (entre 100 y 1000/100.000)

**Tratamiento:**

Penicilina G benzatina 2'4 mill UI (IM).

Penicilina acuosa G 4'8 mill.UI total: 600.000 UI (IM) durante 8 días.

Alérgicos: Clorhidrato de tetraciclina 500 mg c/6 h (VO) durante 15 días.

Eritromicina (estearato, etilsuccinato o base) 500 mg. c/6 h (VO) durante 15 días.

Cuando la sífilis lleva más de un año: penicilina G benzatina 7'2 mill UI total (2'4 mill (IM) cada semana, durante 3 semanas.

penicilina g procaina acuosa, 9 mill total - 600.000 UI (IM) diarias - 15 días.

Alérgicas: Clorhidrato de tetraciclina 500 mg. c/6h (VO) durante 30 días.

Eritormicna 500 mg c/6h durante 30 días.

Durante el embarazo no se deben utilizar tetraciclinas.

**GONORREA, GONOCOCIA O BLENORRAGIA**

Enfermedad causada por la bacteria *Neisseria Gonorrhoeae* que se transmite mediante el contacto sexual directo con personas infectadas o el recién nacido durante el parto. La bacteria tiene un periodo de incubación de 3 a 10 días, aunque en casos excepcionales puede llegar a los 30 días. Tiene importancia epidemiológica el alto número de sujetos asintomáticos. La manera de transmisión es sexual, excepto las formas del parto y extrañamente por fomites.

La enfermedad se manifiesta por leucorrea purulenta amarillo-verdosa, irritativa localmente que causa edema, eritema y sensibilidad en la vulva, con uretritis, cervicitis, disuria y poliaquiuria, causando fiebre, septicemia, dermatitis, artritis, endocarditis o meningitis, así como síntomas anales y faringoamigdalares. Puede diseminarse y provocar enfermedad inflamatoria pélvica aguda. Durante la menstruación desaparece la barrera mucosa del cérvix –que tiene propiedades mecánicas y antibacterianas– y puede diseminarse a través de la sangre menstrual hasta el útero y las trompas y formar una exudado que puede pasar de las trompas al peritoneo, provocando peritonitis, adherencias peritoneales, salpingitis y fimbrias congestivas y edematosas. El cuadro se puede complicar con la diseminación vía hematógena.

Al realizar la exploración, podemos encontrar dolor a la palpación con defensa muscular en los cuadrantes inferiores y dolor anexial.

El diagnóstico se realizara mediante un cultivo de cérvix, ano, uretra y/o faringe.

**En el Varón:**

Suele aparecer dolor, enrojecimiento o tumefacción del pene y los primeros signos y síntomas aparecen de manera más insidiosa. Si no es tratada puede diseminarse por el sistema reproductor y provocar la cicatrización de los vasos deferentes y, consecuentemente, esterilidad, así como adenitis inguinal.

**En la mujer:**

Aparece dolor cervical, labios mayores, tumefacción e inflamación de la vulva y las glándulas de Bartolino. Así mismo, también puede inflamarse la vagina (más común en las niñas). La enfermedad no tratada puede diseminarse por el sistema reproductor y alcanzar las estructuras abdominales, lo que puede provocar la cicatri-

zación de las trompas de Falopio, causando esterilidad o embarazos ectópicos. En el caso de parto en mujer con gonorrea, puede producirse gonorrea oftálmica en el niño que puede ser tratada mediante colirios con antibiótico. Si no es tratada, puede desarrollar enfermedades sistémicas y seguir siendo transmisible meses o incluso años, especialmente en mujeres asintomáticas.

Los analgésicos suaves y el calor deberán ser suficientes hasta que el edema y las adherencias hayan disminuido.

### **Tratamiento:**

Penicilina G procaina acuosa 4'8 mill. UI vía IM con 1 g. de probenecid VO, aunque una gran proporción de gonorreas son resistentes a las penicilinas, por lo que se recurrirá a otros antibióticos:

- Clorhidrato de tetraciclina 0'5 g (VO) c/6 h -durante 5 días. (No utilizable en gestantes).
- Ampicilina 3'5 g. con 1 g. probenecid (VO)
- Amoxicilina 3 g. con 1 g. de probenecid (VO)

A los alérgicos a la penicilina:

Tetraciclina 0'5 g. (VO) - c/6h que deben tomarse 2 horas post-pandrial, ya que se desactivan con los lácteos.

Espectinomicina 2 g. (IM) A las mujeres que no toleren las tetraciclinas.

En pacientes hospitalizadas podrá recurrirse a penicilina G acuosa, 20 mill. UI (IM) una vez al día hasta que se produzca mejoría, seguida de ampicilina 0'5 g c/6h, durante 10 días.

### **CHANCRO BLANDO O CHANCROIDE**

Causada por el *Haemophilus ducrey* con un periodo de incubación de 2 ó 3 días y su transmisibilidad durará mientras se logra la cicatrización. Se manifiesta por una ulceración dolorosa blanda en espejo y adenopatías. El varón es reservorio y fuente, donde se produce la principal localización de las lesiones. Hay que hacer un diagnóstico diferencial con sífilis.

### **Tratamiento:**

Sulfisoxazol 800 mg.

Trimetopim 160 mg. VO cada 12 h.

Tetraciclinas

Eritromicina 500 mg. Cada 6 horas durante 10 días.

Acabado el tratamiento, debe haber una vigilancia durante 3 meses.

### **GRÁNULA VENEREO O INGUINAL O GRANULOMA ULCEROSO GENITAL**

Causada por bacilo gram - *Calimnobacterius* o *Donovania Granulomatosis*, frecuente en regiones tropicales, pero raro en climas templados, con un periodo de incubación de 8 a 80 días y se manifiesta por una pápula rosa en los genitales, indolora a veces cubierta por una membrana grisácea y ulceraciones que evoluciona a granuloma crónico. Se identifica mediante tinción con Wright o Giemsa.

Para muchos autores, sería una autoinfección a partir de la flora intestinal y en condiciones de higiene deficiente podría producir autoinoculación del material fecal. Se puede diseminar a ano y recto. Los nódulos linfáticos están moderadamente aumentados de tamaño y no son dolorosos ni supuran. Puede causar cicatrices, despigmentación y fibrosis linfática con edema genital. La malignización no es corriente.

No debe confundirse con sífilis, chancro ni linfogranuloma

**Tratamiento:** (durante 3 semanas)

Ampicilina, Eritromicina, cloranfenicol, sulfametoxazol, Trimetopim

Estreptomicina 1 g. IM cad 12 horas durante 21 días.

Tetraciclina 500 mg. Cada 6 horas durante 10-14 días.

### **URETRITIS NO GONOCÓCICA POR CLAMIDIA**

Enfermedad que puede ser causada por varios microorganismos, aunque la causa más común suele ser la bacteria modificada del Chlamydia Trachomatis o Ureaplasma urealyticum que se asocia a la gonorrea. Se transmite por contacto sexual con personas infectadas y puede pasar al recién nacido durante el parto como conjuntivitis o neumonía clamidiásica.

Su periodo de incubación suele ser de 1 a 3 semanas, aunque puede prolongarse hasta 7 meses, con síntomas muy parecidos a los de la gonorrea, aunque muchos pacientes, especialmente las mujeres, pueden pasar asintomáticos:

Varón: Disuria, prurito, uretritis con flujo y meato inflamado.

Mujer: Uretritis, cistitis, cervicitis, posiblemente con edemas y erosiones y flujo vaginal mucopurulento poco espeso y en pequeñas cantidades.

### **Dignóstico:**

Es difícil. Se realiza cultivo tanto de uretra como de cérvix, así como de aquellos lugares que pensemos pueden estar contaminados. El diagnóstico serológico se realiza mediante microinmunofluorescencia y test de papanicolau.

### **Tratamiento:**

- Tetraciclina o eritromicina 0'5 g c/6h durante 7-10 días
- Preparaciones con sulfamidas y sulfatrimetroxazol, cloranfenicol y clindamicina.
- La penicilina es menos efectiva que estos fármacos.

### **LINFOGRANULOMA VENEREO (LGV)**

Causado por la Chlamydia Trachomatis, con un periodo de incubación de 2 a 5 días y transmisibilidad de 7 a 12 días. Se manifiesta mediante inflamación, úlcera transitoria primaria no dolorosa en región genital y ano-rectal. A las 2-3 semanas se aparecen múltiples gánglios linfáticos grandes y confluentes del área genital que pueden supurar y causar una obstrucción linfática extensa con fistulaciones, úlceras anales, uretrales o genitales que pueden causar estenosis rectal.

Puede causar secuelas como elefantiasis y edema de miembros inferiores y genitales externos.

El diagnóstico se realiza mediante cultivo de Clamydia y métodos serológicos indirectos.

**Tratamiento:**

Tetraciclinas 500 mg. VO cada 6 horas durante 10-14 días  
Eritromicinas                      Sulfamidas                      Cloranfenicol                      Rifanpicina

**MICOPLASMAS GENTALES**

Dos micoplasmas: Mycoplasma hominis y Ureaplasma urealyticum. Son ubicuos y no muy virulentos. Es el germen patógeno de salpingitis y fiebre puerperal. La presencia de este organismo en la madre también se ha asociado con bajo peso al nacer y han sido obtenidos en los tejidos fetales en abortos espontáneos.

**Tratamiento:**

Tetraciclinas 500 mg. Cada 6 horas  
Doxiciclina 100 mg./día VO durante 7 días.  
Aminoglucósidos  
Cloranfenicol  
Eritromicina - inhibe el Ureaplasma Urealyticum, pero no el M.hominis.

**BACTERIAS ANAEROBIAS**

Son parte de la flora normal cérvico-vaginal. Dos son los mecanismos que causan la infección:

- El trauma tisular (disminuye la oxigenación).
- La selección antibiótica que inhibe las bacterias aerobias.

La infección se asocia a olor fétido, formación de absesos, tromboembolismo, necrosis tisular, cultivos estériles de zonas infectadas.

Las bacterias más frecuentes son:

- Cocos anaerobios gram + (peptococo y peptoestreptococo)
- Bacilos gram - (Algunas bacteroides B.frágilis, b.melaninogenicus, B. Bivius)
- Fusobacterias
- Bacilos anaerobios gram+ (clostridium y enterobacterias)

**Tratamiento:**

Clindamicina, cloranfenicol, metronidazol y cefoxitina.

**HONGOS**

Las infecciones por hongos son importantes. Se acompañan de prurito, sensación de quemazón y pueden contaminar al recién nacido.

Las micosis puerperales o muguet actualmente no son un problema y pueden vivir sapróticamente en la vagina durante meses. La contaminación infantil puede reducirse mediante un tratamiento realizado a tiempo, al menos dos semanas antes del parto.

Los glucocorticoides aumentan la infección debido a la variedad de agentes y previene la liberación de enzimas catabólicas que predisponen a la candidiasis sistémica. El uso de mallas o pantalones ajustados limitan la circulación de aire alrededor de la vulva, favoreciendo el ambiente cálido y húmedo, que favorece su proliferación.

## CANDIDIASIS (HONGOS VAGINALES)

La candida Albicans (80%) , C.tropicalis , Torulopsis Glabrata, es un hongo que se encuentra viviendo saprofitamente en el organismo, principalmente en boca, tracto digestivo, piel y vagina, sin causar enfermedad hasta que, por cambios en la resistencia del huésped (inmunosupresión), permite proliferar los gérmenes y provocan una infección oportunista, superficial o mucositis. Aparentemente los mecanismos de defensa de la mujer lo hace a partir de la inmunoglobulina Ig A y los lactobacilos vaginales. La capacidad de los hongos para adherirse a las células objetivo y germinar son factores importantes de virulencia, pero el mecanismo por el cual produce la enfermedad es desconocido.

La simple presencia de candida no identifica la infección. Se incuba de 2 a 5 días. Aproximadamente el 75% de las mujeres adultas sufren en algún momento vaginitis por candidas; éstas pueden ser:

- Episodios ocasionales de intensidad variable que responden a la terapia antimicótica.
- Mujeres con candidiasis recurrente y a menudo crónica.

Se puede transmitir con las secreciones de la boca, piel, vagina y heces de paciente o portadores, de madre a hijo en el parto y por diseminación endógena. La diseminación hematogena puede causar lesiones en otros órganos como riñón, bazo, hígado, pulmón, ojos, meninges, etc. En las manos se suele producir cuando éstas están expuestas al agua excesivamente o en los intertrigos en sujetos obesos.

Las mujeres tratadas con antibióticos de amplio espectro (especialmente tetraciclinas) pueden desarrollar vaginitis moniliasica como efecto secundario sobre la flora bacteriana y del tubo digestivo normal. El uso de glucocorticoides suprarrenales aumenta las infecciones ya que pueden predisponer a la destrucción celular del huésped al estabilizar la membrana lisosomal, lo que elimina la liberación de enzimas catabólicas que asimilan los microorganismos fagocitados. Se discute sobre si algunos anticonceptivos orales pueden también desarrollarlo, pero no hay que dejar de usarlo salvo que se produzcan infecciones de repetición.

Mujeres con diabetes mellitus mal controlada, glucosuria y concentraciones elevadas en la secreción vaginal también tienen aumentado el riesgo. De hecho, la presencia de Candidiasis recurrente suele orientar al médico a realizar pruebas de glucosa.

En el embarazo, la diabetes y algunos tratamientos hormonales, se produce un aumento de la acidez de la vagina, lo que también puede desencadenar candidiasis.

Una ventilación escasa, aumento del calor y la humedad en el periné fomenta la proliferación micótica, por lo que no se recomienda el uso prolongado de prendas aislantes y ajustadas, en especial ropa interior de nylon y pantys. El cloro de las piscinas y el bañador húmedo también favorece la aparición de candidas, así como los sprays desodorantes, el papel higiénico perfumado y las irrigaciones vaginales. Existe controversia en cuanto al uso de los tampones. Los ligeros traumas locales por fricción durante el acto sexual o por otros motivos podrían crear unas condiciones adecuadas para la proliferación del hongo.

El pene puede ser colonizado pasivamente durante el contacto sexual y las pequeñas cantidades cultivadas suelen ser incapaces de infectar la vagina. Ésta puede desarrollar irritación en el pene pocas horas después del contacto.

### **Síntomas:**

Vaginitis, leucorrea, uretritis, balanitis, prurito, aftas, eritema intertrigo, onicomicosis, paroniquia. Puede causar edema local y dejar manchas en ropa y sábanas que no desaparecen.

Como medidas preventivas:

Higiene perineal femenina que evite el contacto de la vagina con las heces mediante:

- Limpieza de delante hacia atrás.
- Evitar pasar del coito anal al vaginal sin limpieza del pene u objeto penetrativo (lengua, dedo, consolador, bolas chinas, etc.).

Evitar el uso de prendas que reduzcan la ventilación adecuada del área genital o que retengan demasiada humedad y durante demasiado tiempo, con cambios periódicos de los elementos de higiene femenina (tampón, compresa, etc.).

Identificación y tratamiento del muguet durante el embarazo para prevenir contagio al niño.

Cuidados de enfermería y medidas de alivio:

- Baños de asiento con vinagre (ya que se le supone propiedades desinfectantes y antibacterianas que alivian el prurito vaginal y urinario).
- Baños de asiento con Bicarbonato (alivia el prurito vaginal).
- Aplicación de yogur (especialmente los que contienen *Lactobacillus acidophilus*) vía tópica. (Alivia y ayudan a restituir la flora vaginal).

### **Tratamiento:**

- Clotrimazol 500 mg - píldora intravaginal en dosis única.
- Clotrimazol 500 mg con ácido láctico durante 6 días.
- Imidazon, miconazol o clotrimazol - Vía vaginal una vez por noche durante 7 días o 2 veces al día en 7 dosis. Son más activos y hay que usarlos con precaución en el embarazo, aunque no son absorbidas.
- Nistatina en supositorios o crema 2 veces al día durante 10-14 días y tratamiento oral.
- Violeta de genciana solución acuosa al 1% - En infecciones recidivantes o resistentes.
- Anfotericina B (IV) en pacientes con diseminación visceral.
- 5-fluorocitosina (VO).

## **COCCIDIOIDOMICOSIS**

El *Coccidioides immitis* es un hongo endémico en América del norte y central y ocurren por inhalación de artroconidias. El contagio genital es poco común, pero puede suceder en mujeres con linfoma de Hodgkin en estadio IV y tratada con poliquimioterapia, afectando pleura, peritoneo y genitales.

## **PROTOZOOS**

### **TRICOMONIASIS**

Causada por el protozoo anaerobio *Trichomona Vaginalis* con un periodo de incu-

bación de 4 a 20 días y su transmisibilidad mientras dura la infección. Puede encontrarse en vagina, uretra, vejiga y glándulas de Skene. El cérvix es el reservorio más importante en la mujer y en el hombre la próstata y la uretra. Suele convivir con candidiasis. Puede causar tumores y mutaciones bacterianas.

Se manifiesta por leucorrea mucopurulenta vaginal o uretral intensa maloliente con pH 4,5, disuria y poliaquiuria. Se produce edema vulvar, hemorragias subepiteliales de cérvix.

**Tratamiento:** (Local y sistémico, en pareja)

Metronidazol 2 g. en dosis única o 500 mg. 3 veces al día durante 7 días

Iodina – Se desaconseja su uso porque puede afectar el tiroides del feto.

## **ARTRÓPODOS**

### **SARNA O ESCABIOSIS**

Causada por el Sarcoptes Scabell y se manifiesta por prurito de predominio nocturno con lesiones por el rascado, pápulas en nalgas, pliegues cutáneos y mamas.

**Tratamiento:**

Lindane (hexacloruro de gammabenceno) al 1%.

Benzoato de bencilo al 25% en crema.

## **LADILLAS**

Causado por el Phthirus pubis o Pediculus pubis. Producen prurito intenso y tienen la apariencia de pecas.

**Tratamiento tópico:**

Lindane al 1% cada 24 horas durante 2 días.

Permetrina al 1%

Malation al 0,5%

## **VIRUS**

### **HERPES GENITAL**

El virus herpes simple (HSV) causada por el Herpesvirus hominis tipo 1 y 2, siendo la más habitual la tipo 2, que se transmite por contacto sexual con personas infectadas y que el recién nacido puede contraer durante el parto, por lo que sería conveniente el parto por cesarea. La infección tiene lugar de 3 a 7 días después del contagio y su transmisibilidad es de 2 a 3 semanas. El contacto genital con una persona con lesiones bucales o genitales de este tipo, puede acarrear contaminación. Las lesiones asintomáticas pueden transmitir también la enfermedad. Una citología negativa no excluye una infección HSV. La frecuencia de la infección herpética adquiere una creciente importancia en el embarazo. Se ha asociado con el cáncer colorectal, pero no son suficientes para establecer un efecto directo. Se diagnostica mediante test de papanicolau así como de exploraciones colposcópicas:

Sus síntomas son:

- Fiebre, malestar, cefalea (meningitis aséptica), linfadenopatía inguinal, edema,



retención urinaria (mielitis) con lesiones, hormigueo y prurito en el punto de infección (antes de aparecer las lesiones), leucorrea, disuria.

- Lesiones en ingle, recto o abdomen en forma de pequeñas vesículas dolorosas que revientan y ocasionan lesiones ulcerosas de color rojizo que si están muy próximas pueden causar úlceras en forma de costras y que pueden llegar a tardar en cicatrizar hasta 3 semanas y cuyas recidivas pueden tardar en curar 1 ó 2 semanas. Al igual que el herpes labial, con quien está emparentado, el virus se acantona en el tejido nervioso.

#### **Tratamiento:**

Terapéutica sistémica antiviral: Aciclovir (Crema)

Aciclovir 200 mg. VO cada 4 horas durante 5 días.

Aciclovir 5 mg./kg. IV cada 8 horas

Los corticoides y las pomadas antibacterianas y antifúngicas benefician y retrasan la cicatrización y la curación.

Puede aliviar los síntomas baños de asiento, 10 minutos, 4 veces al día, secando luego con luz o con secador de pelo.

### **CONDILOMA ACUMINADO O VERRUGAS GENITALES**

Crece en las áreas genitales húmedas, frecuentemente labios y horquilla vulvar y tienen un periodo de incubación de 3 semanas a 8 meses y deben ser controlados anualmente. Son frecuentes las verrugas vaginales y cervicales, por lo que será necesario colposcopia y biopsia para descartar una neoplasia cervical. Los condilomas están asociados a displasias y cáncer.

#### **Tratamiento:**

- En el varón se recomienda la circuncisión para la aplicación de los tratamientos locales.
- Imiquimod al 5% (crema).
- Podofilino al 25% en tintura de bencina con el que deberá lavarse cada 4 horas con 0'25 ml. para evitar quemaduras. (No se puede usar en el embarazo por ser teratógena).
- Nitrógeno líquido o crioterapia.
- Tiotepa tópica.
- 5-fluoracilo durante 2-3 días.

### **PAPILOMAS**

Existen más de 60 tipos de virus del papiloma humano (VPH), de los que 20 se pueden transmitir por contacto sexual y puede degenerar en neoplasia

**Tratamiento:** Cirugía.

### **HEPATITIS**

Es una infección viral que inflama el hígado, con lo que se bloquea el paso de la bilis para descomponer la grasa. Tiene un periodo de incubación que puede ir de 45 a 160 días y su transmisibilidad puede ser anterior incluso a la aparición de los pri-

meros síntomas, incluso de años cuando se encuentra en portador crónico. La promiscuidad incrementa el riesgo. La eliminación fecal del virus es importante.

Esta enfermedad se puede transmitir por vía fetal, produciéndose incluso infecciones crónicas del tipo B (VHB) y/o C (VHC), que tienen alto riesgo de desarrollar cirrosis y/o cáncer.

### **Síntomas:**

Anorexia, malestar abdominal, náuseas, vómitos, ictericia, fiebre, artralgias, erupción cutánea, hepatitis crónica y en ocasiones necrosis hepática.

### **VII - SIDA**

El virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), pertenece en realidad a la familia de los retrovirus y está constituido por un ácido ribonucleico (ARN) que al copiarse en el ADN bicatenario se integra en el núcleo de la célula y es el responsable de un descenso importante de las defensas del organismo del sujeto infectado; en la actualidad, con los tratamientos de triple carga empieza a considerarse como enfermedad crónica. El virus se encuentra en las personas infectadas en sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna.

### **MOLLUSCUM CONTAGIOSUM**

Causada por el Poxvirus y sus manifestaciones son pápulas blanquecinas con umbilicación central en los genitales.

### **OTROS**

#### **TUBERCULOSIS GENITAL**

Causada por el Mycobacterium tuberculosis. Un 10% de los pacientes con TBC pulmonar desarrollan también TBC genital. La extensión directa se produce en todas direcciones: peritoneo pélvico, endometrio, cérvix y ovario.

Se producen dos fases: Exudativa y de adherencias. La oclusión tubárica y de las fimbrias no ocurre precozmente. A ello ayuda la descamación menstrual; después de la regla, el endometrio es infectado nuevamente por diseminación desde las trompas. Existen 3 formas clínicas:

- TBC genital latente - Suele hallarse en los tratamientos de infertilidad o casual durante una laparoscopia
- Salpingitis tuberculosa - No responde a la terapéutica antibiótica usada para otras formas de salpingitis
- Peritonitis tuberculosa - La infección produce ascitis, adherencias e innumerables nódulos pequeños en todo el abdomen, diseminación hematogena o linfática.

La enfermedad se manifiesta por dolor pélvico, amenorrea, oligomenorrea y posiblemente esterilidad. Puede reactivarse después de la menopausia. Para el diagnóstico se realizará Rx torax, test de la tuberculina, biopsia de endometrio, cultivo de sangre menstrual y/o legrado. Aún cuando los resultados sean negativos, no se podrá descartar la enfermedad.

La histerosalpingografía puede revelar lesiones tubáricas características

#### **Tratamiento:**

Isonazidas 300 mg. día  
Etambutol 1.200 mg diario

Durante 18-24  
meses.

## DISFUNCIONES SEXUALES

Para la ONU, la salud sexual es un derecho básico del individuo. Decía Kaplan que “para un correcto funcionamiento sexual no sólo es preciso encontrarse libre de intensos efectos negativos, sino también de un exceso de control cognoscitivo... exige un estado emocional sosegado y el abandono a la experiencia erótica”.

Disfunción es el funcionamiento anormal de cualquier órgano o parte, física o psicológica del ser humano, aunque el DSM-IV –centrándose en las enfermedades mentales– lo define como la alteración del deseo por cambios psicofisiológicos que caracterizan el ciclo completo de la respuesta sexual y por el malestar y problemas interpersonales.

Para Oraá Baroja la disfunción sexual es la dificultad para completar el Ciclo de Respuesta Sexual (CRS), entendiéndolo como tal la secuencia ordenada de cambios que se producen en nuestro organismo cuando estamos ante un estímulo sexual.

El enfoque “psiquiátrico”, ve la Disfunción Sexual como un síntoma de enfermedad psicológica mayor. Para poder hacer una clasificación adecuada del problema tendemos que delimitar si existen:

- Alteraciones orgánicas o enfermedades físicas.
- Si está tomando medicamentos que puedan influir.
- La existencia de algún trastorno o enfermedad mental.
- Los factores educacionales de la sociedad en que crece y vive.
- Las experiencias anteriores.

La causa de las disfunciones sexuales es un continuum, que puede generar ansiedad y culpa cuando hay una discrepancia entre la experiencia real y las expectativas irreales, pudiendo producir desajustes y disfunciones:

- a) La ansiedad y la culpa: se puede ayudar con educación sexual y asesoría.
- b) Temor al fracaso: crear un ambiente sexual seguro, abierto y cómodo.
- c) Inseguridad por conflictos profundos: La autoestima es frágil y la culpa muy tenaz.
- d) Problemas vinculados a psicopatología profunda, (necesita una intervención extensa).

Se debe solucionar los conflictos en pareja.

Para Rodríguez Luna et al., las causas psicológicas de las disfunciones sexuales tienen unos factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento:

**Factores predisponentes:**

- Educación restringida
- Malas relaciones familiares
- Información sexual inadecuada
- Primeras experiencias sexuales traumáticas
- Inseguridad temprana en el papel sexual

**Factores precipitantes:**

- Nacimiento de un hijo
- Alteración general en la relación
- Infidelidad
- Expectativas no razonables
- Disfunción en el compañero
- Fracaso fortuito previo
- Reacción a factores orgánicos
- Edad
- Depresión y ansiedad
- Experiencia sexual traumática

**Factores de Mantenimiento:**

- Ansiedad por el rendimiento
- Anticipación del fracaso
- Culpabilidad
- Pérdida de la atracción en la pareja
- Pobre comunicación en la pareja
- Desavenencias en la relación general
- Miedo a la intimidad
- Alteración de la propia imagen
- Información sexual inadecuada
- Juego erótico restringido
- Trastorno psiquiátrico

A la hora de realizar un diagnóstico se verá como influyen estos puntos sobre las fases sexuales:

Deseo	Excitación	Orgasmo	Resolución
-------	------------	---------	------------

Las inhibiciones pueden afectar a una o más de estas fases aunque la inhibición de la fase de resolución pocas veces da problemas para el sujeto. Para hablar de disfunción debe existir una alteración tanto en la sensación subjetiva del deseo y del placer como en el rendimiento objetivo. Muchas de estas alteraciones pueden ser:

- 1 - a) Psicógenas o  
b) Psicógenas con origen biológico, (llamada combinada) que puede ser:
  - Los factores psicológicos son el papel de inicio
  - El inicio es causa médica, pero no suficiente para ser causa
- 2 - a) Genéticas (larvadas toda la vida hasta la iniciación en la vida sexual activa) o  
b) Adquiridas, secundarias a algún problema vivencial de la persona

- 3 - a) Generalizadas: Sucede en todas las situaciones o  
b) Situacionales: sucede sólo con algunas parejas, situaciones o estímulos.

Es importante asegurarse de que la estimulación sexual es adecuada en tipo, intensidad o duración, sobre todo cuando vayamos a estudiar disfunciones relacionadas con la excitación o el orgasmo.

A lo largo de la historia se considera que las mujeres tenían problemas para alcanzar el orgasmo, mito del que Shere Hite (1976) se ha encargado de explicar su falsedad; el problema está en la definición de sexo que tradicionalmente ha funcionado. En aquel informe se decía que el 72% de las mujeres no tenían orgasmo por vía vaginal pero sí lo conseguían el 93% por la estimulación del clítoris. Para Hite, todavía hay intereses en seguir manteniendo esta creencia.

No todas las disfunciones sexuales las causa el miedo: algunas veces pueden ser causadas por afecciones hepáticas, alteraciones físicas y/o mentales, narcóticos, alcohol, tranquilizantes, sedantes, etc. El único estimulante que conocemos para mejorar la vida amorosa es el amor. En la mayoría de casos, la causa de las disfunciones sexuales será la ansiedad, el temor al placer, al éxito sexual o una relación deficiente entre los miembros de la pareja y lo evitan; Uno de los principales problemas suele ser el miedo al fracaso y una sensación de espectador con extrema sensibilidad a la reacción de la pareja. Pueden aparecer síntomas asociados con depresión, ansiedad, culpa, vergüenza, frustración o síntomas somáticos. Las disfunciones sexuales no suelen estar asociadas a incapacidades profesionales, pero pueden llegar a alterar las relaciones con la pareja sexual. Se debe tener en cuenta la religión, cultura y entorno social, ya que pueden influir.

No existen pruebas empíricas de la relación entre rasgos de personalidad y la presencia de una o más disfunciones. Existen algunos factores que predisponen a la aparición de disfunción adquirida:

- La ansiedad.
- Los estándares subjetivos excesivamente altos sobre el rendimiento sexual.
- Una sensibilidad excesiva respecto al rechazo real o imaginado por la pareja.
- Actitudes negativas hacia la sexualidad, debida a experiencias particulares, conflictos internos o la adherencia a valores culturales rígidos.

Las parejas deben aprender juntas, compartiendo éxitos, inseguridades y fracasos, de manera que sean nexos de unión y no de rechazo, burla o arma arrojadiza. Las primeras veces, la mujer suele valorar con especial interés el juego de caricias, besos o estimulación del clítoris que no la penetración –que las suelen definir como decepcionantes– pese a que quieren que su pareja se sienta “el amante perfecto”, “el príncipe azul”, por lo que los sentimientos de angustia y miedo les impide disfrutar de estas primeras veces. Si no se está seguro/a de querer llegar a las relaciones penetrativas, no se hace y punto. Nadie debe obligar ni sentirse obligado a practicar ningún tipo de relación sexual si no nos hace sentirnos con confianza e intimidad.

En la anamnesis se investigará si existe una base orgánica, si puede estar influyendo algún tipo de sustancias o si puede ser debida a una combinación de factores. Cuando aparece un trastorno, se observará si pudiesen existir más trastornos y se diagnosticarán todos, así como si existen trastornos de la personalidad o de la

capacidad relacional del sujeto. Las alteraciones eventuales no se consideran trastornos sexuales.

## **DISFUNCIONES**

### **Del deseo:**

- Deseo sexual hipoactivo
- Por causa orgánica.
- Por causa psicológica.
- Aversión al sexo.
- Alteraciones del deseo por causa de drogas.

### **De la excitación:**

- Trastornos de la erección (Varón):
- Por causas orgánicas.
- Por causas psicológicas.
- Trastornos de la lubricación (Mujer)
- Por causas orgánicas.
- Por causas psicológicas.
- Alteraciones en la excitación por causa de drogas.

### **Del orgasmo:**

- Trastorno orgásmico.
- Eyaculación precoz (varón).
- Alteraciones del orgasmo por causa de drogas.

### **Por dolor:**

- Dispareunia
- Por causa orgánica.
- Por causa psicológica.
- Vaginismo (mujer).

## **TRASTORNOS DEL DESEO**

El deseo varía de intensidad a lo largo de la vida. Un exceso de deseo puede ir asociado a trastornos emocionales de algún tipo, pero no necesariamente. Hay personas que pueden llegar a masturbarse de manera compulsiva, como liberador de tensiones más que como respuesta a unos impulsos hiperactivos.

Se suele vivir como problemático que el sujeto tenga un deseo menos activo o incluso nunca ha tenido necesidades sexuales y casos en que pueden sentir deseo cuando están solos, pero cuando llega el momento de desarrollar estos deseos, la timidez y la ansiedad lo inhiben.

## **DESEO SEXUAL INHIBIDO O HIPOACTIVO (DSM-IV - 302.71) (CIE-10 - F52.0)**

Es la deficiencia o ausencia de fantasías sexuales y de deseo de actividad sexual, de forma persistente o recurrente, para ello vamos a tener en cuenta la edad, el sexo, el contexto en que ha vivido o vive el individuo. Puede ser global y abarcar todas las formas de expresión sexual o una actividad concreta.

A nivel psicológico influyen factores como la depresión mayor, y a nivel orgánico alteraciones hormonales como la deficiencia de testosterona y/o prolactina, así como alteraciones metabólicas o neurológicas, aunque entonces no se cataloga como trastorno del deseo. Es un proceso psicosomático basado en la actividad cerebral, un medio hormonal escasamente definido y un argumento cognitivo con intereses y motivaciones sexuales.

El paciente no toma nunca la iniciativa de la relación y sólo la lleva cabo a regañadientes cuando es la pareja la que lo decide; además, se queja de falta de interés por el sexo, incluso en situaciones excitantes, lo que conlleva escasa actividad sexual, que a menudo viene relacionado a conflictos de pareja. Cuando la causa es el aburrimiento, la frecuencia de relaciones de la pareja disminuye, pero el deseo se conserva.

### **Adquirida:**

Aburrimiento o infidelidad en una relación de hace mucho tiempo, depresión, deficiencias hormonales, consumo de drogas legales e ilegales y medicamentos.

### **Generalizada:**

Se asocia a acontecimientos traumáticos, supresión de fantasías sexuales, familia disfuncional, o niveles bajos de andrógenos (varón < 300 nanog/dl y mujer < 10 nanog/dl), pero por sí sola no es suficiente.

En ocasiones la “disminución” del deseo de uno de sus miembros, puede reflejar un “aumento” del otro miembro, siendo que ambos puedan estar dentro de los márgenes normales, pero en polos opuestos de un continuum. Estos síntomas pueden venir asociados también a la menopausia, perimenopausia o menopausia química o radiológica en los enfermos de cáncer, como los sofocos, astenia, dispareunia, etc.

Algunos fármacos también pueden inhibir el deseo:

- Antagonistas de la dopamina
- Bloqueantes de la síntesis de la testosterona
- Agentes que aumentan la prolactina y por ende reducen la testosterona
- Antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS): Fluoxetina o sertralina

### **Otros:**

Algunos problemas pueden producir la pérdida del interés de uno o los dos miembros de la pareja, como la eyaculación precoz o la anorgasmia, o si la técnica relacional es inadecuada, o las luchas de poder dentro de la propia pareja, pueden ser utilizados como excusa para no mantener relaciones (menopausia, etc.). La pérdida de interés o capacidad amorosa por uno de sus miembros puede llevar al otro a pensar que ya no es capaz de despertar ese interés y hacer que se suma en una depresión o culpabilización del hecho.

## **DIAGNÓSTICO**

Realizaremos una correcta anamnesis donde investigaremos que problemas laborales, personales o de relación con su pareja que puedan inducir a este problema. La capacidad erógena puede verse mermada e incluso anulada por problemas de trans-

misión nerviosa, endocrina o circulatoria. Tendremos que investigar si existe base orgánica –como alteraciones neurológicas, hormonales, metabólicas– o debido a alguna enfermedad que produzca debilidad, dolor o problemas de imagen corporal o que afecten la supervivencia, o influencia de drogas, fármacos o tóxicos, así como su naturaleza y el alcance.

En situaciones normales, los estímulos eróticos hacen que la mujer se excite; en las mujeres con bajo impulso sexual, el clítoris y la vagina no se congestionan de sangre y el coito puede resultar imposible.

## **TRATAMIENTO**

1) Tratamiento médico cuando la causa es la pérdida de interés sexual por insuficiencia estrogénica:

- Prostaglandinas E-1 ,                    Alprostadil,                    Apomorfina,  
- Dehidroepiandrosterona (DHEA) 50 mg - Es una hormona esteroide relacionada con la testosterona y los estrógenos. Muy útil en el Síndrome de Deficiencia de Estrógenos.  
- Fentolamina (Vaxomax®): Bloquea la acción de la adrenalina que amortigua los efectos del NO y, por tanto, restringe el flujo de sangre hacia el pene.  
- Vasofem: Mejora la congestión de los tejidos clitoridiano y vaginal, aumentando la lubricación y la sensación erótica. (En ratas ha provocado tumores benignos).

2) Psicoterapia individual: es el recurso más eficaz cuando hay traumas sexuales, autoimagen, temor a la intimidad o envejecimiento.

Se ha estado experimentado con el sildenafil en la mujer para los trastornos del deseo sexual hipoactivo, los trastornos orgásmicos y la dispareunia pero, pese a la buena tolerancia, no se percibieron mejoras significativas; también se ha ensayado un aparato de succión para el clítoris para aumentar la sensibilidad y circulación sanguínea a esa zona. Se ha experimentado con una especie de marcapasos aplicado a la médula espinal, que sólo se considera útil en problemas físicos.

En el año 2001 se estaba experimentando con una mezcla de L-arginina (aminoácido precursor del óxido nítrico, lo que relaja el músculo liso y permite la entrada de sangre a los cuerpos cavernosos del pene o el clítoris previos a la erección) y las plantas Ginko Biloba(mejora los problemas vasculares), Ginseng (estimulante) y Damiana (afrodisíaco que irrita la uretra y aumenta la sensibilidad urogenital y de hormonas sexuales).

## **TRANSTORNO POR AVERSIÓN AL SEXO (DSM-IV - 302.79) (CIE-10 - F52.10)**

Aversión extrema, persistente o recurrente, hacia el sexo y evitación de todo tipo de contacto sexual genital con la pareja, que puede provocar malestar o dificultades relacionales. El individuo sufre ansiedad, miedo o aversión por todos los estímulos, incluso besos y contactos superficiales.

Se suele manifestar mediante crisis de angustia, ansiedad extrema, terror, pérdida de conciencia, náuseas, taquicardia y disnea. Suelen buscar estrategias de evitación a las situaciones íntimas (acostarse pronto, déficits de autocuidado o buscando



actividades fuera de casa). Suele aparecer en la mayoría de las disfunciones sexuales y mejora según supera el problema. La causa suele estar asociada a experiencias traumáticas y/o a una incorrecta educación sexual. La CIE-10 incluye los sentimientos fuertemente negativos y la incapacidad de experimentar cualquier tipo de placer.

Para Kaplan lo primero es hacer un diagnóstico diferencial, conceptuando la aversión sexual y la evitación fóbica del sexo como variantes clínicas de los estados de angustia sexual, dando el mismo tratamiento para ambas. El rasgo esencial de la fobia es el miedo persistente e irracional con un deseo impulsivo de evitar situaciones o emociones.

La clave del éxito de la terapia reside en la habilidad para manejar estos problemas, angustias y resistencias. Se puede recurrir a ejercicios de focalización sensorial para desensibilizar a los pacientes.

Hay que descartar la existencia de trastornos obsesivo-compulsivo o de depresión mayor.

*Estas pueden ser de dos tipos:*

Totales o globales:

Aversión a todo tipo de sensaciones, emociones, respuestas o situaciones veladas relacionadas con la sexualidad, lo que les hace estar en situación de alerta permanente.

Parciales o situacionales:

Se limita a una faceta concreta del sexo. La persona puede mantener unas relaciones normales siempre que eviten el elemento fóbico.

También pueden ser:

- a) Primarias: Siempre han existido en la persona
- b) Secundarias o adquiridas: Por algún suceso.

Ejemplos:

- Ver desnudo/-a al compañero/-a
- Desnudarse
- Genitales propios y o del otro sexo
- Tocamiento de las mamas
- Besos
- Excitación sexual (terror a la pérdida de control)
- Tentativa de penetración
- Fracaso sexual (miedo intenso a la ejecución del acto sexual)
- Actividad hetero/homosexual
- Fantasías sexuales

Secreciones y/o olores de los órganos sexuales

- Orgasmo (miedo a la pérdida de control)
- Rechazo o menosprecio de la otra parte
- Sexo bucogenital (activo o pasivo)
- Coito anal (con penetración o intentos)

- Placer
- Enamorarse y ser correspondido.
- Vinculación o compromiso emocional con la pareja
- Intimidad y fidelidad

## **TEORÍAS DE LA ADQUISICIÓN DE FOBIAS**

### **Del aprendizaje por defecto del acondicionamiento:**

El individuo aprende a temer situaciones u objetos anteriormente neutros porque adquiere la propiedad de facilitar respuestas de miedo por su asociación con estímulos nocivos. Los conductistas suelen atribuir el origen a factores culturales.

### **Psicodinámicas:**

Los pacientes con trastornos edípicos no resueltos movilizan ansiedad fóbica cuando reprimen sus miedos reales y proyectan sus temores a un objeto neutral.

### **Biológica (Klein):**

El sujeto con ansiedad fóbica posee un umbral fisiológico anormalmente bajo en cuanto a la respuesta de alarma, lo que les predispone a contraer fobias. No temen la relación sexual, sino que se instaure la posibilidad de un acceso de angustia, con pérdida de control y evitación de la situación.

La aversión puede deberse a un trauma sexual por abusos, por una primera vez poco cuidadosa o consecuencia de un ambiente muy represivo o fuertemente religioso. Cuando la adquisición sucede después de un tiempo de funcionamiento normal, puede deberse a causas que afectan a la pareja de alguna manera o a una situación traumática o poco agradable con los deseos de la pareja, en las que puede haber razones irracionales en el comportamiento de uno o ambos. Algunas parejas desarrollan aversiones debido a una simple ansiedad de prestación erótica, a técnicas amatorias inadecuadas o a la incapacidad de para comunicarse entre ellos de manera adecuada.

Los estados de angustia sexual nos presenta la influencia de la vulnerabilidad biológica frente a la angustia y la incidencia de factores tensionales o estresantes. En los casos más graves, suelen evitar la relación sexual tanto como es. Pueden manifestarse con disnea, taquicardia, dolor precordial, mareos y/o vértigos, sudoración, etc., incluso manifestaciones atípicas.

Una de las causas principales de la ansiedad se debe al terror de que la persona o el objeto deseado se separe de ellos, no siendo capaces de mantener una relación amorosa sostenida y comprometida en el plano emocional; son obsesivamente inseguros y buscan constantes pruebas de amor. Es normal que muchas de estas personas desarrollen pautas de evitación a cualquier tipo de contacto con lo que les causa la fobia.

Los grados de gravedad pueden ir desde trastornos adaptativos, fobias, hipcondría, hasta depresión.

## **TRATAMIENTO**

El tratamiento es conductista y consiste en suprimir la causa que lo originó mediante terapia en pareja y en ocasiones con la ayuda de farmacoterapia:

- Antidepresivos tricíclicos

- Inhibidores de la serotonina
- Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO)
- Benzodiacepinas (Alprazolam como fármaco de elección)

La psicoterapia consiste en enseñar al enfermo un realismo constructivo, de desensibilización y de inhibición recíproca. Superada la ansiedad anticipatoria, llegan a disfrutar del sexo. Esta basado en las teorías de Watson, Rayner y Jones, en que la respuesta de evitación condicionada sólo representa un problema si persiste cuando ya ha dejado de tener utilidad.

Uno de los ejercicios es el de focalización sensorial o placereado (pleasuring) en que la pareja desiste del intercambio sexual y del orgasmo durante el tiempo de la terapia, de manera que quedan liberados de una respuesta en sí y en el otro, lo que crea las condiciones de extinción a la ansiedad sexual.

Ambos se acarician en diferentes posturas, aprendiendo a dar y recibir esta técnica da paso al placereado genital, un estímulo suave e inquietante de los genitales, cuyo objetivo es causar excitación, pero no orgasmo.

### **TRANSTORNOS DE LA EXCITACIÓN**

La excitación sexual es un reflejo automático vasocongestivo que produce cambios físicos en los órganos genitales. Se puede sentir un gran deseo, pero están alterados por algún tipo de temor hacia el sexo o no sentirse atraídos por otra persona o, simplemente, no desear tener en ese momento relaciones. Si la excitación sexual es inadecuada en cuanto a tipo, intensidad o duración, no debe establecerse el diagnóstico que implique excitación u orgasmo.

### **TRANSTORNO DE LA EXCITACIÓN SEXUAL EN LA MUJER (DSM-IV - 302.72) (CIE-10 - F52.2)**

Es la incapacidad persistente o recurrente de obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación hasta el final de la actividad sexual, lo que puede dar lugar a coitos dolorosos que puede desencadenar dispareunias, vaginismo o pérdida del deseo sexual, provocando malestar o dificultad en las relaciones interpersonales. Se acompaña a menudo de trastornos del deseo y del orgasmo. Cuando estos disminuyen, por la menopausia, se atrofia el epitelio vaginal y se desencadena una vaginitis atrófica.

No es correcto diagnosticar este trastorno cuando se debe a alteraciones de la excitación o a una estimulación sexual no apropiada en cuanto al objeto, intensidad y duración.

Existen 2 tipos de trastornos en la excitación:

- a) Es el fracaso total o parcial en obtener o mantener la respuesta de tumefacción y lubricación propias de la excitación sexual hasta el final de la misma
- b) Es la falta de la sensación subjetiva de excitación durante la actividad sexual.

### **CAUSAS**

Algunos factores que pueden causar dificultad lubricativa puede ser:

Psicológicas:

- Temor al coito (mujeres que viven su sexualidad como una carga o castigo).

- Conflicto o ambivalencia frente al coito (angustia, ansiedad y otros).
- Estado emocional negativo.
- Estimulación insuficiente.

Orgánicas: Por descenso de estrógenos debidos a

- La menopausia.
- La extirpación quirúrgica de los ovarios (prolactinoma).
- Por privación hormonal, debida a los tratamientos oncológicos (QT y/o RT).
- Durante la lactancia se ha observado un descenso en la lubricación.
- Hipotiroidismo

## **ORIENTACIÓN**

Hay que crear un ambiente, relajado y sensual que permita el despliegue de la excitación sexual. Es recomendable estar más tiempo con la ropa puesta.

## **TRANSTORNO DE LA ERECCIÓN EN EL HOMBRE (DSM-IV - 302.72) (CIE-10 - F52.2)**

Consiste en la incapacidad de obtener y/o mantener una erección suficiente para lograr una actividad sexual satisfactoria que conlleva graves consecuencias para quienes lo padecen y sus parejas. Este trastorno se asocia a ansiedad, miedo al fracaso, preocupaciones sobre el funcionamiento y/o una disminución de la percepción subjetiva de la excitación sexual y del placer e ir asociado al deseo sexual hipoaactivo y a la eyaculación precoz. La erección es un reflejo neurovascular que depende del correcto nivel hormonal, la sana anatomía del pene, la adecuada provisión vascular y un sistema nervioso en buen estado. Los mecanismos que gobiernan la erección son delicados y pueden ser distorsionados por los conflictos inconscientes y emociones como ansiedad, miedo, conflictos de poder, decepciones contractuales y transferencias infantiles.

Afecta al 30 % de los varones entre 40 y 70 años. Generalmente comienza por pequeñas alteraciones orgánicas a las que se le unen otras de tipo psicológico, convirtiéndose en mixta. Conviene hacer entender a la pareja que no es un problema de disminución de la virilidad ni de que ya no le atraiga.

*Existen 2 tipos de transtorno en la erección:*

- a) Fracaso total o completo en mantener la erección hasta el final de la actividad sexual
- b) Falta de la sensación subjetiva de la excitación y placer durante la actividad.

*A su vez, podemos observarla de diversos tipos:*

- a) Incapacidad para obtener la erección.
- b) Consiguen una erección normal, pero la pierden al intentar la penetración.
- c) Erección suficiente para conseguir la erección, pero la pierden durante los movimientos coitales.
- d) Personas que consiguen la erección para mansturbarse o por la mañana al levantarse.

Inicialmente, hay que ver la reacción del paciente solo o en pareja. De esta forma se descarta que no haya una causa psicógena que produzca la dificultad erectiva (emocional o ansiosa). Hay que investigar si sucede ante determinadas personas o

situaciones; esta situación la padecen todos los hombres en algún momento y en cualquier etapa de su vida. Es una situación que el hombre vive como muy desagradable y preocupante, que le puede causar la llamada “angustia por espectación”, lo que puede afectar también a futuras relaciones. El papel que la mujer está desempeñando en la sociedad hace que determinados hombres se sientan descolocados e inseguros, lo que puede manifestarse también con dificultades erectivas.

### **Anamnesis**

Valorar si la causa es orgánica o psicógena, para lo cual realizaremos varias pruebas que nos permitan saber si existe erección:

- La más sencilla es la de realizar un anillo de sellos para dormir; en caso de tener una erección, el sello se rompe por la zona troquelada, lo que indica que existe erección.
- Se puede realizar también con un plestimógrafo y otros dispositivos eléctricos.
- El registro de la tumescencia peneana por estimulación sensorial en la consulta, inspección intracavernosa con sustancias vasoconstrictivas (PGE1 principalmente).

Conforme se aumenta en edad, aumentan los trastornos erectivos:

A los 35 años: 2%                      45 años: 4%                      90 años: 75%

En los casos de trastorno adquirido suelen remitir espontáneamente un 15-30 % de las veces. y las situacionales dependen del compañero, la intensidad o la calidad de la relación. No se considera trastorno de la erección los fallos ocasionales (vulgarmente llamado “gatillazo”) ni si este es debido a una estimulación inadecuada en cuanto al objeto, intensidad y duración.

### **CAUSAS PSICÓGENAS**

- Estímulos sensoriales: Visuales, auditivos, táctiles, olfativos o gustativos.
- Experiencias previas.
- Imaginación, capacidad de fantasía.
- Ansiedad y/o estrés – La observación constante, el exceso de preocuparse por el placer de la pareja o la propia ejecución puede actuar como bloqueo.
- Trastornos psicóticos.
- Depresión.

### **CAUSAS ORGÁNICAS**

#### **A) Estado hormonal:**

Los déficits de testosterona o el aumento de la prolactina (menos habitual) pueden causar dificultades eréctiles o incluso inhibir la erección.

Niveles hormonales: FSH: 2-10 mUI/ml. LH: hasta 9 mUI/ml >PRL: hasta 9 mUI/ml.

Testosterona: 3-10 ng/ml.                      En niños/as: 0'1-02 ng/ml

17-B-estradiol: 20-80 pg/ml                      En niños/as: 20 pg/ml.

#### **B) Causas neurológicas:**

Disfunción mecánica de los nervios que rigen el reflejo de la erección. Puede ser central o periférico.

- a) Causa: esclerosis múltiple, lesión medular, lesión de las neuronas motoras inferiores, neuropatía periférica, alteraciones del sist. nervioso vegetativo por RT o cirugía
- b) Examen físico de los genitales.
- c) Niveles de serotonina: 0'1-0'32 nanog/100 ml.

**C) Farmacológica:**

Ciertos fármacos influyen sobre la erección, especialmente antipsicóticos y anti-depresivos, hipoglucemiantes, HTA. (Ver capítulo de farmacología)

**D) Drogas de abuso:**

Tabaco, alcohol, heroína, etc. La cocaína se piensa que estimula el sistema nervioso, pero, como vasoconstrictor, a dosis altas, dificulta la erección.

**E) Sistema vascular:**

Por afectaciones cardiovasculares, HTA, y/o dislipemias, aporte arterial local, drenaje venoso local.

Algunos estudios asocian la disfunción eréctil a enfermedades cardiovasculares crónicas y podrían predecir la enfermedad cardíaca, a los que también asocia obesidad, tabaquismo y diabetes.

**F) La alimentación debe ser moderada, rica en hidratos de carbono, proteínas y vitaminas (ensaladas).**

<b>G) Otros:</b> Enfermedades reumáticas	Transtorno vascular periférico
Enfermedades del aparato respiratorio.	Diabetes mellitus
Enfermedades renales (Insuficiencia).	Cirugía prostática
Radioterapia	Apnea del sueño

El 54 % de los hombres con disfunción eréctil puede padecer síntomas depresivos, deja de sentirse normal y entra en una espiral de negatividad que afecta a todo su entorno: Ansiedad, reducción en la calidad de vida, disminución de la autoestima, pérdida de confianza en la pareja, sentimientos de rechazo, frustración en la motivación de encontrar pareja, escasa adhesión al tratamiento.

Algunos autores holísticos hablan de puntos dolorosos en la pelvis que pueden ser tratados mediante la eliminación de tensiones con gimnasia yóyica, masaje corporal y técnicas especiales, así como el uso de hidroterapia y rayos infrarrojos.

**TRATAMIENTO**

Desde tiempo de los romanos se utilizan tratamientos naturales, como la yohimbina, pero no fue hasta los años 60 cuando se empezó a utilizar prótesis peneanas y que hoy en día sólo se utilizan cuando fracasa la circulación sanguínea.

Será necesaria una correcta anamnesis para evitar recurrir a una terapia inadecuada. En muchas ocasiones bastará con cambiar los hábitos de vida para conseguir la normalización de sus erecciones. (Ej.: Varón estresado, gran fumador y que consume alcohol podría tener disfunción eréctil). En el 30% de los casos, estará clara las causas psicógenas y será conveniente su tratamiento por psicólogo.

En algunas parejas, la recuperación de la erección en el hombre, lejos de solucionar los problemas, es el desencadenante de la ruptura. La mujer que no disfruta con su marido puede hacer que la recuperación de la erección pueda vivirse como un castigo.

## **PSIOCOTERAPIA**

Es necesario un cierto abandono para suprimir la ansiedad por el desempeño. Para ello seguiremos la secuencia:

- a) Placer erótico sin erección
- b) Erección sin orgasmo
- c) Orgasmo extravaginal
- d) Introducción sin orgasmo
- e) Coito

### **Técnica:**

- a) La técnica se inicia sin quitarse la ropa, con técnicas eróticas que favorezcan la erección como lubricar el pene mediante sexo oral o fantasías eróticas.
- b) Cuando este se empieza a habituar y tiene erección, se le prohíbe contactos hasta que sea capaz de controlarla.
- c) Luego, se pasa a orgasmo extravaginales.
- d) Introducciones parciales.
- e) Coito completo.

Algunas mujeres pueden ver peligroso que sus maridos recuperen la potencia y teman perderlos, por lo que pueden sabotear la terapia.

## **TERAPIA FÍSICA**

Cuando el fracaso de la erección es de causa orgánica por alteración en la conducción nerviosa y/o vascular, como es el caso de intervenciones en la pelvis como próstata o por tratamientos de radioterapia abdominal. Últimamente se ha probado una técnica quirúrgica donde se preservan las bandoletas neurovasculares que dan buenos resultados quirúrgicos sin provocar efectos secundarios indeseables. En los casos de otras enfermedades orgánicas, como la apnea del sueño, cuando se soluciona el trastorno respiratorio de base, se corrige el problema eréctil.

### **Prótesis peneanas:**

Estas pueden ser semirrígidas o inflables. Son útiles en pacientes diabéticos, pacientes con fracaso venoso importante y los que han sufrido cirugías pelvianas graves.

### **Estimulación eléctrica:**

Consistía en la contracción de los músculos lisos mediante electricidad. A finales de los años 80 surgió el llamado Intraton que realizaba esta función.

### **Aparatos de succión o bombas de vacío:**

Consiste en un cilindro al que se aplica una fuerza de extracción de aire, formando vacío, que provoca la atracción de la sangre hacia el pene, produciéndose la erec-

ción. Para mantenerla se coloca en la base del pene unos anillos elásticos que impiden que esta sangre revierta al torrente sanguíneo, con lo que se consigue la erección y la actividad sexual deseada.

### **Erección farmacoinducida**

Inyectados:

- Clorhidrato de papaverina (la primera utilizada-1982)
- Fenoxibenzamina intracavernosa (1983)
- Fentolamina-papaverina (1985) para autoaplicación. El más utilizado.
- Prostaglandinas E1 (PGE-1) (Caverject®) (1986)
- Otros: Histamina, moxysilite, etc.

Cada uno de estos fármacos actúan de manera distinta en las diferentes fases de la erección: bloqueo alfa-adrenérgico, relajación y vasodilatación arteriolar y sinusoidal, relajamiento de la musculatura lisa del cuerpo cavernoso.

Estos tratamientos son de autoaplicación por parte del paciente mediante una aguja de insulina (28G x  $\frac{1}{2}$ ) y que las primeras veces será adiestrado por los profesionales sanitarios en la clínica. Este fármaco le permitirá una erección de casi una hora, con una frecuencia de aplicación de una vez por semana y se debe advertir al paciente del riesgo de priapismo (erecciones superiores a 3 horas) y como actuar. La dosis de fármaco inyectable será individual, realizándose controles semanales y de eventuales disfunciones paralelas (disminución de la libido, problemas eyaculatorios, etc.). Periodicamente se realizará un examen físico, controlando la aparición de nódulos fibróticos intracavernosos.

Es posible que las erecciones cada vez sean mejores debido a que se reduce la ansiedad que le producía la disfunción eréctil y puede que cada vez sea necesaria menor cantidad de fármaco. En otros casos, puede haber cierta tolerancia al fármaco.

Complicaciones: Hematomas, edema, linfodema, fibrosis.

Prostaglandina E-1 (PGE1):

Se utiliza tanto para la diagnosis como para la terapia, porque descarta otras patologías. Resuelve el 80% de los casos de impotencia, con un alto grado de satisfacción por parte de la pareja.

Efectos secundarios: Fibrosis en la zona de inyección.

### **Intrauretral:**

MUSE (Medicated Urethral System for Erection). Consiste en la Prostaglandina E1 (alprostadil) aplicado dentro de la uretra mediante una cánula que contiene entre 125 y 1.000 microg. Son cánula de autoaplicación que deben seguir una serie de instrucciones: Vaciar la vejiga para impedir hacerlo después de su aplicación, lo cual favorece su absorción. Se coloca el paciente en decúbito supino, levantando el pene, introduciendo la cánula totalmente, para aplicar el fármaco y presionando sobre el glande para evitar pérdidas de producto y masajear el pene aproximadamente un minuto para favorecer la absorción del mismo. Luego se recomienda caminar o permanecer de pie 10 minutos para facilitar el aumento del flujo circulatorio al pene, lo que favorece la erección. Mantiene la erección durante una hora.



**Efectos secundarios:**

Sensación de malestar general, sensación urente o incluso dolor local leve.

**Otros:**

Taquicardia, diaforesis, hipotensión/lipotimia.

Se está experimentando con inhibidores de la proteincinasa con buenos resultados.

**Administración Oral:**

- Citrato de Sildenafil (Viagra®) (UK-92480).
- Tadalafil (Cialis®) o IC-351.
- Vardenafilo (Levitra®).
- Hidroclorato de apomorfina (Uprima® y Taluvian®).
- Fentolamina (vía sublingual) (Vasomax®).
- Y-27632

**Citrato de Sildenafil:**

Se ha convertido en el fármaco de primera elección para la mayoría de las disfunciones eréctiles y ha permitido que muchos de estos problemas pasen a ser resuelto en atención primaria. Su descubrimiento fue casual, cuando se buscaba un fármaco antianginoso que inhibía la fosfodiesterasa 5 (PDE-5) al provocar un efecto vasodilatador y se observó que mejoraba las erecciones. El sildenafil no tiene erección en ausencia de estímulo sexual, esto es, al exponer al sujeto a un estímulo sexual, se consigue una erección, por tanto, no será efectiva en pacientes con fobias al sexo, con una concepción pecaminosa o de repugnancia o con problemas relacionales.

El sildenafil actúa retardando la destrucción del óxido nítrico (NO) el cual relaja la musculatura peneana, e inhibe selectivamente la enzima PDE-5, que se encuentra en los cuerpos cavernosos peneanos, evitando la degradación del GMPc que actúa en la relajación de la célula muscular lisa y aumenta el flujo sanguíneo durante la estimulación sexual necesaria para obtener una erección que restaure la respuesta eréctil ante un estímulo sexual.

Se absorbe rápidamente vía oral, alcanza su pico de concentración plasmática al cabo de 30-120 minutos, se metaboliza en el hígado, lo que ayuda a que se produzca erección a la media hora de administrada y con una vida media efectiva en las siguientes 3-5 horas. Se elimina por heces y orina. Suele tener un efecto positivo en aquellas disfunciones eréctiles causadas por farmacología antidepressiva, por lo que mejora la calidad de vida, ya que la disfunción eréctil suele agravar la depresión hasta incluso abandonar el tratamiento, lo que a su vez la depresión le produciría disfunción eréctil, con lo que se generaba un círculo vicioso depresión-disfunción eréctil.

El paciente tiene la total seguridad de responder fisiológicamente y desaparece la angustia de expectación. Tiene efectividad 45-70%. El tratamiento de la disfunción eréctil ayuda también a mejorar la calidad de vida del enfermo al mejorar su autoimagen y su autoestima, reduciendo su inseguridad y la ansiedad que le podía causar enfrentarse a la relación sexual. Muchos potenciales usuarios del sildenafil son personas de edad que consideraban que sus problemas eréctiles eran normales.

Se ha comprobado también su eficacia en parapléjicos que querían ser padres.

Pese a la leyenda inicial de los riesgos cardiovasculares, el sildenafil no se asocia a un aumento del riesgo cardiovascular en pacientes con cardiopatía isquémica e HTA.

**Dosis:**

Entre 25 y 100 mg. Dosis de inicio, 50 mg. Se aumentará o disminuirá acorde a su necesidad.

Eficaz en disfunciones eréctiles por causas:

Psicógenas, diabetes mielitus, HTA, Prostatectomizados, lesión medular, espina bífida, afecciones cardiovasculares

**Efectos secundarios:**

Cefaleas (15 % de casos), rubor facial, congestión nasal, alteraciones visuales, dispepsia de leve a moderados y de carácter transitorio.

**Contraindicado:**

En pacientes en tratamiento con nitratos

**Vardenafilo:**

De la familia del sildenafil. Con una eficacia del 80%, muestra una mayor potencia y más selectividad en la inhibición de la PDE-5, demostrando una gran efectividad in vitro.

**Tadalafilo (IC-351):**

Su dosis efectiva es 20 mg, pero se ha probado con dosis de 5 y 10 mg. Produce la erección mediante la inhibición de la enzima fosfodiesterasa-5 (PDE-5) que facilita el control del flujo sanguíneo selectivamente sobre el pene, lo que le permite responder al estímulo durante las 24 horas post-ingesta. Efectividad en el 81 % de los casos. Muy útil en enfermos diabéticos.

Es más selectivo que el sildenafil, más cómodo para el paciente, y de acción más rápida (a los 16 minutos de su ingesta).

**Efectos adversos:**

Cefaleas, náuseas, dispepsias, congestión nasal, dolor de espalda, mialgia, mareos, sofocos. Son transitorios, de intensidad moderada o leve y se atenúan o cesan con la exposición repetida al fármaco.

**Ventajas:**

Similar al sildenafil. Puede permanecer en sangre, hasta 16-18 horas.

No interfiere con la ingesta alimentaria ni el estilo de vida del paciente.

**Y-27632:**

Es una sustancia experimentada en la Univ. de Michigan sobre ratas (2001), en las que se ha observado que provocaba la erección al eliminar la constricción imperante en los vasos sanguíneos al bloquear la molécula cinasa Rho que activa la cade-

na de miosina, relajando las células del músculo liso en las arteriolas cavernosas lo que aumenta localmente la presión sanguínea lo suficiente como para lograr la erección.

### **Hidroclorato de apomorfina:**

Agonista de los receptores de la dopamina que actúa sobre el núcleo paraventricular del área preóptica media del cerebro y en ciertas áreas de la médula espinal (SNC), lo que promueve la dilatación de las arterias peneales que congestionan el tejido eréctil y una relajación de las células musculares de los cuerpos cavernosos, responsables de la erección. Requiere estimulación sexual y es muy efectivo cuando el componente es psicológico. Actúa en concentraciones muy bajas; si aumentamos la dosis se producirá efectos sobre otras áreas del cerebro y aumentarán los efectos secundarios. Su vía de administración es sublingual. No se puede tomar más de uno cada 8 horas. Tiene una efectividad del 35 al 60%.

Es conveniente realizar una buena anamnesis y examen por el potencial riesgo cardíaco. No se conoce su acción en los lesionados medulares, Diabetes Mellitus, etc.

Efectos secundarios: Síndrome vasovagal, con náuseas, vómitos, sudación, vértigo, aturdimiento y cefalea

### **TRANSTORNOS DEL ORGASMO**

La CIE-10 propone una única tabla de criterios diagnósticos para el trastorno orgásmico, tanto para hombres como para mujeres. Nadie tiene el control voluntario sobre el deseo ni sobre la excitación, pero sí sobre su orgasmo. El orgasmo es un reflejo o sentimiento subjetivo en el que, tras un estado de creciente excitación, llega el punto en que la tensión es tan intensa que se desencadenan unas contracciones reflejas acompañadas de la sensación agradable del placer psico-físico. Este reflejo puede ser inhibido o facilitado por factores culturales, morales, educacionales, etc. Esta voluntariedad puede no ser consciente. Cada persona tiene su orgasmo. A orgasmar se aprende y su intensidad y forma es variable. La normalidad depende de la demanda. Cada miembro de la pareja debe preocuparse de su propio orgasmo y aprender a tenerlo. El orgasmo simultáneo es un mito. Hombre y mujer tienen orgasmos distintos, aunque la respuesta fisiológica es muy parecida; además, es probable la respuesta multiorgásmica, en hombres y mujeres. La manera de retrasar el orgasmo es concentrarse en tus sensaciones y la de acelerarlo, distraerse con ideas eróticas. Fingir orgasmos obstaculiza el desarrollo de una buena relación de pareja.

### **DISFUNCIÓN ORGÁSMICA FEMENINA (DSM-IV - 302.73) (CIE-10 - F52.3)**

Anteriormente se llamó anorgasmia u orgasmo femenino inhibido; también se llamaba frigidez, en que la mujer no experimentaba sensaciones eróticas ni placer sexual, por lo que la vagina podía permanecer seca a pesar de la estimulación por la pareja y podía albergar un conflicto inconsciente acerca de permitirse sentir placer, por lo que evita recibir el estímulo adecuado o prohíbe que le estimulen, o contra su pareja, lo que lo situaba también en los trastornos del deseo y/o la excitación.

La disfunción orgásmica femenina es la ausencia o retraso del orgasmo en la mujer tras una fase de excitación sexual normal y adecuada en cuanto a estimulación, intensidad y duración; también habrá que observar si la capacidad orgásmica es infe-

rior a la que corresponde a la edad, experiencia sexual y estimulación recibida. El orgasmo es una sensación que se aprende a tener y cada mujer debe aprender a tener sus orgasmos. La capacidad orgásmica aumenta con la edad, adquieren una mayor conciencia de su cuerpo y amplían la variedad de estímulos; cuando una mujer aprende a conseguir orgasmos es muy difícil perder esta capacidad a no ser que se empo-brezca la comunicación y la relación o suceda un acontecimiento traumático o una enfermedad. Algunas mujeres pueden llegar al orgasmo mediante la estimulación del clítoris, pero incapaces durante el coito, salvo que haya estimulación manual, lo que puede causar cierto malestar; para algunas mujeres puede ser normal, pero en otras puede deberse a inhibiciones psicológicas que justificarían su diagnóstico.

Varios autores siguieron una línea de trabajo sobre el orgasmo femenino, distinguiendo entre el orgasmo vaginal y el clitorideo y definieron 5 tipos de mujeres:

- Las que nunca tienen respuesta orgásmica (primaria).
- Las que orgasman con la estimulación del clítoris
- Las que orgasman indistintamente con clítoris y/o vagina
- Las que orgasman sólo con vagina
- Las que orgasman con fantasías, besuqueos, estimulación de pezones, etc. (este último algunos lo consideran orgasmo precoz)

La disfunción orgásmica femenina puede ser:

- Primaria: La mujer no recuerda haber tenido nunca un orgasmo.
- Secundaria: Es la ausencia o dificultad de orgasmar después de haber tenido alguna experiencia orgásmica anterior.
- Situacional: En determinadas circunstancias no puede orgasmar, generalmente debido a causas psicológicas.
- Fortuita: Que alguna vez se ha quedado en puertas.
- Coital: Sólo tiene orgasmo mediante la estimulación del clítoris. Hoy en día esta teoría es bastante discutida ya que se considera que el orgasmo, de una u otra manera, siempre es debida a la estimulación del clítoris, directa o indirectamente.

Existen algunas causas que inhiben el orgasmo:

- Orgánicas (5%) : Diabetes, trastornos neurológicos, consumo de drogas (alcohol, marihuana, etc.).
- Fármacos: IAMO, tranquilizantes, antihistamínicos.
- Psicológicos: Vigilancia obsesiva del propio comportamiento durante la actividad sexual.

(papel de espectador)

Incapacidad para abandonarse

Estimulación insuficiente

Sentimiento de culpa.

Temor a ser abandonada

Si la mujer ha tenido una

buena experiencia,

se puede evocar

Las causas suelen ser educacionales, sociales, falta de conocimiento de su cuerpo o su sexualidad, ansiedad, depresión, etc. En muchas ocasiones las experiencias traumáticas pasadas pueden influir, por lo que parte de la terapia ira destinada a aceptar esas experiencias.

Cada mujer tiene su propio umbral del orgasmo. El trastorno orgásmico puede alterar la imagen corporal o la satisfacción de las relaciones y les causa frustración que a su vez puede dificultar la respuesta orgásmica para ocasiones posteriores. La capacidad orgásmica no está en relación al tamaño de la vagina o la fuerza de la musculatura pelviana.

### **Tratamiento**

El objetivo será reducir la ansiedad que las personas pueden sentir en torno al acto sexual. Para ello, enseñaremos a la mujer a relajarse, aumentaremos la estimulación y reduciremos la inhibición. Para lo cual puede ser útil el uso de vibradores y que sea la mujer quien introduzca las fantasías.

- a) Eliminar las actitudes negativas y prejuicios a la sexualidad y el orgasmo.
- b) Mejorar la relación de pareja.
- c) Programa de habilidades sexuales.

### **DISFUNCIÓN ORGÁSMICA MASCULINA (DSM-IV - 302.74) (CIE-10 - F52.3)**

Orgasmo y eyaculación no tienen por qué estar unidos o ser simultáneos, de hecho, la estimulación de determinadas áreas del pene u otra parte del cuerpo pueden venir acompañados de sensaciones de placer de gran intensidad sin que vengan acompañados de eyaculación. Hay circunstancias –como la eyaculación precoz– en que la emisión seminal no es vivida de forma placentera por el hombre.

Orgasmo masculino: Emisión - Cierre del cuello vesical  
Contracción de los músculos lisos  
Contracción de los bulbos esponjosos  
Eyaculación - Contracción muscular  
- Expulsión semen

Tipos de problemas eyaculatorios:

- 1) Precoz
- 2) Retardada
- 3) Parcialmente retardada
- 4) Retrógrada
- 5) Orgasmo aneyaculatorio.

Las técnicas para el control de la eyaculación son ejercicios de focalización sensorial, que a continuación explicaremos uno a uno.

### **EYACULACIÓN RETARDADA**

Ausencia o retraso del orgasmo en el hombre tras una fase de excitación sexual normal y adecuada en cuanto a estimulación, intensidad y duración. Se refiere a la ausencia de orgasmo intravaginal, aunque puede conseguirse mediante otras técnicas como la masturbación, la felación, etc. Este trastorno se diagnosticará cuando provoque malestar y dificultad relacional. Solamente afecta del 4 al 8% de personas sexualmente activas.

Es un problema de inhibición, en el que es muy difícil llegar al orgasmo intravaginal, siendo raro un trastorno tan severo en que el hombre no haya eyaculado

nunca, siendo lo corriente coitos largos y vigorosos. El mecanismo es el equivalente a la anorgasmia femenina, aunque aquí puede haber orgasmo aunque no haya eyaculación. Muchos varones dicen sentir excitación al inicio de la relación, pero el coito les resulta más desagradable que placentero desencadenando alteraciones y conflictos.

No todos somos iguales en cuanto al umbral de respuesta de excitación (debido a la ansiedad). Algunos varones tienen el umbral sensitivo reducido, debido a la sensibilidad cutánea del pene, a causa de algunas enfermedades. A medida que el varón envejece, puede necesitar un periodo de estimulación más largo para llegar al orgasmo.

Habrà que realizar un examen físico general, especialmente del área genital y pruebas de laboratorio.

En los primates no homínidos se puede determinar que la eyaculación sobreviene en menos de diez segundos después de iniciado el coito.

### Etiología

- Psicológicas:
- Personalidad obsesiva, y/o la necesidad de controlar todas sus funciones.
- Expresión de temores inconscientes asociados a la eyaculación.
- Temor al embarazo, a las ETS o aversión al sexo.
- Selectivo: sucede sólo con algunas personas.
- Teoría del aprendizaje: la respuesta eyaculatoria queda inhibida ante un acontecimiento doloroso. Debe tenerse en cuenta el condicionamiento provocado por patrones únicos o atípicos de masturbación.
- Teoría de los sistemas: trata sobre la lucha de poder en la pareja.
- Conflictos con la intimidad: Frena el compromiso
- Farmacología: (Ver capítulo de farmacología)

Sedantes, alcohol, butiroferonas, Bloqueantes ganglionares, Fenotiazinas, alfa-bloqueantes, litio, antidepresivos (especialmente los ISRS) (2), fenotiacinas ( tioridazina ), bloqueadores alfaadrenergicos ( guanetidina)

- Lesiones Neurológicas: (medulares y de la vía automática)

Tumor, esclerosis múltiple, traumatismo, diabetes mielitus, alcoholismo, Uremia, Párkinson

### Tratamiento

El tratamiento será fundamentalmente de corte psicoterapéutico –de unas 7-15 semanas– en cuyo caso el tratamiento es una terapia combinada (psicoterapia de orientación cognitivo-conductual y medicamento) y se realiza una estructuración gradual de la respuesta eyaculatoria basándose en:

- Progresiva desensibilización eyaculatoria in vivo en dependencia de la intensidad de la afección.
- Distracción del distraído: la utilización de fantasías eróticas son de vital importancia, lo que aumenta la ansiedad de desempeño y hace que no se concentren en el placer; cuanto más se busque más se inhibirá.

- Estructuración de tareas sexuales basándose en técnicas complementarias: aquí se aplicaran ejercicios respiratorios, de Kegel, además se dotara a la pareja de conocimientos relacionados con la sexualidad.
- Medicamentos: Ciproheptadina (4mg) dosis de 4-16mg diarios.

### **EYACULACIÓN RETARDADA PARCIAL**

El sujeto no experimenta placer al eyacular. El orgasmo del hombre consiste sólo en la emisión –que algunos definen como “derramarse”– inhibiéndose contracciones musculares asociadas al placer.

### **TERAPIA DE REEDUCACIÓN SENSORIAL**

El propósito de la terapia es distraer al hombre de su excesiva necesidad de control, para ello recurriremos a:

- 1) Desensibilización progresiva
- 2) Estímulo con distracción simultánea.

De manera que el paciente sea estimulado de forma intensa.

- a) El hombre se encargará de dar placer a la mujer.
- b) Automansturbación
- c) Mansturbación con la presencia de la mujer
- d) La mujer se dedicará, mediante la mansturbación, a llevar al hombre al punto más próximo a la eyaculación, momento que el hombre avisará para que la mujer se introduzca el pene en la vagina para continuar con la estimulación mediante los movimientos del coito.
- e) Si no se consigue la eyaculación, deberá reemprender la estimulación manual.
- f) Se pide a la mujer que dedique cada vez menos tiempo a la mansturbación e introduzca el pene antes.

Esta terapia produce resultados satisfactorios en el 80% de los tratados en 15 días.

### **EYACULACIÓN RETRÓGRADA**

Es el retroceso del semen a la vejiga porque el tono del bulbo vesical es menor que el del bulbo-espinoso. La sensación orgásmica es normal, pero el semen no fluye por el orificio uretral. Se confirma mediante análisis clínico para confirmar la existencia de espermatozoides en la orina. Una de las causas más habituales suele ser la existencia de enfermedad prostática.

### **EYACULACIÓN PRECOZ (DSM-IV - 302.75) (CIE-10 - F52.4)**

Es la eyaculación persistente y recurrente a una estimulación sexual mínima, antes, durante o inmediatamente después de la penetración sin que el sujeto lo desee. Se deberá tener en cuenta factores como la duración de la fase de excitación (demasiado larga), la edad (juventud), las parejas o situaciones novedosas o la frecuencia de la actividad sexual.

El DSM-IV define a este trastorno como la eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración y antes de que la persona lo desee. Por su parte en el consenso de

la Academia Internacional de Sexología Médica se consideró a la eyaculación precoz como una condición persistente o recurrente en la cual el hombre no logra percibir y/o controlar las sensaciones propioceptivas que preceden al reflejo eyaculatorio.

Los varones aprenden a retrasar la eyaculación a lo largo de los años y la experiencia, especialmente con su pareja, pero tener eyaculación precoz al cambiar de pareja suele deberse a la ansiedad. Puede influir también el sitio donde se practica la relación, en muchas ocasiones incómodos y con el temor a ser descubiertos. Siempre hay un fondo de ansiedad que viene a agravarse con las quejas de la pareja. Algunos varones pueden padecerla al abandonar el alcohol –ya que este les retrasa la eyaculación–.

Cuando persiste, la pareja puede acabar decidiendo el abandono de la actividad sexual, con dificultad de conseguir la erección.

Para el hombre la posición más adecuada suele ser la de él debajo y la mujer arriba.

Entre los factores orgánicos en la génesis de esta entidad se plantean las infecciones urinarias, la prostatitis, el alcoholismo, la diabetes mellitus, la aterosclerosis y las enfermedades cardiovasculares. hablan de un aumento anormal del magnesio en el semen de eyaculadores precoces mientras que otra teoría sostiene que la EP se produce una hipersensibilidad del glande. Waldinger (7) señala la importancia de condicionantes genéticos en la producción de EP y menciona la posibilidad de que la EP se deba a una hipofunción de los receptores 5ht<sub>2c</sub> o una hiperfunción de los 5ht<sub>1a</sub>.

Para la mayoría de los autores predominan las causas psicológicas en este trastorno y las teorías para explicarlo son múltiples. Los psicoanalistas manifiestan que el hombre eyaculador precoz ha visto paralizado el desarrollo de su libido en la fase uretral y, para él la eyaculación es un proceso de eliminación semejante a la micción y al mismo tiempo, lo utiliza para desahogar agresiones desplazadas, es decir, sentimientos sádicos inconscientes de rebajar, humillar y desafiar a la mujer privándola del placer (8).

## **PSICOTERAPIA**

Las técnicas para el control de la eyaculación se basan en la percepción clara de las sensaciones premonitorias del orgasmo y debe realizarse con tranquilidad y participación de la pareja.

### **2 técnicas:**

#### **TÉCNICA DE COMPRESIÓN, DEL APRETÓN O SQUEEZE**

Durante la masturbación y llegado el momento de eyacular, consiste en apretar el pene en la zona inferior del glande (lo que vulgarmente se llama “frenillo”) durante 3-4 segundos para hacer desaparecer la necesidad imperiosa de eyacular; puede producirse una ligera pérdida reversible de la erección. Esta técnica se puede repetir hasta 4 veces como máximo, sobre todo las primeras veces. En una semana puede llegar a conseguir control sobre la eyaculación.

A continuación, se introduce el pene en la vagina, dejando que el hombre permanezca inmóvil. Cuando sienta la necesidad de eyacular, la pareja sacará el pene de la vagina y aplicará la técnica descrita, o podrá realizar la presión en la base del pene, al igual que lo realizaba durante la masturbación; de haber extraído el pene, se vuelve a introducir. Al cabo de unos días, se inicia movimientos mínimos.



Se considerará acabada la terapia cuando el hombre consiga estar 15-20 minutos sin necesidad eyaculatoria. Existe riesgo de recaída, para lo cual se puede volver a usar el mismo ejercicio.

### **TÉCNICA STOP-STAR**

- a) Consiste en reconocer la sensación orgásmica de 0 a 10, siendo 0 la no existencia de placer y 10 la eyaculación/orgasmo.
- b) El varón inicia la masturbación el sólo y cuando siente una sensación placentera de 9, detiene la masturbación, reiniciándola cuando siente una sensación de 4. Repite esta técnica hasta 4-5 veces cada sesión y se deja eyacular.
- c) Cuando el varón ya ha conseguido controlar, entonces es la mujer quien realizará la misma técnica, siempre siguiendo las pautas marcadas por el hombre.
- d) Cuando la fase anterior está superada, se realiza el mismo ejercicio de contención, pero esta vez, dentro de la vagina.

Esta terapia desemboca en resultados satisfactorios en 15 días en el 80% de los tratados.

En cualquiera de estas fases, y cuando el sujeto es muy nervioso o inquieto, puede ser aconsejable la ayuda de la farmacoterapia, siendo el fármaco de elección el Alprazolam (Trankimazin®) a las dosis más bajas posibles.

Existe un riesgo de “sabotaje” por parte de la mujer que piensa que su marido, si llegan a controlar la eyaculación pueden llegar a querer ejercitarse con otras mujeres, creyendo que, mientras su marido sea eyaculador precoz por temor al ridículo no intentará ir a buscar otras mujeres y que sólo ellas son capaces de soportar “su problema” porque le quieren.

Algunos terapeutas proponen a las parejas que el hombre satisfaga primero a la mujer mediante técnicas manuales o bucogenitales, haciéndola llegar a uno ó varios orgasmos, para reducir la tensión del coito. Con ello se consigue que:

- a) El orgasmo femenino quede garantizado
- b) El hombre quede liberado de la presión de “tener que cumplir”
- c) Cuando se produzca la penetración la mujer ya tendrá una buena congestión genital y sus sensaciones y percepciones serán mayores
- d) Si la mujer es multiorgásmica, tendrá más posibilidades de llegar varias veces.

Se da una gran importancia a la respiración, realizándose inspiraciones profundas y manteniendo el aire 15-20 segundos o técnicas coitales rítmicas y lentas.

### **AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA**

En 1979 Mayeux, describió un síndrome clínico consistente en un episodio de duración limitada que se caracteriza por la presencia de amnesia retrógrada reciente y de amnesia anterógrada no acompañadas de trastorno del nivel de conciencia, focalidad neurológica o crisis epiléptica en pacientes sin historia previa de epilepsia o traumatismo craneoencefálico reciente y que acontecía después del orgasmo; también se ha asociado a ejercicio físico a situaciones de estrés emocional, consumo de sustancias tóxicas, anomalías metabólicas infecciones, tumores cerebrales, ictus, hemorragias subaracnoideas, epilepsia, dolor –a veces relacionado con cólicos nefríticos o neuralgia del trigémino– y cambios bruscos de temperatura.

La etiopatogenia y los factores de riesgo no se conocen bien; podría relacionarse con la isquemia transitoria de estructuras talámicas y de hipocampo o, menos probablemente, con una forma infrecuente de epilepsia de lóbulo temporal o "depresión neuronal propagada", similar a la descrita en la migraña.

Se describen, cifras de tensión arterial elevadas coincidentes con la existencia de una hemorragia subaracnoidea intra o poscoital. Se ha revelado ocasionalmente disritmia difusa así como hipoperfusión de lóbulos frontales, de áreas mediales de lóbulos temporales o de tálamo y cerebelo.

Parece que afecta a menos de 0'1 por mil de la población general.

### **TRANSTORNOS SEXUALES POR DOLOR**

Para diagnosticar las patologías por dolor hay que comprobar si ocurren siempre, y observar en que fase de la relación se produce -si durante la estimulación o durante la penetración- lo que nos ayudará a descartar patología orgánica si la hubiere y si esta es situacional o generalizada. En la mujer además puede ser superficial o profunda durante la penetración o ante los movimientos coitales. Los síntomas pueden ir desde un leve malestar hasta un dolor agudo.

La exploración física no suele destacar ningún tipo de anormalidad, aunque puede haber factores fisiológicos, como infecciones, tejido cicatrizal de la vagina, endometriosis o adherencias, atrofia vaginal post-menopáusica, deprivación estrogénica durante la lactancia, irritaciones, infecciones del tracto urinario, enfermedades gastrointestinales. No se diagnosticará dispareunia si es debida a vaginismo o por ausencia de lubricación.

Algunas sustancias pueden provocar orgasmo doloroso, como la flufenacina, tio-ridacina y amoxapina.

Tipos de dispareunias (del griego dis-(Dis), dificultad y pareunos -pareunos-esposo):

- Primaria o vitalicia: el coito siempre fue doloroso.
- Secundaria o adquirida: Cuando anteriormente se ha mantenido relaciones sin dolor.
- Completa: cuando el coito resulta doloroso en cualquier circunstancia.
- Situacional: Cuando sólo hay dolor en circunstancias específicas.

### **DISPAREUNIA MASCULINA (DSM-IV - 302.76) (CIE-10 - F52.6)**

Dolor genital persistente y recurrente antes, durante y/o después del coito; normalmente durante este.

Diagnóstico diferencial: con la falta de lubricación.

Lo primero que hay que investigar son las causas que producen dolor y asegurar si estas son orgánicas:

- Causas de dolor en la erección y la penetración:
  - a) La enfermedad de Peyronie o degeneración fibrosa de los cuerpos cavernosos es una alteración del tejido fibroso que se calcifica en el interior de los cuerpos cavernosos, lo que lo encorva hacia el lado donde está el tejido fibroso y hace la erección dolorosa o difícil. La presencia de tejido fibroso en los lagos

sanguíneos manifiesta la falta de rigidez del glande. La operación de esta enfermedad no da buenos resultados porque no consiguen una buena erección. Recientemente las prótesis peneanas han hallado una buena solución.

b) Lesiones cutáneas dermatológicas: Dolor ante contacto o fricción.

- Dolor al eyacular. Generalmente debida a infecciones prostato-vesicales.
- Dolor testicular. Generalmente tras una erección con excitación sin eyaculación (vulgarmente llamado “recalenton”)
- Otras anomalías, relacionado con la función sexual, comunes con la mujer.

### **DISPAREUNIA FEMENINA (DSM-IV - 302.76) (CIE-10 - F52.6)**

Es el dolor genital persistente y recurrente antes, durante o después de la relación sexual.

Diagnóstico diferencial: con la falta de lubricación o vaginismo.

La dispareunia es el síntoma sexual psicossomático por excelencia ya que el dolor orgánico termina por afectar al psíquico. Aunque termina siendo el pretexto ideal para rechazar o espaciar los coitos, ya que en él se acaba generando un sentimiento de culpa de sentirse brusco o egoísta. En una buena anamnesis, tendremos que distinguir la patogenia orgánica de la psicológica, valorar como afecta cada una y averiguar las circunstancias de su aparición.

Clásicamente se ha distinguido entre Dispareunia:

- D. superficial: Dolor precoz al comienzo de la penetración y que a menudo impide el coito.
- D. Profunda: Que tiene lugar durante el coito, en la fase de meseta o incluso después de terminado el coito.

Otra forma de clasificación es:

#### **1) Dolor durante la estimulación (orgánicos):**

- Patología de la vulva: infecciones, Kraurosis vulvar.
- Problemas del clítoris: (Recordar que el clítoris no tiene lubricación propia) irritación, lesiones, fimosis, hipersensibilización, lubricación inapropiada o presión vigorosa.
- Dermatitis perineal.
- Fisura anal.

#### **2) Dolor durante la penetración:**

- Vaginismo: Contractura de la musculatura del suelo de la pelvis.
- Lubricación insuficiente.
- Himen: intacto o rígido, carúnculas himenales dolorosas.
- Vulvo-vaginitis: Monilia, trichomonas, herpes, atrofas, irritaciones químicas y sensibilizaciones anómalas.
- Uretra: Gonococcia, ectropion del meato.
- Glándulas de Bartolino y de Skene: infecciones (bartolinitis), quistes.
- Cicatrices quirúrgicas patológicas: Episiotomía sensible, perineorrafia tirante, adherencias, cicatrices en la bóveda post-histerectomía.
- Inflamación de las glándulas sudoríparas labiales.
- Alergias a preservativo o a cremas espermicidas.

Cuando sucede en la zona media vaginal puede ser por:  
Uretritis, trigonitis, cistitis (de la luna de miel).  
Quistes, vaginitis, (atrofia, irradiación, micosis).  
Malformaciones (causa congénita).  
Fístula vésico-vaginal.

### **3) *Dispareunias de origen Vulvo-vaginal***

- De origen infeccioso o inflamatorio: puede deberse a herpes, bartolinitis, lesiones sifilíticas o enfermedad de Bowen o Kraurosis y requerirán tratamiento específico.
  - Micosis: Leucorrea pruriginosa con flujo espeso y grumoso.
  - Vaginitis por tricomas: produce leucorrea verdosa y maloliente.
  - Infecciones gonocócicas agudas.
  - Por motivos de la desfloración o de un intento: investigar la existencia de malformaciones como himen escleroso, estrechamiento vaginal, quiste vaginal u otras.
  - Dismenorrea de la mujer menopáusica. Por vaginitis atrófica, que suele acompañarse de infección vaginal por tricomas o gérmenes banales. El tratamiento hormonal da buenos resultados.
  - Lesiones liquenificadas obligan a la corticoterapia y estrógenos.
  - Lesiones escleroatróficas.
  - D.Post-parto: Por episiotomía o por desgarró del periné. Puede requerir de dilatación progresiva.
- Si existen cicatrices patológicas puede exigir nueva cirugía.

### **4) *Dispareunia profunda:***

- Retroversión.
  - Síndrome de Masters & Allen: Son desgarramientos del ligamento ancho, posteriores al parto. Se observa hipermovilidad dolorosa del útero con antecedente traumático. Se confirmará mediante cliscopía o ecografía.
  - Infección salpingea.
  - Endometriosis: Caracterizado por dismenorrea tardía y masas anexiales dolorosas.
  - Quiste ovárico, fibroma complicado, ovaritis escleroquística.
- Cuando es debida a la penetración profunda (fondo vaginal y saco de Douglas)
- Inflamación pélvica, infecciones crónicas del saco de Douglas, endometriosis.
  - Retroversión fija uterina: Suele ser la causa habitual de dismenorreas. El tratamiento quirúrgico suele ser la lisis de las adherencias uterinas.
  - Patología ovárica (quiste, fibroma), histerectomía.
  - Patología intestinal: sigmoiditis, ileitis terminal.

### **5) *Dolor durante el orgasmo y/o fase de resolución:***

- Contracciones uterinas (Deficiencia de estrógenos).
- Molestias por fricción vaginal (=vulgarmente “estar escaldada”).
- Espasmos musculares (abdominales).
- Cefalea post-orgásmica.

#### **6) Causas orgánicas para-pélvicas:**

- Artritis cadera (hay que buscar la posición más cómoda), esguince lumbo-sacro, patología discal.
- Varicocele utero-ovárico, complicaciones del DIU (perforaciones, infecciones, calambres).
- Obesidad, angor de esfuerzo.
- Enfermedades dermatológicas: liquen escleroso, etc.

#### **7) Dispareunia post.operatoria:**

Por intervención de Wertheim, histerectomía total.

Causas infecciosas o inflamatorias.

Ovariectomía bilateral que puede producir d. por vaginitis atrofica.

Causa subjetiva.

Se deberá explicar a la mujer que no existe ningún motivo para que la intervención quirúrgica repercuta negativamente en su vida sexual.

#### **8) Dispareunias funcionales:**

Por falta de lubricación o vaginismo secundario. El dolor suele afectar la relación.

En ocasiones, la mujer se esconde en este problema para evitar relaciones sexuales o para castigar a su pareja, lo que puede agravar problemas pre-existentes.

#### **9) Dispareunia adquirida:**

Involución menopausica con sequedad y adelgazamiento de la mucosa vaginal.

Engrosamiento del introito por episiotomía o cirugía vaginal.

Radioterapia por neoplasias.

### **DIAGNÓSTICO**

El dolor es el principal síntoma. Su localización y la anamnesis nos ayudará a hacer un diagnóstico adecuado. Para ello exploraremos a la pareja, sus órganos sexuales y las técnicas de estimulación.

#### **Exploración:**

- Anamnesis completa (especialmente antecedentes ginecológicos y obstétricos).
- Se preguntará por los dolores espontáneos y su periodicidad.
- Se palpará el abdomen buscando tumoraciones, bultos o la existencia de adenopatías inguinales.
- Se observará la vulva y, con la ayuda de un espéculo, la vagina y cérvix.
- Se practicará tacto vaginal, ovárico, y si fuere preciso, anal.
- Se buscará la existencia de vaginitis, leucorrea, metrorragia, prurito vaginal y/o disuria, realizando un frotis vaginal para descartar tricomonas, hongos o el diplococo de Neisser.
- Comprobar si su compañero también tiene algún tipo de molestias (para descartar contagio venéreo).
- Ante el dolor es difícil discernir entre dolor orgánico y/o psíquico, por lo que se deberá investigar las circunstancias de aparición y si existe un componente psíquico.

## **TRATAMIENTO**

El coito estará desaconsejado temporalmente en muchas de las dispareunias, sobre todo cuando hay lesiones. El coito a tergo (desde atrás) para evitar la compresión sobre la uretra.

El uso de lubricantes hidrosolubles cuando la causa sea por lubricación insuficiente -como en los casos de mujeres post-menopausiacas y tratamientos de quimioterapia, radioterapia o enfermedades que inhiben la lubricación-.

Cuando existen defectos que tienen solución quirúrgica, se recurrirá a ella, como el caso del anillo himenal engrosado, quistes, absesos, así como la bartolinitis mediante anestesia local.

Otros problemas se solucionarán mediante baños de asiento, la aplicación de cremas anestésicas, higiene o compresas de acetato de aluminio diluido (inflamación y dolor vulvar).

- Si la causa es el DIU mal puesto o lesionando los ligamentos, se recolocará o se retirará.
- Los, mediante cirugía.
- Cuando haya dolor intenso se dará analgesia vía oral.
- Cuando los problemas sean psicológicos irá al psicólogo.

## **VAGINISMO (DSM-IV - 306.51) (CIE-10 - F52.5)**

La característica esencial es la contracción involuntaria de los músculos perineales y del tercio externo de la vagina frente a la introducción del pene, dedos, tampones o cualquier tipo de objetos, lo cual provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales y no debido sólo a factores fisiológicos directos de una enfermedad médica. Se trata de un rechazo del coito que puede depender de múltiples causas, especialmente psicológicas, que se manifiestan en el cuerpo, que se vive en pareja y como tal debe tratarse.

Conviene asegurarse que falta de se trata de malformaciones congénitas no diagnosticadas hasta entonces como anomalía del himen, esclerosis o brida sagital.

El diagnóstico se establece a menudo durante una exploración ginecológica de rutina. Suele ser más común en mujeres con actitudes negativas al sexo o con historia de abusos.

Los signos y síntomas típicos son:

- Arqueo de la espalda, aumentando la curva dorsal y orientando de tal forma la vagina que hace casi imposible cualquier intento de penetración.
- Mantiene extendidas las piernas y las cierra al contraer los músculos adductores de los muslos.
- Espasmos involuntarios de la musculatura que rodea la vagina.

Puede ser:

Primario: temor a los primeros intentos penetrativos, cuando la mujer aún es virgen.

Secundario: debido a dispareunia, en cuyo caso se trata como tal.

Estas mujeres evidencian una pobre Educación sexual en contenido y con rigidez en el medio familiar, antecedentes de traumas sexuales, marcados síntomas ansiosos y baja autoestima, observándose una conducta paternalista en la pareja y la utiliza-

ción de otras técnicas de satisfacción sexual, una deficiente comunicación y la presencia de tabúes sexuales. Según Oraá Baroja, la educación recibida que fomentará una actitud positiva o negativa y por lo tanto la forma en cómo vamos a vivenciarlos como seres sexuados, experiencias sexuales traumáticas como violación o abusos, la falta de autoestima y la no aceptación de nuestra imagen corporal, la falta de atractivo, la ansiedad generada por la aparición de una disfunción sexual que facilitará el mantenimiento de ésta, etc.

Pueden tener un gran desconocimiento del cuerpo humano, especialmente de la región pudenda, teniendo distorsionada la percepción de sus genitales, percibiendo su área genital como algo ajeno a ella, viviendo como desmesurado el tamaño del pene con respecto a su orificio vaginal, y cuyo himen cierra la vagina, teniendo que romperse, por lo que será conveniente explicarles anatomía y fisiología genital. La sola idea de la penetración vaginal puede producir espasmos musculares de manera inconsciente sin que la mujer pueda entender porqué. Éstas pueden ser ligeras (rigidez y malestar) o intensa (impidiendo la penetración). En ocasiones es tan intensa, aguda y prolongada que llega a producir dolor. Para Conchillo y Borrás, las mujeres con vaginismo se sienten forzadas a una conducta sexual que les despierta dolor y sufrimiento en las que sus relaciones sexuales no pueden ser elegidas; tienen que prescindir de la penetración por imposición de un patrón forzado que le hace imposible la penetración del pene en la vagina aunque lo desee, viéndose privadas del placer que les podría suponer el coito y la posibilidad de tener hijos. Es otra forma de sexo a la fuerza de mujeres que quieren ser “normales”.

Además del miedo a la penetración –que tiene una causa social– es el miedo al desfloramiento, a la primera vez, porque les han explicado que es un acto doloroso, en que el hombre puede comportarse de manera torpe y violenta.

Otro temor es el miedo a que no sea tan maravilloso como esperaban o la creencia del papel de sumisión al hombre, contra el que se revelan. Puede haber también terror al embarazo y/o el parto. En el vaginismo está imposibilitada la función reproductora, al forzar la abstinencia coital; Vivir la penetración como un peligro.

Otra causa es una excesiva religiosidad que da lugar a procesos de culpa y viviendo la sexualidad como algo vergonzoso y degradante.

Puede existir antecedentes de un episodio traumático o el miedo al rechazo por parte del compañero, también alguna neurosis fóbica que, tras su recuperación, desplazan a esta área el objeto de su angustia.

El vaginismo no impide disfrutar de la sexualidad, sino sólo de la penetración. Aunque en el pasado se conoció la existencia de la cirugía, hoy está totalmente descartada. Con terapia psicológica adecuada, puede resolverse en muy breve plazo. En ocasiones, estas mujeres buscan hombres muy respetuosos, “inofensivos” sexualmente, inseguros, con escasa o nula experiencia coital y escasamente asertivos sexualmente. Para Borrás y Conchillo, un compañero seguro, no ansioso y dispuesto a probar y aceptar las dificultades y limitaciones es un excelente colaborador en el tratamiento del vaginismo.

La mayoría de las mujeres con este problema lo ocultan, disimulan o se adaptan transitoriamente a la disfunción sin procurar ayuda médica o psicológica inmediatamente que aparece el trastorno por la existencia de tabúes y prejuicios en este grupo de mujeres que impiden la búsqueda de ayuda especializada de forma inmediata.

## **TRATAMIENTO:**

Sin tratamiento no desaparece nunca; éste es bastante sencillo y con buenos resultados, sobre todo cuando la mujer está motivada, para lo cual, habrá que explicarle qué está pasando, y aplicar desensibilización sistemática con “bujías” o dilatadores hasta conseguir la realización del coito. Los ansiolíticos serán de ayuda cuando exista un componente fóbico. Puede ser útil la postura del misionero cuando se vaya a realizar el coito, ya que en ella hay una lordosis forzada y los músculos perineales están contraídos, con las piernas rectas, de manera que la penetración es hacia abajo y con la vagina dispuesta.

Suele conseguirse buenos resultados en unos 4 meses de visita semanal. Los pequeños logros deben ser reforzados por las personas implicadas en el proceso.

Exploración previa:

- 1) Información adecuada a la paciente o pareja, incluso con maqueta de la anatomía femenina.
- 2) Exploración ginecológica, examinando la vulva (para lo cual hay que tranquilizar a la mujer).
- 3) Explorar el entorno himenal, vulva y vagina con un dedo o con una sonda acanalada.
- 4) Demostrar a la mujer que la penetración vaginal no es dolorosa y que lo único que cierra o estrecha el orificio es el himen. La dilatación quirúrgica de la vagina hoy en día es rechazada.

## **Técnica de desensibilización:**

- 5) Se incita a la mujer a que se introduzca un dedo en la vagina. Para ello, si su nivel de ansiedad es tan elevado que lo impide, se puede recurrir a la administración de Alprazolam VO. De esta manera se busca que evite la angustia del dolor y controle a su vez sus propios movimientos.
- 6) Una vez ha conseguido introducir su dedo varias veces, se le invita a introducir las bujías de Hegar, de calibre creciente o intentar la introducción de dos dedos.
- 7) Cuando lo haya logrado, será su pareja quien introduzca, primero un dedo, luego dos, etc.
- 8) Una vez logrado, se invitará a que introduzca un vibrador, y cuando lo haya superado, su pareja.
- 9) Cuando la mujer se sienta preparada, será el momento de intentar el coito, siendo ella quien guíe el pene, siendo aconsejable que en este primer intento la mujer se sitúe encima, aunque debe ser ella quien decida lo que más le atraiga.

## **Tratamiento psicológico:**

- 10) En los casos en que exista algún problema psicológico (como neurosis o similares) se iniciará la terapia para la resolución del problema mental.

Algunos problemas asociados al vaginismo pueden ser baja autoestima, falta de habilidades sociales en las relaciones, miedo a la intimidad, etc.



## **TRANSTORNO SEXUAL DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA**

Aparece por primera vez en el DSM-IV y se caracteriza por la presencia de una alteración sexual clínicamente significativa por los efectos fisiológicos y puede presentar varios trastornos ya estudiados. Para diagnosticarse deberá hacerse una correcta anamnesis física y psicosexual que incluya pruebas de tipo vascular, comprobar la tumescencia peneana y/o examen ginecológico, así como descartar si puede deberse a la ingesta de sustancias o trastornos por depresión mayor.

### **Subtipos:**

- Deseo sexual hipoactivo en mujer/hombre debido a (indicar enfermedad médica).
- Trastorno de la erección en el varón debido a (indicar enfermedad médica).
- Dispareunia femenina/masculina debida a (indicar enfermedad médica).
- Otros factores sexuales femeninos/masculinos debidos a (indicar enfermedad médica).

Las enfermedades asociadas pueden ser numerosas:

### **Neurológicas:**

Esclerosis múltiple, lesiones medulares, neuropatías, lesiones del lóbulo temporal.

### **Endocrinológicas:**

Diabetes mellitus, hipotiroidismo, hiper/hipo-adrenocortisolismo, hiperprolactinemia, estados hipogonadales, alteraciones hipofisarias

### **Vasculares y genitourinarias:**

Trastornos testiculares, enfermedad de Peyronie, infecciones uretrales, complicaciones post-prostatectomía, infecciones o lesiones genitales, vaginitis atrófica, infecciones vaginales y de los genitales externos, complicaciones postquirúrgicas como cicatrices, vagina reducida, cistitis, endometriosis, prolapso uterino, infecciones pélvicas, neoplasias.

## **TRANSTORNO SEXUAL INDUCIDO POR SUSTANCIAS**

Aparece por primera vez en el DSM-IV. Este trastorno provoca malestar o dificultad en relaciones interpersonales y afecta a cualquiera de las fases de la respuesta sexual humana y empieza con la sustancia específica. Cuando se considera que más de una sustancia desempeña un papel significativo, cada uno puede clasificarse por separado. Al final del tratamiento el trastorno desaparecerá; si persiste habrá que buscar otras causas.

Los efectos indeseables de fármacos pueden ser causa de que muchos enfermos abandonen el cumplimiento terapéutico, lo que hará que los clínicos cambien el tratamiento por otro que no tenga esos efectos o sean menores.

(El listado de sustancias que afectan a la sexualidad lo veremos en otro capítulo).

## **SUSTANCIAS QUE PUEDEN PRODUCIR**

### **Orgasmos dolorosos:**

Producidos por flufenacina, tioridazina (melere®) y amoxapina.

### **Priapismo:**

Clorpromacina, trazodona (Deprax®), cozapina e inyecciones peneanas de papaverina o prostaglandinas.

Disminución del deseo sexual o la excitación:

Inhibidores de la recapatación de la serotonina.

## **DISFUNCIONES SEXUALES NO ESPECIFICADAS**

### **Del DSM-IV**

- 1) Ausencia o disminución de pensamientos eróticos subjetivos a pesar de la excitación y el orgasmo normales. En el DSM-III-r aparecía la Ausencia de sensaciones eróticas, pese a que fisiológicamente sea normal.
- 2) Situaciones en que el clínico ha constatado la presencia de trastorno sexual, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.

### **Del DSM-IIIr - 302.70**

Incluye disfunciones que no reúnen los criterios de ninguna disfunción específica.

- 1) Análogo femenino de la eyaculación precoz.
- 2) Dolor genital durante la masturbación.
- 3) Adicción al sexo (Antes lo llamaban ninfomanía en mujeres y/o donjuanismo o satiriasis en hombres y eran consideradas parafilias).

Martin Kafka creó una unidad de medida, la TSO –Total Sexual Outlet o Descarga Sexual Total– que corresponde al número de orgasmos en un tiempo determinado, considerando adicto a toda persona que obtuviese un TSO entre 7-8 orgasmos por semana durante 6 meses a un año sin tener en cuenta la manera de conseguirlo. La cantidad no es lo importante, sino la incapacidad de sentir satisfacción y bienestar después del orgasmo.

La hipótesis de Coleman sobre el “comportamiento sexual compulsivo” se asienta en que la dinámica específica que lleva al individuo a manifestar un comportamiento sexual compulsivo hacia cualquier sustancia o actitud que le alivie el dolor emocional. Esta adicción podría estar constituida por algunas disfunciones de la intimidad en la familia de origen del individuo, tales como abusos o negligencias en la niñez que desarrolla un sentido de vergüenza, percibiéndose a sí mismo como la causa de ese abuso o negligencia y, como resultado, se siente desvalorizado e inadecuado. La vergüenza y la baja estima interfieren en sus relaciones interpersonales surgiendo relaciones íntimas disfuncionales o inexistentes. Al vivirlo en soledad disminuye aún más su propia estima.

No todos los autores están de acuerdo en considerarlo una adicción al querer ver un intento moralizante más que un elemento clínico. Para Rey Norman, no depende del número de veces que se mantenga relaciones, sino del comportamiento compulsivo que fuerza a realizar una acción determinada; cualquier comportamiento exce-

sivo no es una adicción. Para Hatterer la importancia está en como se utiliza el sexo, esa compulsión que convierte al sexo en máxima prioridad, pero no para recrearse o mostrar afecto, sino para manejar su ansiedad. Acaban siendo personas con tendencias depresivas y en muchas ocasiones con tendencias autolítica.

#### **OTRAS (DSM-IIIr - 302.90)**

Esta categoría puede usarse en unión de otro diagnóstico específico.

- 1) Sentimientos de inadecuación respecto al cuerpo, tamaño y/o forma de los genitales.
- 2) Sentimientos de inadecuación respecto al rendimiento sexual
- 3) Malestar por las conquistas sexuales repetidas y otra forma de adicción no parafílica que implica la cosificación de las personas
- 4) Malestar acerca de la propia orientación sexual.

#### **EN CONCLUSIÓN**

Se debe tener en cuenta que pueden aparecer resistencias a los tratamientos por el sujeto o su pareja. El éxito y el placer pueden causar ansiedad en muchas personas. Todas estas conductas implican un compromiso, intimidad y franqueza. Las relaciones de pareja deben ser humanas y abiertas en la pareja. En nuestra sociedad podemos encontrar gentes con un modelo autodestructivo que luchan por el éxito material. Estas fuerzas neuróticas pueden impulsarle al sabotaje de su propio esfuerzo, por lo que no siempre será fácil resolver los conflictos.

Por otra parte, la terapia sexual no crea amor, pero puede ayudar a deshacer obstáculos. Las terapias tienen mayor probabilidad de éxito cuando existe un vínculo afectivo.



## PARAFILIAS

En la segunda mitad del siglo XIX, la medicina legal comienza a interesarse y a escribir sobre las disidencias sexuales como atentados contra las costumbres, como un problema de salud. La violación, el estupro, el exhibicionismo y la pederastia son los principales atentados contra la moral. Delitos de escándalo público, delitos contra la honestidad o contra el pudor de los que se ocupaba el derecho y atribuía a los disidentes sexuales caracteres físicos particulares (boca torcida, dientes muy cortos, labios abultados hacia abajo)... es descriptivo y no explica las causas de las disidencias sexuales. "Vicios o perversiones" están ya caracterizados como enfermedades. Kraft Ebing define las perversiones como una degeneración psíquica y las clasifica según el fin y el objeto. La medicina sustituye a la religión y califica de perverso al sodomita y de enfermo al pecador. El modelo de salud sexual definido por la medicina es un modelo heterosexual, reproductivo y moral. El enfermo está en armonía con su perversión y no quiere hacer nada por curarse. El discurso médico condena la disidencia sexual, o mejor dicho, convierte en disidencia las prácticas sexuales no reproductivas y/o no heterosexuales.

En el XIII Congreso Mundial de Sexología, celebrado en Valencia en verano de 1997 se habló de más de 700 parafilias. Evidentemente, aquí solo veremos unas pocas. Una de las primeras clasificaciones la realizó John Money en 1981. Las sociedades con mayor represión sexual son las que generan más parafilias y desajustes sexuales.

Parafilia quiere decir Para-, desviación y -filia, atracción. En la actualidad, el DSM-IV define las parafilias como las necesidades y fantasías sexuales de tipo excitatorio, impulsos o de comportamientos, intensas y recurrentes que suponen:

- Objetos no humanos
- Sufrimiento o humillación propia o del compañero (no simplemente simulada)
- Niños o personas que no consienten

El diagnóstico debe hacerse si el individuo ha actuado de acuerdo con estas necesidades o si le causa molestias marcadas, esto es, cuando los estímulos parafilícos son necesarios siempre para la activación erótica; esta puede ser altamente específica (muy selectiva); cuando esta no es real, son sólo fantasías en solitario o con el compañero. Se hace patológico sólo cuando sirve como sustituto a otras manifestaciones sexuales y eventualmente cuando invade todo el ámbito de una vida. Cuando no encuentra un compañero que consienta suele tender a buscar prostitutas o víctimas involuntarias. En algunas ocasiones sólo aparecen en momentos de estrés. El hecho

de que algunas parafilias sucedan con compañeros que no consienten, tiene una significación legal y social que puede verse afectada si ven en este acto algo vergonzoso y repugnante o si la pareja se niega a participar. El sujeto no se considera enfermo, por lo que sólo recurren a Salud Mental cuando su conducta les ha llevado a algún conflicto con el compañero o la sociedad. También hay personas que manifiestan culpa, vergüenza y depresión intensas. Todo ello puede hacer que se deteriore la capacidad sexual recíproca y afectiva lo que puede degenerar en disfunciones sexuales. Estas alteraciones tienden a cronificarse hasta que pasados los años, tienden a disminuir. No es la biología la que define lo que es normal, sino las leyes las costumbres y la sociedad. Según Carmen Freixa, parafilias son cuando sólo se obtiene excitación al realizar fantasías que condiciona la conducta sexual.

El estímulo preferido suele ser altamente específico. En ocasiones pueden buscar profesiones, hobbies u ofrecerse como voluntarios para tareas que le permitan estar en contacto con el estímulo deseado (Zapatos-fetichismo; Ambulancia-sadismo, etc.). Para muchos, su parafilia no les causa malestar sino sólo conflicto social, otros sienten culpa, vergüenza, depresión y en ocasiones puede ser de tal gravedad que puede diagnosticarse como un trastorno de la personalidad.

Las relaciones sociales y conyugales del sujeto se pueden ver alteradas cuando estas no son aceptadas por la pareja, posiblemente tampoco por la sociedad y el individuo busca satisfacer su parafilia fuera de la relación conyugal. La excitación sexual puede inhibirse o aumentar la actividad de la misma. Además, pueden degenerar en daños para el sujeto o la pareja que en los casos más graves y no consentidos pueden degenerar en internamientos hospitalarios, detención y/o encarcelamiento.

Puede existir una reducción de la capacidad de juicio en retraso mental, demencia, cambios de la personalidad por enfermedad o sustancias, episodio maníaco o esquizofrenia; en estos casos, no constituye un patrón obligatorio del sujeto y por lo tanto, el sujeto puede ser jurídicamente inimputable o semiimputable.

Los enfermos paráfilicos pueden presentar un promedio de 3-4 parafilias diferentes o tener trastornos por enfermedad mental o por sustancias psicoactivas; algunos de estos trastornos suelen ser inmadurez emocional que pueden llegar a ser graves. Las prácticas menos consentidas se convierten en más morbosas. Son personas con graves dificultades para establecer relaciones sexuales y con una autoestima muy baja.

La vida sexual de cada uno de nosotros es personal y cada uno puede hacer sólo o con su pareja lo que quiera, dentro de los límites del respeto a los demás y a unas normas básicas que vendrán marcadas por una legislación adecuada; dentro de su casa y en "su cama" cada uno hace lo que quiere. Según el DSM-IV, para poder diagnosticar una parafilia como tal, esta debe haber afectado al enfermo al menos durante 6 meses. Hablaremos de parafilia cuando afecta a la relación con la pareja o cuando el sujeto vive con ansiedad esta situación. La mayoría se diagnostican principalmente en hombres. La sex ratio varones/mujeres = 20/1. La mitad están casados.

Algunos autores consideran las relaciones sexuales sin protección como una especie de comportamiento sádico o masoquista en cuanto a que se pueden producir lesiones o poner en peligro la vida del individuo.

### **Criterios de gravedad**

Leve: El individuo se encuentra afectado por las necesidades parafilicas, pero nunca ha actuado de acuerdo con ella.

Moderada: El individuo ha actuado de acuerdo a la parafilia.

Grave: El individuo ha actuado rápidamente de acuerdo con sus necesidades parafilicas.

### **EXHIBICIONISMO (DSM-IV = 302.4) (CIE-10 - F65.2)**

Generalmente son varones, presentándose antes de los 18 años y decreciendo su actividad después de los 40 años. Son fantasías sexualmente excitantes ligadas a la exposición de sus genitales a una persona extraña, pudiendo llegar a sentir la necesidad de masturbarse cuando se expone y disfrutan sorprendiendo a su víctima. Las causas pueden ser ambientales y/o educativas. Por lo general no son peligrosos para la víctima y se asocia a individuos inseguros, llenos de complejos y sustancialmente inmaduros que sienten deseos de mostrar su virilidad; suelen ser personas muy tímidas e introvertidas que tienen limitada su capacidad de comunicación para con los demás y tiene la fantasía de que al exhibir sus genitales excitará sexualmente a la persona a la que se expone. Generalmente no existe ningún intento de actividad coital posterior con la persona extraña.

### **Diagnóstico diferencial**

- Con la paidofilia, en el que la exhibición se realiza como preludio de la actividad.
- Con la micción pública que realizan las personas con enfermedades prostáticas (poliaquiuria) y que son consideradas como eximentes judiciales.

### **FETICHISMO (DSM-IV = 302.81) (CIE-10 - F65.0)**

Son las fantasías y necesidades sexuales intensas y recurrentes que implican el uso de objetos no animados (=fetiches), con los cuales se mansturban mientras los sostiene, acaricia, huele o bien pedirle a su compañero que se lo ponga para mantener las relaciones (como determinadas prendas con carga erótica) o uso de aparatos con el propósito de estimular los genitales (como un vibrador). Se considera fetiche todo objeto que produzca automáticamente un estímulo sexual en los individuos sensibles. Este puede estar relacionado con la vestimenta, complementos o alguna parte del cuerpo, sin tener en cuenta a la persona; pudiendo llegar al orgasmo sólo con la observación del objeto. Éste es necesario o marcadamente preferido para la excitación, y en su ausencia puede llegar a generar problemas de erección del varón. En ocasiones, el uso de este objeto suele realizarse sólo con uno de los compañeros sexuales –no necesariamente con todos– y el afectado puede llegar a disfrutar sin la intervención de su pareja, sólo con la imaginación.

Este trastorno se asocia a algún trauma infantil o represión que lleve al individuo a inhibirse; se inicia en la adolescencia, aunque el objeto puede haber tenido ya algún significado especial durante la infancia. Una vez establecido, tiende a cronificarse.

### **Diagnóstico Diferencial**

Hay que diferenciarlo del fetichismo travestista, en que el centro de la excitación son las ropas para travestirse, y no las que se exigen de la pareja.

### **FROTTEURISMO (DSM-IV = 302.89) (CIE-10 - F65.8)**

Implica la intensa necesidad que implica el contacto y roce con una persona que no consiente, donde lo excitante es el contacto y no el hecho coercitivo del acto. El sujeto suele realizar sus acciones en lugares públicos muy concurridos donde selecciona a la víctima que responde a su prototipo de belleza y aprieta sus genitales contra las partes que le resultan atractivas de la misma e imagina una relación cariñosa con la víctima. Reconoce que para evitar consecuencias legales y físicas debe escapar.

Estos actos suelen iniciarse durante la adolescencia, alrededor de los 15 años y suelen ser aprendidos al ver como otras personas las han realizado. A partir de los 20 años, estas actividades suelen ir declinando gradualmente.

### **Diagnóstico Diferencial**

Distinguirlo de la actividad sexual normal, donde la actividad de tocar y acariciar tiene otro significado. En el retraso mental y la esquizofrenia puede haber una falta de control de impulsos que conduzca al toqueteo, sin embargo no es repetitiva y no intentar escapar.

### **PEDOFILIA, PAIDOFILIA O INFANTILISMO (DSM-IV = 302.2) (CIE-10 - F65.4).**

Intensas necesidades que implica la actividad sexual con niños pre-púberes, esto es, menores de 13 años o en personas menores de 16 años, con personas 5 años menores que él. Para ello debe tenerse en cuenta tanto la madurez sexual del niño como la diferencia de edad (no deben incluirse adolescentes maduros que se relacionan sexualmente con personas de 12-13 años). El pedófilo suele tener predilección por los niños de una determinada edad. La atracción hacia las niñas suele ser dos veces mayor que hacia los niños. Sus actividades pueden ir desde simplemente desnudarlos y/o masturbarse en su presencia, hasta las actividades sexuales penetrativas (boca, vagina, ano). Suelen comprar el silencio del niño mediante amenazas, regalos y/o atenciones para ganarse el afecto y lealtad, sobre todo cuando el pedófilo es alguien de la familia.

Esta alteración suele empezar en la adolescencia y tiende a cronificarse. Muchos de ellos han sido a su vez víctimas de abusos durante su infancia. El pedófilo puede ser de 2 tipos:

- Autoritario o no violento: Emplea la persuasión, el engaño o la presión para someter a la víctima, basándose en su autoridad y/o poder. Suelen tener baja autoestima, abuso de drogas, desavenencias conyugales y hacinamiento. A su vez puede ser :
- Pedófilo exclusivo. Predilección exclusiva de niños.
- Aparentemente normal: Mantiene actividad con adultos y en determinadas circunstancias abusa de niños, como si estos fueran mayores.
- Violento: emplean el asalto y la fuerza para someter a sus víctimas. Tienen una



personalidad psicopática y conducta antisocial y su patrón de conducta es buscar sensaciones y/o placer.

Algunos sujetos sólo sienten atracción hacia los menores, pero también hacia personas mayores de edad. Suelen justificar su actitud diciendo que tiene valor educativo, que el niño siente placer o que el niño es sexualmente provocador. Los niños a los que acuden son hijos, ahijados o familiares, de otras familias o, menos veces, desconocidos. Suelen desarrollar técnicas para acceder a los niños, como ganarse la confianza de la madre, casarse con la madre de un niño atractivo o incluso comerciar con otros, pudiendo llegar al rapto. El individuo suele ser atento con las necesidades del niño para ganarse su afecto e impedir que lo cuente a los demás.

### **Diagnóstico Diferencial**

No todo acto sexual con menores es signo de paidofilia; en situaciones donde ha habido pérdidas recientes o soledad intensa, la relación con el menor ha sido el sustituto del adulto preferido pero no disponible.

En las enfermedades donde hay una reducción de la capacidad de juicio (retraso mental, síndrome orgánico de la personalidad, alcoholismo o esquizofrenia) puede haber contactos aislados con niños.

Como curiosidad, citar que en octubre de 2002 se hizo célebre en la prensa el caso de un profesor que se “había curado de su paidofilia” a raíz de la extracción de un tumor que afectaba el lóbulo derecho de su corteza orbito-frontal que además fue acompañado de cambios en la conducta.

En el exhibicionismo, este no es preludio de actividad sexual

En el sadismo, habrá que hacer dos diagnósticos: el del sadismo y el de paidofilia.

### **MASOQUISMO (DSM-IV = 302.83) (CIE-10 - F65.5)**

Necesidad que el sujeto tiene de ser golpeado, atado o humillado para poder excitarse. En sus fantasías suponen ser violados o humillados sin posibilidades de escapar y sus actos en pareja tienen carácter violento contra su persona. Puede haber restricción de movimientos, sumisión sensorial (vendar los ojos) palizas, descargas eléctricas, cortes, infibulaciones, humillaciones (urinofilia, coprofilia), ser tratado como un niño, o la hipoxifilia, (solos o en pareja) y en ocasiones acompañado de fetichismo y/o fetichismo travestista, o sadomasoquismo. A veces, algunos fallos pueden causar la muerte del sujeto (en los nudos, las bolsas, etc.). Se consideran también los contactos sexuales de riesgo sin protección en cuanto a que suponen implícitamente un cierto grado de autoagresión.

Posiblemente esta parafilia se encuentre ya presente en la infancia, o al menos sus inicios. Tiende a cronificarse. El individuo suele repetir el mismo acto sin aumentar su potencial lesivo o aumentándolo en ocasiones hasta el extremo de poder causarle la muerte.

### **Diagnóstico Diferencial**

La enfermedad, en que la fantasía o el hecho condicionan a la persona, de las fantasías que todos tenemos en algún momento de su vida.

Con el fetichismo travestista, que algunas personas pueden travestirse para que los humillen.

La muerte accidental durante el acto masoquista debe diferenciarse del suicidio, del homicidio, y de la personalidad autodestructiva, en los que no existe relación entre la humillación y la sexualidad.

### **SADISMO (DSM-IIIr = 302.84) (CIE-10 - F65.5)**

Necesidad que tiene el sujeto de causar cualquier tipo de sufrimiento real, físico o psicológico a su pareja, para poder excitarse sexualmente. Consiste en tener un completo control sobre su víctima que se encuentra aterrorizada, humillada, pueden involucrar actividades que indican la dominancia del sujeto sobre la víctima. En otras ocasiones, la pareja puede consentir ese sufrimiento. Estas prácticas en los casos más extremos pueden acabar con la violación, mutilación y/o muerte de la víctima. Pueden inmovilizarla, vendar los ojos, golpeándolas, quemarlas, electrocutarlas, violarlas, estrangularlas, torturarlas, mutilarlas y en los casos más extremos matarlas. En este ámbito se encuadran aquellas actitudes de riesgo de personas que saben que al no ponerse protección pueden causar daños en la salud de terceras personas. Suele aparecer durante la infancia y tiende a cronificarse; cuando se realiza con personas que no consienten, se repite hasta que el sujeto es detenido. Suele tener siempre la misma gravedad e intensidad, pero en algunos casos se puede agravar con el tiempo, incluso hallarse asociado a un trastorno antisocial de la personalidad.

### **Diagnóstico Diferencial**

Hay que distinguir la simple violación de la violación por un sádico, ya que en estos últimos la violencia y el sufrimiento infringido a la víctima va más allá de lo necesario para obtener el consentimiento del acto. La violación siempre produce sufrimiento en la víctima, pero el violador no ve importante para sus intereses el sufrimiento de la víctima, hasta el punto que en algunos casos el violador puede desistir de su acción.

También puede haber un sadismo no sexual, en lo que no produce excitación, como en los casos donde hay torturas o cultos rituales.

### **FETICHISMO TRAVESTISTA (DSM-IV = 302.3) (CIE-10 - F65.1)**

Antaño existía el término Eonismo que provenía del caballero d'Eon, político de Luis XV (S.XVIII). Implica vestirse con ropas del sexo contrario que el sujeto guarda y que utiliza intermitentemente cuando se encuentra solo, masturbándose, imaginándose que otros hombres se sienten atraídos por él como si fuera una mujer, o se ve a sí mismo siendo sujeto masculino y objeto femenino. Su gravedad puede ir desde hacerlo en privado hasta hallarse involucrado en ambientes travestistas. El grado con que parece ser una mujer varía desde gestos, hábito corporal y habilidad para travestirse. Puede estar asociado a masoquismo.

Este trastorno empieza durante la infancia o principios de la adolescencia, y puede asociarse al castigo de humillar a un muchacho vistiéndole de niña. Un artículo favorito del vestido puede convertirse en elemento de culto y objeto erótico en sí mismo y puede utilizarse primero para la masturbación y luego para el acto sexual.

El travestismo continua como un antídoto para la ansiedad, por lo que estaríamos hablando de trastornos de la identidad sexual. A medida que pasan los años, parecen querer vestir y vivir más como personas del sexo contrario.

Puede aparecer disforia sexual.

### **Diagnóstico Diferencial**

Del fetichismo travestista para el alivio de la tensión o el malestar sexual, en cuyo caso se diagnosticará como un trastorno de la identidad sexual de tipo no transexual. Aunque en algunos casos, puede pasarse de fetichismo travestista a transexualismo, en cuyo caso, puede existir malestar y sensación de inadecuación con el propio sexo.

En los casos de homosexualidad, puede haber actos de fetichismo travestista para atraer a otro individuo, pero en este caso no existe excitación sexual. Entre los personificadores femeninos puede haber algún caso de fetichismo travestista.

Con el masoquismo, en el que el individuo puede desear ser forzado a ponerse ropas que en sí mismo no causan excitación sexual.

### **VOYEURISMO (DSM-IV = 302.82) (CIE-10 - F65.3)**

Llamados también mirones o peeping tom. Consiste en el hecho de observar ocultamente a personas -por lo general desconocidas- cuando están desnudas, desnudándose o en plena actividad sexual, con el propósito de obtener excitación sexual; no se busca ningún tipo de relación sexual con la persona observada, obteniéndose generalmente el orgasmo mediante la masturbación en el momento de la observación o posteriormente mediante el recuerdo de la persona objeto del deseo. En los casos más graves, el voyeurismo es la única forma de satisfacción del sujeto. Al voyeur le excita la naturaleza secreta e ilegal de su actividad.

Suele iniciarse antes de los 15 años y tiende a cronificarse.

El voyeurismo tiene una cierta tendencia narcisista. A los 3-4 años se empieza a experimentar curiosidad por el propio cuerpo y forma parte del proceso que nos llevará a la madurez sexual; al llegar a la pubertad, la curiosidad se hace más refinada y comienzan las primeras exploraciones recíprocas. En el voyeur esta madurez se ha bloqueado en una fase autoerótica centrado en sí mismo; si esta fase no se supera, no se descubre a los demás. El voyeur espía a personas que le son indiferentes, no conoce y se excita del temor de ser descubierto. Raramente se contenta con fotografías. Puede tener su origen en una excesiva represión vivida en la infancia y debilidad de carácter del individuo. Suele identificarse con uno de los miembros de la pareja, generalmente el de su propio sexo. Pero esta afición puede llevarle a situaciones muy desagradables, incluso degradantes.

### **Diagnóstico Diferencial**

De la actividad sexual normal, en que suele haber deseo por la observación del cuerpo desnudo o desnudándose de su pareja.

En la pornografía filmada o en directo, donde se produce excitación sexual, pero la gente observada sabe que lo está siendo, con lo que pierde la naturaleza secreta e ilegal de la actividad. Así mismo, es normal que mucha gente utilice estos medios para ayudar a la excitación sexual, pero nunca es sustitutiva de la relación sexual, como en el voyeurismo.

## **OTRAS PARAFILIAS QUE NO ESTÁN EN EL DSM-IV (302.9) (CIE-10 - F65.9)**

### **URINOFILIA O UROFILIA**

Llamada también lluvia dorada, "Peurper Rain", etc. Excitación sexual motivada por el olor o contacto con la orina. Disfruta viéndola o en contacto con ella. Algunas teorías lo relacionan con los primeros placeres naturales y la satisfacción que produce en el niño su control. Diferenciarlo del juego sexual. Puede estar en relación con el sadomasoquismo.

### **COPROFILIA Y/O COPROMANÍA**

Llamado también "Viento y lava" (=flatulencias y defecaciones). Excitación sexual motivada por el olor, visión o contacto con las heces. Algunas teorías lo relacionan con los primeros placeres naturales y la satisfacción que produce en el niño su control. Puede estar en relación con el sadomasoquismo.

### **ESCATOLOGÍA TELEFÓNICA Y COPROLALIA**

Tendencia a utilizar palabras obscenas y/o escatológicas típica de los adolescentes tímidos e inhibidos que tratan hacer valer su necesidad de autonomía contra las convicciones que no se lo permiten y que en los adultos puede ser manifestación de trastornos psicóticos.

### **ACUSTOFILIA**

La excitación se produce a través del sonido, insultos o palabras soeces. Necesitan un ambiente donde puedan hablar y hacer ruido sin tapujos.

### **AGREXOFILIA**

Excitarse al saber que alguien va a escuchar o ver los coitos propios

### **KLISMAFILIA**

Se refiere a la excitación erótica provocada por la instilación de alguna sustancia en el recto (enemas). Distinguirlo de la aplicación que hacen muchas personas para limpiar el recto antes de una relación anal.

### **GERONTOFILIA**

Es la atracción que se siente por personas muy mayores o con una gran diferencia de edad con respecto al sujeto.

### **NECROFILIA**

Es la atracción sexual por los cadáveres. El necrófilo procura mantener relaciones sexuales con cuerpos humanos muertos.

### **PARCIALISMO**

Similar al fetichismo. Atención centrada exclusivamente en una parte del cuerpo.

### **PODOFILIA (variante del parcialismo)**

El placer se asocia con los pies

## **PSEUDOCOITO**

Se trata de conseguir el orgasmo frotando el pene con cualquier zona del cuerpo. Es una especie de fetichismo o froteurismo.

## **AGALMATOFILIA O PIGMALIONISMO**

Practicar sexo con estatuas, muñecas y maniqués. La inmovilidad y “sumisión” excitan al sujeto activo. Sería una variante del masoquismo.

## **ZOOFILIA O BESTIALISMO**

Es la práctica del acto sexual con animales. En ocasiones puede haber relaciones emocionales con el animal, al que se humaniza, y se ha entrenado para que realice aquello que se desea, añadiendo el morbo de lo prohibido; es bastante común en lugares donde se hace difícil el contacto con otras personas

Algunas culturas utilizan hormigas para excitar el glande o el clítoris o el uso de insectos que piquen (abejas) el glande, provocando escozor, prolongando el orgasmo y aumentando su circunferencia. Conlleva el riesgo de deformación del glande, siendo en ocasiones necesaria la asistencia médica.

## **HIPOXIFILIA**

Consiste en la excitación sexual o las sensaciones placenteras mediante la privación de oxígeno al cerebro mediante formas físicas (estrangulamiento, bolsas, incluyendo la compresión torácica) o químicas (nitrito volátil, que producen vasodilatación periférica). Es una práctica peligrosa que en ocasiones puede acabar en la muerte del practicante.

## **ACROFILIA**

Las alturas provocan la excitación total –incluyendo puenting–, antesala de una relación sexual intensa y fogosa, por lo que dispara la adrenalina y aumenta la intensidad de los orgasmos. A veces la propia relación tiene lugar en las alturas

## **AMAUROFILIA**

Es aquella práctica que se realiza en la obscuridad o con los ojos vendados; en el caso extremo nos encontramos con la pseudonecrofilia, en la que la excitación se produce por la inmovilidad total de la pareja. Para algunos autores la raíz está en ver en el sexo por motivos educacionales algo sucio o bien por haberse iniciado en el sexo mientras dormían. Esta práctica desarrolla el resto de los sentidos y para ello se aprovecha hacer la obscuridad o tapándose los ojos.

## **BONDAGE**

Es una versión suave del sadomasoquismo, cuando las ataduras son uno de los ingredientes favoritos, al aumentar la excitación la sensación de sentirse sometido, indefenso y que permite un cierto grado de dolor al aumentar la presión.

## **FLAGELACIÓN**

Consiste en azotar las nalgas y otras partes del cuerpo para la estimulación, puede combinarse con Bondage. Otros nombres son:

Birchig: Golpes con ramas de abedul.

Palmetazos: Disciplina inglesa en que se espera recibir el castigo.

Spanking: Se golpea las nalgas a la vez que se introduce un consolador o dedos en vagina.

### **FISTING**

Se trata de la introducción del puño por vagina o ano hasta profundidades de 30-40 cms., lo que puede provocar lesiones y/o desgarros de diversa gravedad.

### **ANACLITISMO**

Disfrutar con actividades relacionadas con la infancia, como mamar, tomar el biberón, etc.

### **CELOFILIA**

Es la excitación que produce sentir celos de la pareja o causarlos.

### **CERA CALIENTE**

Se dejan caer gotas de cera sobre diversas zonas del cuerpo. La sensación de quemazón es momentánea y el temor dispara la adrenalina.

### **PSICROCISMO**

Es la excitación que provoca el frío o alguien que lo tiene. Se practica con hielo, bolsas o alimentos congelados

### **CLAUSTROFILIA**

Deseo de prácticas sexuales en espacios pequeños.

### **AGORAFILIA**

La provocan los espacios abiertos y públicos, donde hay riesgo de ser visto.

### **ACROTOMOFILIA**

Estimulación con personas mutiladas.

### **DISMORFOFILIA**

Sentirse excitados con parejas deformes (enanos o jorobados)

### **VENTOSAS**

Se usan ventosas o embudos que se aplican en algunas partes del cuerpo.

### **HARMATOFILIA**

Excitarse colocando al margen de la ley, cometiendo un delito o en situaciones peligrosas.

### **HODOFILIA**

Es la excitación que provoca viajar a destinos exóticos o desconocidos, así como la ansiedad que provoca su preparación, sintiendo que todo está permitido para escapar de la rutina.

## **SEXUALIDAD Y DEPORTE**

Existe toda una serie de leyendas sobre la influencia de la sexualidad en el deporte y a la inversa. Desde hace tiempo, muchos de los entrenadores aíslan a sus atletas para “mejorar la concentración”. Lo cierto es que, como sucedió en el caso de los Juegos Olímpicos de Moscú -donde los deportistas estaban separados de sus parejas- llegaban a haber escapadas para mantener relaciones y en muchos casos, se ha comprobado que el hecho de mantener relaciones completas solitarias o en pareja antes de la competición no suponía un descenso en el rendimiento, antes bien, en algunos casos se ha comprobado que, al reducir la tensión, permitía mejores resultados.

Según Loren Corrain, no tenemos razones para creer que ningún parámetro fisiológico medible, asociado al rendimiento deportivo pueda ser alterado por la actividad sexual; antes de la competición puede aliviar la ansiedad. Muchos deportistas antes de competir no parecen tener demasiado interés por el sexo, como si menguara la libido, y al acabar la competición intentarían recuperar el tiempo perdido.

Cuanto más exigentes son las disciplinas, mayor es la actividad, lo cual puede deberse, según Cumming (1989) a un aumento de los niveles de testosterona durante el ejercicio, lo que aumenta a su vez la libido, pero decrecía cuando el ejercicio era más prolongado.

Parece que el organismo femenino se renueva después de cada embarazo al estar sometida a una superproducción hormonal y es bastante habitual que mejoren sus marcas después del parto si no abandonan la práctica deportiva.

La mujer está mejor preparada para deportes del tipo natación por su mayor proporción de tejido adiposo, lo que le permite mantener mejor las piernas en posición horizontal, aumentando la eficacia de cada brazada.

Por otra parte, el ejercicio físico aumentará la forma física, lo que vulgarmente llamamos “fondo”, aumentando además la capacidad pulmonar y reduciendo el número de latidos gracias a un mejor trabajo del corazón, desarrollando el miocardio, lo que permite un mejor rendimiento del esfuerzo efectuado.





## SEXUALIDAD EN EL DESEMPLEADO

La persona que se queda en desempleo pasa por una serie de procesos que pueden afectar a su sexualidad. Evidentemente, la situación de desempleo varía en virtud de los factores que lo envuelven: edad del sujeto, situación familiar, situación económica, etc. Influirá:

- Personalidad y carácter del sujeto (depresivo, alegre, etc.).
- La situación familiar: No es lo mismo vivir solo que con los padres, o tener cargas familiares (hijos, pareja que trabaje o no), etc.
- Perspectivas de futuro: Depende de la edad y preparación de quien busca trabajo, así como de su ambición por lograr mejoras a su situación.
- La situación económica: Cargas adquiridas (hipoteca, etc.), que la familia tenga otras fuentes de ingresos, tener derecho a prestaciones o no, o si estas son a corto o largo plazo, etc.
- Causa del cese: No es lo mismo que sea secundario a la finalización del contrato que debido a un expediente contra el trabajador o cese por su inadaptación al puesto.
- Ambiente laboral: No es lo mismo que el trabajo sea del agrado del sujeto o que esté o no a gusto con sus compañeros.

Todos estos factores influyen en la vida del sujeto de una forma o de otra, por lo que el desempleado puede pasar por un duelo más o menos intenso, con rabia, tristeza, incluso depresión. Esta rabia, a su vez, puede buscar un objeto en el cual desahogarse; cuando todo esto sucede podemos encontrar:

- Como lo puede vivir la persona:
  - Tendencia a baja autoestima.
  - Tristeza, depresión, drogadicción (alcohol, heroína, etc.).
  - Intentos autolíticos.
  - Astenia, inapetencia, desnutrición.
    - Somatizaciones.
- Cuando la situación se descarga en la familia:
  - Malos tratos y violencia de género (cónyuge, hijos, padres, etc.).
  - Exceso de dureza con los hijos, presionando para que sean “lo que él no pudo ser”.
- Cuando descarga en la sociedad:
  - Violencia social.
  - Intolerancia (en cualquiera de sus formas - Xenofobia, desadaptación, etc.).

- Delincuencia:
  - Distinguir el robo por necesidad, para no trabajar o por avaricia.
  - Delitos contra la salud pública (venta y/o consumo de drogas).
  - Prostitución (necesidad).
- Dificultades en la relación con los demás (lo que puede afectarle en sus relaciones sociales, incluyendo el galanteo).

En el campo de la sexualidad puede aparecer, entre otras:

- Impotencia, eyaculación precoz o retardada
- Inhibición del deseo, disfunción eréctil.
- Dificultades para la consecución del orgasmo

### **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

#### **ALTERACIÓN DE LA NUTRICIÓN: POR DEFECTO (1.1.2.2), DÉFICIT DE AUTOCUIDADO (6.5.-): BAÑO/HIGIENE (-2), VESTIDO/ACICALAMIENTO (-3)**

Puede haber un estado de dejadez generalizado que afecte tanto al campo de la nutrición como al del autocuidado, en que la persona experimenta un aporte de nutrientes insuficiente para cubrir sus necesidades metabólicas desequilibrado y abandone toda aquellas actitudes o costumbres básicas para su higiene e imagen.

En estos casos, puede estar causado por la penuria económica que puede verse complicado, además, por la situación anímica del sujeto. Este suele ser el diagnóstico más común, pero puede haber venido precedido por una alteración nutricional por exceso (1.1.2.1) en que la situación anímica le ha podido provocar una ingesta compulsiva.

Nuestra actuación irá encaminada a orientarle las ayudas sociales, instituciones que puedan orientarle en la búsqueda de empleo o instituciones de ayuda (banco de alimentos, albergues, etc.) cuando esta alteración sea debida a problemas económicos.

#### **ALTO RIESGO DE LESION (1.6.1)**

Estado en que el individuo está en riesgo de lesión por interacción de las condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos del individuo. Como factores de riesgo pueden aparecer la labilidad emocional y los trastornos cognoscitivos.

El objetivo principal será descubrir los elementos estresantes y buscar un ambiente con el que conseguir reducir o anular el riesgo lesional mediante el control de impulsos, cambios de humor, vigilando si está orientado temporo-espacialmente y la capacidad de tomar decisiones. Así mismo, vigilaremos la esfera en que se mueve el sujeto y el riesgo que entraña.

Es importante que el informe verbalice sus sentimientos para reducir la ansiedad, enseñándole técnicas de control de estrés, evaluando el riesgo de suicidio. Si fuese necesario, habría que controlar la administración de tratamiento médico.

## **ALTERACIONES DE LOS PATRONES 3 (RELACIONES) , 5 (ELECCIÓN) Y 7 (PERCEPCIÓN)**

En general, se pueden cumplir todos los diagnósticos en mayor o menos medida, ya que la situación de desempleo puede producir toda una cascada que vaya desde la faceta interior de la persona en que ve alterado su papel social y familiar (diagnósticos 3.2.1, 3.2.2, 3.2.2.1 y 2 y 3.2.3.1) y acabar desencadenando un cierto deterioro de sus relaciones que pueden acabar en un aislamiento voluntario o forzado por la situación de penuria económica.

Así mismo, puede ver deteriorado su comportamiento adaptativo y la capacidad de solucionar problemas que le permitan satisfacer su papel en el mundo en que vive. Suele ser habitual la desesperanza (7.3.1) y la impotencia (7.3.2), que se agrave según son mayores las cargas familiares y/o económicas y mayor el tiempo de desempleo. Tendremos que ayudarle a una correcta evaluación de sí mismo que le devuelva la autoestima que en ocasiones se verá alterada, haciéndole ver que este tipo de situaciones suele ser transitoria y que conserva aquellos mismos potenciales que tenía cuando trabajaba

Evidentemente, la sexualidad no es ajena a los problemas de las personas y puede verse alterada, por lo que mantendremos una escucha activa para poder identificar correctamente el problema y orientarle en las medidas terapéuticas para obtener un nivel satisfactorio de actividad sexual.

Nuestro trabajo se orientará a ayudar a la persona a encontrar ayudas sociales y terapéuticas que le puedan ayudar a salir de esa situación, desarrollando una relación de confianza consigo mismo y con los demás, ayudándole a identificar aquellas barreras que contribuyan, además, a agravar esta situación y buscarles posibles soluciones, para ello le ayudaremos a verbalizar los cambios en sus relaciones con su entorno socio-familiar para que pueda valorar su potencial, desarrollando un repertorio de respuestas a las situaciones adecuadas a sus necesidades.

### **ANSIEDAD (9.3.1) , TEMOR (9.3.2)**

La ansiedad y el temor son sensaciones que afectan al individuo ante la situación de desempleo y el temor de lo que pueda acontecer en el futuro más o menos próximo. Intentaremos identificar si además puede haber otras fuentes de estos sentimientos.

Intentaremos buscar estrategias para hacer frente a estos sentimientos de forma efectiva y realista.

### **ALTO RIESGO DE VIOLENCIA Y/O AUTOMUTILACIÓN (9.2.2.1): LESIONES A SÍ MISMO O A TERCEROS (9.2.2)**

Esta es una situación en que la persona está expuesta a conductas que pueden ser lesivas para sí o para otros. En ocasiones, esta es perceptible por el lenguaje corporal mediante los puños apretados, la expresión facial y postura física tensa o lenguaje hostil o amenazador hasta actos claramente agresivos. Todo ello, además, puede observarse en algunas somatizaciones mediante dolores de espalda, cefaleas, etc., debidas a la acumulación de tensión.

En el plan de cuidados vamos a intentar disminuir el potencial de violencia mediante la verbalización de una menor agresividad y la disminución de comporta-

mientos agresivos, evitando que se haga daño a sí mismo o a los demás e identificar aquellos recursos que le ayuden al cambio de comportamiento, como hacer frente al estrés y la frustración.

No hemos de entrar en el juego de responder a su agresividad, evitando los tonos que evidencien pesimismo u hostilidad, respondiendo siempre a las preguntas del paciente, lo que puede conducir a que él mismo sienta que es importante para alguien y potencia el refuerzo positivo sobre aquellas actitudes que evidencian la disminución del potencial de violencia, y enseñarle mecanismos de afrontamiento alternativos a la violencia.

## EL CAMINO HACIA LA IGUALDAD

*"Pero estoy viva y corro en la carrera y seguiré adelante sola o acompañada y es posible que no deje ya nunca de pedir la luna"* "El mismo mar de todos los veranos" de Esther Tusquets.

En el principio de los tiempos, hombres y mujeres tenían una concepción biológica de la vida; era una economía de subsistencia, de supervivencia, y desde un principio se produjo una primera división del trabajo, pero no una división sexista sino práctica: la mujer quedaba adscrita a la tierra porque debía cuidar y alimentar a los niños más pequeños, lo que le impedía grandes y rápidos desplazamientos. Esto le permitió observar que determinadas bayas y frutos eran susceptibles de domesticarse: nace la agricultura, con lo que se produce la primera división sexual del trabajo: Hombre cazador-luchador, Mujer criadora-recolectora. Ésta –la agricultura– fue la primera revolución importante de la humanidad: el ser humano dejó de ser nómada para hacerse sedentario, dejó de perseguir el alimento para conseguirlo en territorios más o menos extensos. El hecho biológico de la maternidad va relegando a la mujer al trabajo doméstico y al varón al trabajo externo.

Ser mujer es sin duda un dato biológico, pero además es una tarea cultural, histórica, social y personal. La sociedad cambia al compás que cambian hombre y mujer. El hombre ha perdido su indiscutibilidad de líder y son los hombres quienes de alguna manera están ahora reclamando esa igualdad. En la actualidad, esa igualdad económica se empieza a hacer patente en los hogares con la incorporación de la mujer al trabajo, aportando la mitad de los ingresos, lo que concede a la mujer una independencia que la fortalece en la relación, otorgándole autoconfianza, capacidad de elección e iniciativa en el campo afectivo-sexual. Aún así, todavía hay países de latinoamérica donde a la mujer no se le permite acceder a la propiedad privada ni a sus herencias.

San Pablo estableció, de acuerdo con la ley, la sumisión de las mujeres. Lluís Vives y Fray Luis de León postulaban ese casi anonadamiento femenino. Hasta fechas recientes las cualidades que se han valorado de la mujer han sido la de esposa-madre por excelencia: gracia, dulzura, dedicación, pasividad sexual, docilidad, etc.

La presencia de la mujer es importante en la historia de la humanidad; una precursora de la Carta de los Derechos Humanos fue Olimpia de Gouges, decapitada por Robespierre en Noviembre de 1793 al intentar una declaración de derechos de la ciudadana. Otra de las voces fue la de Théroigne de Méricourt, que acabó su vida en un manicomio tras ser apedreada por otras mujeres en junio de 1793 por luchar por la defensa de los derechos de la mujer. Así mismo, Mary Wollstonecraft, autora de

“Defensa de los derechos de la mujer” (1729) arremetió contra la tiranía masculina, afirmando que el feminismo más agresivo nace de la soledad, la pobreza y la convicción de ser fea y que no deseaba que las mujeres tuvieran el poder sobre el hombre sino sobre sí mismas. Durante el siglo XIX muchas mujeres rechazaron el yugo matrimonial y optaron por vivir juntas en lo que se llamó “matrimonios bostonianos” (por la obra de Henry James), no teniendo necesariamente porque ser esta una relación lésbica.

Uno de los primeros intentos de igualdad política con el hombre se centró en el derecho al voto de las mujeres; sus precursoras fueron Emmelina Pankhurst en 1906, y Margaret Brandt en 1947, en Maryland. En 1948, en Seneca Falls se celebró la primera “convención para los derechos de la mujer americana” que derivó en el derecho al Sufragio femenino en Nueva Zelanda. En Inglaterra hubo manifestaciones que acabaron en huelgas de hambre y alimentación forzada a las mujeres, lo que movilizó la opinión pública, que puso en dificultades al gobierno, y aunque la I Guerra Mundial frenó la expresión femenina, acabó inclinando la historia a favor de la concesión del voto, en 1918 y un monumento en los jardines de Victoria Towe; en Estados Unidos no fue hasta 1920 y en España hasta 1931, aunque Primo de Rivera ya había hecho alguna concesión a solteras y viudas mayores de edad. Clara Campoamor, en 1931 dijo que “la única manera de madurar en el ejercicio de la libertad era caminando por ella”, o en palabras de Antonia Rodrigo “ que ella pueda decidir por sí misma sobre su cuerpo sin que la iglesia y los poderes le dicten leyes. “Hay que desterrar los condicionamientos patriarcales y sexistas”. Durante el siglo XX, las dos guerra mundiales, supusieron la definitiva entrada de la mujer en el mercado de trabajo y la equiparación de los derechos con el hombre: “se hará mujer trabajando”. La mujer española de hoy no quiere renunciar a ninguna de sus facetas pública o privada, sino tenerlo todo y ahora. No reniega a la maternidad, pero tampoco quiere ser la supermujer de los años 80; esta cansada de tirar con todo ella sola. YA NO SE PRODUCIRÁ UN RETORNO A LOS PAPELES TRADICIONALES.

A nivel laboral, uno de los hitos más importantes fue el 8 de marzo de 1908, cuando 192 trabajadoras de la empresa textil Cotton de Nueva York se encerraron en la misma para reclamar mejoras laborales (como un salario equiparado al de los hombres, jornada de 10 horas, mejoras de las condiciones de trabajo, etc.), y fallecieron cuando incendiaron la fábrica intencionadamente para hacerlas salir; en 1911 se estableció desde Copenhague este día como el día de la mujer trabajadora, gracias a Clara Zetkin, celebrándose por primera vez en Alemania, Dinamarca, Austria y Suecia; en España no se celebró hasta 1977.

En 1996, el 53 % del trabajo (remunerado y no remunerado) de los países desarrollados lo realizaban las mujeres; estas representan el 70% de los 1.300 millones de pobres del mundo y tienen el 1% de la propiedad, que acaba contribuyendo a la riqueza del hombre y no a la suya propia. El 80% de los alimentos del mundo los cultiva la mujer. En algunos países, como Kenia, trabajan 56 horas semanales, mientras los hombres sólo 42 horas a las que se une además la diferencia salarial. En el caso español, la mujer percibe un 25% menos que el hombre (unos 440 euros menos en 2001), frente al 66% de la mujer latinoamericana, y la ganancia por hora trabajada es de un 60% menor que a tiempo completo. Sus contratos son más precarios, con una tasa de paro mayor y de más larga duración.

La situación alrededor del mundo es claramente contraria a la igualdad de los sexos; en Israel la mujer no tiene derecho al divorcio (el hombre sí). En Guatemala, el violador no es castigado si se casa con su víctima. El Pakistán, la palabra de la mujer vale la mitad que la del hombre. En Arabia Saudí, la mujer no puede caminar sola por la calle; en Nigeria la mujer puede ser pegada por el hombre y en caso de adulterio puede ser lapidada.

En 2001, sólo un 13'53% de las mujeres que trabajaban en la administración ocupaban los puestos más altos del escalafón (lo que se ha dado por llamar el "techo de vidrio") y en la actividad privada, sólo un 8%; representan el 36% de los puestos del poder judicial. Mujeres empresarias sólo son un 26%, de las que el 61'09% son directivas de empresas sin asalariados, o sea, ellas son su propia empresa (autónomas), sino la cifra es del 31'93%. Además, las mujeres suelen cambiar menos de trabajo que los hombres y una mayor tendencia a volver a los trabajos domésticos en tiempos de crisis; demuestran menos interés por los símbolos de estatus (coches, etc.) y más preocupadas por obtener satisfacción del trabajo. La actividad femenina se centra sobre todo en el sector servicios (sanidad, administración pública, hostelería, etc.). El porcentaje de mujeres trabajadoras Europeas es del 53'8 de media, siendo sus extremos Dinamarca con un 72'1 y España con un 40'3 %. En España, diputadas sólo son el 28'3%, frente al 4'5 que había en 1982 y en los ayuntamientos sólo un 21'1% y profesoras universitarias sólo un 34%.

Existen matices distintos de organización empresarial, dependiendo de hombre/mujer. No existen trabajos de hombre y de mujeres, existen formas de ver las cosas, las dos se complementan y por lo tanto una cúpula directiva debería estar formada por hombres y mujeres:

- La organización masculina genera miedo, es más racional, duro, lógico, analiza rápidamente y tiene implícita la amenaza del castigo. Cuando escucha se queda en lo que el otro dice. Cuando tiene dudas se encierra y medita la respuesta. Concepto de planificación del día a día.
- La mujer aporta comprensión, dialoga mejor, escucha bien y pone poco énfasis en la autoridad, con una visión más humana, amplia y comprensiva, con carácter más intuitivo, moviéndose en un plano superior al del hombre. Cuando escucha, va más allá, en lo que piensa que quiere decir. Es comunicativa y cuando no sabe algo pregunta; no le importa comunicar sus dudas. Tienen un concepto del tiempo más preciso (por observación de sus ciclos biológicos), pudiendo planificar mejor.

La mujer comprende mejor al hombre que el hombre a la mujer.

El modelo androgénico se aplica también en los trabajos de investigación científica, realizándose la mayoría de las investigaciones sobre hombres y extrapolando los resultados a mujeres, lo que en el caso de los fármacos tiene un cierto peligro en cuanto a que procesos metabólicos diferenciales pueden ser distintos.

Según algunos estudios, quienes se encargan de las tareas domésticas dedican 1.514 h/año más que la jornada fijada por el Estatuto de los Trabajadores (1.816 h/año), pudiendo llegar a realizarse 3.357 h/ anuales. La mujer que realizaba trabajo en el hogar hace unos años tenía un reconocimiento que hoy no tiene, hasta el punto que no está considerado dentro del sistema económico por realizarse de forma no remunerada y, por lo tanto, al no estar valorado, no existe, no es visible y quien lo

realiza tampoco. Remunerar el trabajo doméstico costaría unos 541.000 mill. de euros y de pagarse debería ascender a unos 18.000 euros al año.

Ser madre era una aspiración que hoy se ha devaluado. El papel tradicional de la mujer ha sido de soporte sanitario, nutrición, educación, atención a los enfermos y cuidado de los ancianos; el 88% de los cuidados de salud se realiza en familia y sólo el 12% en la atención sanitaria. Algunas administraciones están estudiando que sus trabajadores reduzcan 1/3 su jornada de trabajo, cobrando íntegramente su salario, aplicándose posteriormente a la baja maternal y durante el primer año de vida del niño. El que se establezcan condiciones para la contratación, si no se acompañan de políticas de servicios sociales que alivien el papel de las mujeres, como ayudas a la familia con hijos, guarderías, asistencia a los mayores, no será suficiente. Muestra de ello es que todavía sólo un 1'3 de los hombres solicita la baja por paternidad, quizá debido a que el ordenamiento jurídico español en el Estatuto del Trabajador en su artículo 45.1 concede la titularidad de este derecho a la madre, pudiendo ejercerlo el padre sólo en caso de fallecer esta, y que la cesión de este derecho al padre por parte de la madre está limitado a que la madre disfrute las 6 semanas posteriores al parto, haciéndolo saber a la empresa. La tasa de natalidad española está en el 1'16 hijos/mujer. Criar un hijo cuesta entre 4.800 y 10.200 euros/año, y desde que nace hasta los 18 años, entre 108.000 y 180.000 euros, frente a una ayuda de 24'25 euros al mes, la menor ayuda a la familia de Europa. Suecia, en cambio, tiene una tasa de empleo femenino alta (70%) y la tasa de fertilidad del 2'1, independizándose hacia los 20 años, frente a los 30 años de las españolas. Cuanto mayor es la formación intelectual del individuo, mayor es la implicación a las tareas del hogar.

Por contra, existen profesiones femeninas donde, en ocasiones se ha puesto trabas a los hombres. En España hay 6.800 matronas mujeres frente a los 250 hombres, y curiosamente los que más trabas han puesto al desarrollo de esta actividad entre los hombres ha sido la clase médica y no las mujeres. De las empresas que ofrecen servicio de "canguros", sólo un 2% son hombres. De secretarías, sólo un 1%.

Pese a que la legislación actual defiende a la mujer en cuanto a la maternidad, avalado por la directiva europea 92/95/CEE, todavía se despiden a mujeres cuando se quedan embarazadas. Pese a que hay leyes tanto en España como en otros países europeos que facilitan los permisos de maternidad/paternidad, el 98'6% de ellos son solicitados por las mujeres (de cada 26.000 mujeres, 300 hombres). Este tipo de leyes abarcan hoy en día el embarazo, a la adopción y el acogimiento.

Para Clara Abellan "no seremos una sociedad libre mientras tengamos juguetes sexistas", y en cierta medida este camino se está recorriendo con gran naturalidad, ya que en muchos colegios los juguetes para niños y niñas están juntos y no se discrimina a nadie por el juguete que escoja, utilizándolo indistintamente. Simplemente, cuando el adulto plantea si el juguete es para niño o niña ya está cometiendo discriminación; la elección debe someterse a otros criterios, como la edad, la curiosidad que despierte en el niño o estimula los aspectos educativos. Aún así, todavía existe una serie de condicionantes en que se marca el destinatario de cada tipo de juguete. Para la niña, una muñeca, que estimula la tranquilidad y la capacidad de diálogo, mientras que para el niño se ofrecen balones de fútbol que implican actividad motriz, perpetuándose estereotipos y roles tradicionales, incluso en las propagandas donde se utilizan músicas dulces y colores pastel para juguetes para niñas, y más



agresiva rápida y con colores chillones para niños. El hombre sigue acaparando el uso de la fuerza y la violencia y a la mujer el de conciliador y dialogante que, mal entendida, le sigue sometiendo a la fuerza del varón.

Para Fadela Amara, presidenta de la Federación de Les Maissons de Potes (Francia), una autentica miseria sexual hace estragos en los suburbios y esta frustración a alimentado la violencia. Se viene observando que muchos chicos se presentan tiernos en privado, pero cuando están con el grupo cambian el mensaje y la actitud, haciéndose los duros y “consumiendo chicas”, tratándolas como objetos; la expresión “todas putas menos mi madre” ilustra cómo muchos hombres ven a las mujeres en estos barrios. Se trata de un nuevo orden moral que toma a las chicas como rehenes, que deben preservar la virginidad para preservar el honor de la familia, por lo que se pueden ver obligadas a tener que buscar sus parejas fuera de su círculo social y mantener relaciones sexuales anales, llegando a situaciones de desamparo extremo.

Para Morrissey, por culpa del feminismo las chicas viven en una carrera continua intentando sacar tiempo para triunfar en el trabajo. Dado que el feminismo parece no ansiar ya tanto reducir los vicios de los hombres como hacer permisible entre las mujeres lo que siempre fue permisible entre los hombres. Se espera que los varones sean capaces de reconocer el esfuerzo que realizan y no sólo que les echen una mano, sino que compartan por igual la responsabilidad familiar.

Es necesario que la mujer no adopte tampoco posiciones autocompasivas, desarrollando la fe en sí misma, optando dedicar más tiempo a la formación y especialización profesional, liberando parte de las obligaciones caseras en el resto del núcleo familiar. Es curioso que en el camino hacia la igualdad, las mujeres copiaron el modelo masculino, donde las virtudes femeninas brillaban por su ausencia.

En los últimos años, los hombres han dejado de ser el sexo fuerte; en algunos estudios, además, se ha comprobado que la vida en pareja causa más estrés en la mujer que el trabajo. El feminismo mal entendido dio paso a la negación de la caballeridad y el machismo fue una buena razón para la rebelión de la mujer. En los años 90, Betty Friedman en “La mística femenina” afirmaba que el feminismo no requería darle la espalda al amor, los hombres..., incluso a las frivolidades de la moda y el deseo de resultar atractivas, como sucedió durante décadas anteriores donde muchas mujeres optaban por el desarreglo (incluso no depilándose).

Antes de la revolución de los 60, el sexo era un bien productivo y después se transformó en un bien de consumo. La idea del sexo como pecado se impuso sobre la idea de sexo como ternura o fuente de placer recíproco, desembocando en muchas ocasiones en comportamientos patológicos (neurosis y psicosis). A partir de ese momento el hombre dejó de hacer algo a las mujeres para hacer algo por ellas. Hoy en día algunos lo consideran un bien de intercambio, de cooperación mutua, de hacer con. El concepto de sexo como fuente de placer recíproco desapareció a medida que sus vidas quedaban rígidamente divididas por exigencias sociales. La mujer busca en su pareja alguien que la acepte como una igual y la valore en la individualidad: según Masters & Johnson, allí donde existe la igualdad de sexos, la liberalización de la mujer libera al hombre. La mujer sexualmente liberada aprende la importancia de ser libre para expresar sus sentimientos y junto a su pareja llega al éxito juntos fracasan, unidos en un esfuerzo común.

Hay un aumento de la ambigüedad y en ella hay mayor acomodo a la femineidad, feminizándose el estilo masculino; el varón empieza a tomar conciencia como objeto sexual y se empieza a liberar de “responsabilidades supremas”. La mujer ya no valora tanto la virilidad ni la fuerza física y empieza a desear más la ternura y la confianza en sí mismos, sin negar valores como eficacia o competencia. El hombre ha empezado a perder su espacio público y laboral, mientras que la mujer ha ocupado mayor espacio laboral, sin abandonar su espacio en el hogar, lo que hace que cuando el hombre está en situación de desempleo, este se deprima más porque sólo obtiene autoestima de sus actividades públicas y de trabajo.

Debemos conseguir que las diferencias no se vuelvan jerarquías de prestigio y poder. Los hombres deben cambiar y dar más importancia al cariño y al cuidado de los demás. El hombre debe ir abandonando viejos clichés de superioridad o de la presunta superioridad de su género, descargando responsabilidades y obligaciones consideradas hasta ahora masculinas y no avergonzarse en mostrar sus debilidades. La autoridad no la da el dinero y, por tanto, no se debe interpretar que la autoridad la ejerza quien lo aporta, ni quien ocupa el sillón más cómodo, el coche más grande, etc.; debe asumir que también ella puede enseñarle a evolucionar, a aumentar sus conocimientos.

La higiene personal y una cierta preocupación por el aspecto físico debe verse como algo normal, saberse sentir deseado, piropeado, cortejado, etc. La cuestión no es hacer el amor, es sentirse amado. Se debe dar paso a una relación en que la mujer marque sus pautas y territorios no en competencia, sino en colaboración con el hombre, más activa sexualmente, cediendo pasividad y actuando más directamente reclamando su papel como pareja.

Para Krista Walochik, a nivel laboral se busca un entorno más humano. Muchas mujeres buscan una carrera profesional de alta dirección, camino comprometido, sacrificado y competitivo y a veces se encuentran con que carecen del apoyo social y familiar, mientras que otras que querrían dedicar algún tiempo a sus familias temen “perder el tren” a los puestos de responsabilidad, por lo que muchas prefieren compatibilizar ambas esferas. También se ha observado que las mujeres se implican más en los problemas del otro, lo que la hace pilar importante en profesiones con contacto humano (sanitarias especialmente). Se trata de romper el paradigma vida familiar/vida profesional, por lo que hay que pensar en nuevas fórmulas vitales. Cuando haya tantos hombres como mujeres con jornada reducida, estaremos en el camino correcto para el cambio.

En palabras de Clara Abellán (2001) “tenemos el compromiso ineludible de dejar una sociedad igualitaria de facto, no sólo de derecho, como la actual”.

## **EL LENGUAJE SEXISTA**

Según Ana Freixas y M<sup>a</sup> Luisa Calero, a través de las tendencias sesgadas por género se puede contribuir al obscurecimiento del sexo femenino. La igualdad de derechos ente hombres y mujeres no es una realidad tangible. La discriminación social de la mujer ha dado pie a ciertas designaciones. Los términos de parentesco y la antroponimia resulta revelador. Los romanos distinguen entre los parientes del padre y de la madre, lo que indica papeles distintos. Las definiciones daban prioridad en la línea de herencia y secesión en la familia.

La Mater es vista como madre, como procreadora  
El Pater como jefe de la casa, su jerarquía dentro de la familia, carácter social.  
TIOS: Matertera - Tía materna  
Amita - Tía paterna  
Avunculus - Tío materno  
Patruus - Tío paterno  
Ania - Abuela  
Auus - Abuelo  
Sorer/Sonus - Suegro/suegra  
Levir - Cuñado - Hermano del esposo  
Fatria - Esposa del hermano  
Glos - Cuñado - Hermana del esposo  
Gener - Yerno - Esposo de la hija  
Nurus - Nuera - Esposa del hijo

Se incurre en sexismo lingüístico cuando se emite un mensaje que, debido a la forma y no a su fondo, resulta discriminatorio. La lengua en sí no discrimina a la mujer, sino el contexto del oyente y del hablante. La obsesión por imponer el silencio a las mujeres parece darse en muchas culturas; el lenguaje no puede desarrollarse fuera de la sociedad; Adán no se lo enseñó a Eva, sino que surgió del contexto entre ambos. En cambio, para Irigaray, las mujeres son las transmisoras de los moldes lingüísticos, lo que convierte a la mujer en el soporte del conocimiento. El lenguaje es el reflejo de la comunidad que lo ha creado y la usa y... el léxico está muy sujeto a la voluntad designadora y a los cambios sociales

El lenguaje dirigido a mujeres y a hombres es distinto. Esta diferenciación lingüística no comienza con el nacimiento, sino a los 10 años, cuando niños y niñas siguen tendencias lingüísticas distintas. Los chicos ganan independencia lingüística, con un lenguaje más duro, mientras las chicas deben cumplir reglas. No se debe considerar al hombre como el rasero por el que medir el comportamiento lingüístico femenino. Las niñas son educadas para manifestar sus sentimientos y los hombres para controlarlos.

Cuando las mujeres ocupan posiciones sociales y roles secundarios, la conducta lingüística es subordinada. En los niveles más bajos, las mujeres se encuentran a merced del poder de los maridos, compañeros, etc. En los grupos de estatus elevado, las diferencias tienden a diluirse al agruparse ambos géneros.

## LOS ANTROPÓNIMOS

Los nombres tienen como función individualizar, y ello ha influido en que cada cultura haya dado a cada sexo el nombre que creía más acorde, siendo el de las mujeres inferior al de los varones, bajo la creencia de que se convertiría en la guía que conduce al niño a imitar las virtudes de un santo o personaje reverenciado, de forma que el nombre tenía un significado reconocible para todos los habitantes. La intención de dar un nombre es positiva, salvo que se refiera a un apodo (Claudio, Cecilia). Nombres de animales, plantas u objetos; en los nombres de plantas, muchos provienen de los árabes o los relativos a oficios, sobre todo en varones, porque las mujeres fueron apartadas, destacando en ellas el estado conyugal y en el varón la clase social. También hay una gran cantidad de nombres referentes a Dios o ligados a la religión, así como otros a comportamientos o circunstancias.

Mujer: Destaca la pureza, dulzura, gentileza, compasión, donaire o seducción

Hombre: Alegría, bondad, constancia, audacia, valentía, virilidad, nobleza, sabiduría, oratoria y gloria.

La lengua proyecta en el hablante ciertas imágenes que identifican género con sexo. El contexto se utiliza para que nos ahorremos palabras, pero nos convierte en sus prisioneros de forma inconsciente, produciéndose cierto “bloqueo cerebral”, de forma que hay palabras sin marca de sexo, pero que, por costumbre, pueden asociarse como machistas (jóvenes), ya que la lengua proyecta a los hablantes ciertas imágenes. Las palabras rara vez tienen significado por sí mismas, sino que adquieren su significado por contraste con otras palabras. “Cada palabra quiere decir lo que yo quiero que signifique” (Humpty Dumpty).

En lengua hay 2 tipos de significado de las palabras:

El Denotativo o conceptual de la palabra

El Connotativo, que es el significado secundario o “emoción” que acompaña y que no tiene por qué ser idéntico en todos los idiomas. Suele estar restringido a la comunidad que lo utiliza y pueden variar en el tiempo.

En ocasiones se ha recurrido a animales o partes para asociaciones o eufemismos. Suelen ser 4:

- Designación
- Descripción o comparación
- Elogio
- Insulto

Existen los duales aparentes, esto es, cuando el nombre de un animal en masculino suele ser algo y en femenino, insulto (Zorro/Zorra). En ocasiones, el insulto al hombre tiene de víctima a la mujer (Cabrón). No se trata de cambiar el lenguaje, sino de revisarlo y cambiar la mentalidad del uso incorrecto. Los insultos, tanto para hombres como para mujer, suelen hacer referencia a la conducta de la mujer; suele haber una mención a la promiscuidad femenina frente a la permisibilidad masculina, así como escasa templanza intelectual o el poco aseo personal y del hogar, cuando no se menciona su carácter díscolo o incluso su incapacidad procreativa. Existen también insultos hacia los hombres que viven a costa de las mujeres o aquellos que pueden entrometerse en las tareas domésticas, así como eufemismos o disfemismos de la prostitución, caracterizando su cuerpo como animales relacionados con su carácter reproductivo o su capacidad de ser “montadas” o, así mismo, a su capacidad especialmente activa; en resumen, mostrando a la mujer como objeto sexual. En los disfemismos destacan aspectos desagradables, humorísticos o irónicos, a veces hirientes. El eufemismo, sin embargo, pretende cubrir o disimular la vergüenza, como queriendo hacerlo pasar desapercibido, lo que llega a enmascarar la discriminación.

El lenguaje en sí mismo no es sexista, es el uso que tenemos de él, considerando a la mujer con su relación con el hombre y a este por su lugar en la sociedad.

También hay discriminaciones en los vocativos y tratamientos, siendo además el masculino el término no marcado, esto es, que sirve para ambos géneros. Niños y niñas aprenden a la vez, pero las mujeres se expresan mejor antes y desarrollan todas las formas del lenguaje antes, siendo los varones más hábiles a nivel espacial. Sin embargo, la superioridad verbal es superada por los niños a partir de los 15 años.

Se producen 3 fenómenos: a) Invisibilidad de la mujer en el lenguaje

b) Exclusión

c) Subordinación de un género al otro

Existe un problema de desigualdad de tratamiento lingüístico de las personas en forma de su sexo (el sexo de la lengua) y un problema de diferencias sexuales en el uso de las lenguas y variedades lingüísticas (la lengua de los sexos). Las profesiones “femeninas” reflejan el papel subsidiario sin correspondencia masculina. Cuanto más “despreciable” sea un trabajo, más necesario sería usar el “señora” (de los lavabos, de la limpieza, etc.); no se suele decir el señor de las basuras sino el basurero. Algunas sociedades han favorecido la cosificación o la animalización de los femeninos. La realidad evoluciona y el léxico expresa estos cambios. La mayoría de las veces, persiste un tratamiento discriminatorio. El formalismo Señora/señorita indicaba la importancia de saber el estado civil de la mujer, así como su disponibilidad en el mercado sexual/familiar. En algunos países, además, la mujer pierde el apellido al casarse.

Según Helena Feliu et al., si queremos alcanzar que cada una pueda partir de sí misma, muchas cosas deben cambiar, sobre todo el lenguaje. Las mujeres sufren porque no se expresan a partir de sí mismas, sino de lo que dicen los otros, siendo sus posibilidades de acción mucho menores que la de los varones. La feminidad como la masculinidad son estados naturales diferentes. La discriminación sexista se da en todos los lugares. No ha sido el azar, sino el sistema patriarcal el que ha hecho que los colectivos mixtos se identifiquen con su nombre en masculino, lo que oculta la presencia de las mujeres o la vincula al hombre. El registro de la mujer es menos impositivo, más cortés, con más emoción y sentimientos.

## **LAS REVISTAS FEMENINAS**

Desde el nacimiento de estas revistas, hacia 1811, sus objetivos han cambiado; han ido desde publicaciones frívolas, que podían presentar el modelo clásico de mujer (ama de casa, ángel del hogar, etc.), hasta los modelos actuales. En 1851 algunas publicaciones ya se lamentaban del “yugo al que el hombre somete a la mujer”, pero abrió 3 números y tuvo que bajar sus aspiraciones, pero ya se apreciaba un deseo de cambio en la consideración social de la mujer. En la actualidad busca un aspecto comercial además de formativo y orientador, estableciendo 3 papeles: madre, compañera y rival. En ocasiones nos presenta a la mujer como buscadora de la aprobación por parte del varón, como publicaciones de autoayuda. Muchas de estas revistas se dirigen a la mujer que está cambiando el mundo.

Se está produciendo una cierta homogenización que lo que hacen las revistas es despertar la reflexión con la difusión acerca de los modos de comunicarse para que cambien su forma de hablar. También sería interesante observar si esta revalorización responde a una nueva consideración de la mujer o a intereses económicos.

Para que la comunicación sea efectiva, ambos géneros deben poner de su parte y se invita a las mujeres a pedirle a sus compañeros. Al aumentar el número de mujeres que trabaja fuera del hogar, estas revistas también tocan temas laborales, aconsejando agresividad, dureza e impersonalidad (propias del estilo masculino) en contra del modelo femenino, como pedir porqués y explicar “no se debe asumir cualquier actitud sólo porque lo hagan los hombres”. Se les recomienda la cortesía positiva, para reducir las distancias jerárquicas, sustituyendo órdenes por preguntas y que busquen la colaboración con los demás, no considerar como debilidad pedir consejo.

EN EL ÁMBITO PRIVADO nos intentan mostrar las diferencias fisiológicas y biológicas. Algunas revistas muestran un varón devaluado; el modelo de mujer es más independiente.

### **ESTRATEGIAS DE ESTAS REVISTAS**

- Tener un lenguaje de tu a tu o nosotras, como estableciendo un vínculo entre autores y lectores, y a la vez con otras lectoras.
- Suelen utilizar un lenguaje con “imperativos de amiga” como si dieran un consejo o mediante testimonios de una igual o de expertos.
- Pueden aparecer decálogos de actuación o interiorizaciones retóricas. A veces utilizan estereotipos de género que puedan tender a afianzar los estereotipos femeninos.

Las revistas masculinas abundan de frases cortas y simples, principalmente centradas a exponer datos con sujeto + predicado. Las revistas para mujeres contienen formas impersonales, con abundancia de signos de puntuación, con oraciones subordinadas. Las frases simples son más comunes en las revistas de mujeres que de hombres. Estas, a su vez, son más relacionadas en las de mujeres, más interesadas en el “ser” y más materialistas en las de hombres, más interesadas en la acción. O sea, la mujer es más filosófica y el hombre más sexista.

### **EL LENGUAJE JURÍDICO**

No ha seguido el proceso jurídico de la igualdad de las mujeres. En ocasiones se antepone el estereotipo de belleza al profesional. Algunas conductas andocéntricas olvidan a la mujer por la relación con su pareja. En muchos casos se antepone la palabra mujer donde en un caso parecido no se pone varón, sino que se presenta al profesional con su propio nombre. La mujer sigue invisible a menos que se necesite por razones de uso, y sólo aparece en determinadas actitudes o profesiones. En ocasiones, y a raíz de la moda de lo “políticamente correcto” se llega a situaciones que vulneran la economía lingüística o situaciones hilarantes.

En las fórmulas de cortesía tienden a desaparecer el encabezamiento de los documentos oficiales, sobre todo cuando se dirigen a cargos u órganos administrativos, no a personas concretas y, por lo tanto, el tratamiento tiende a ser indefinido.

### **SEXISMO DEL MERCADO LABORAL**

El sexismo puede ser tanto masculino como femenino, pero generalmente se usa para dirimir la desigualdad en detrimento de la mujer. En occidente, la mujer tiene reconocida la igualdad con el hombre, pero ninguna ley puede deshacer la barrera de los prejuicios. La mujer no accede a mejores puestos en la carrera profesional por la maternidad, que puede interrumpir su evolución. El problema, en ocasiones, es feminizar los nombres de la profesión. Los genéricos androcéntricos han provocado una discriminación injusta de la mujer; en la mayoría de los documentos administrativos, los cargos, puestos de trabajo y oficios emplean el masculino. A ser posible deberían usarse términos neutros o alternando los géneros.

## **SEXISMO EN LA ESCUELA**

En las escuelas se deben utilizar los términos epícuros, términos abstractos y si es necesario, la duplicación. El alumnado ideal es:

- Ed. infantil: Evitar la división de roles al organizar el espacio y no usar material sexista
- Ed. primaria: Uso de actitud crítica y libros no sexistas
- Ed. secundaria: Considera el lenguaje no sexista

En la actualidad, el sexismo en la escuela está en proceso de desaparición, aunque se siguen atribuyendo cualidades diferentes a cada uno de los sexos

## **SEXISMO EN LAS CIENCIAS DE LA SALUD**

Muchos libros de anatomía y fisiología, cuando se refieren al cuerpo femenino lo hacen reduciéndolo a la anatomía genital al modelo fertilista del cuerpo, reduciendo la vida sexual de la mujer a la maternidad, organizando en torno a la pubertad y el climaterio, que delimitan la capacidad reproductiva.

## **SEXISMO EN LA MÚSICA MODERNA**

En la música española de los últimos tiempos, todavía hay tics discriminatorios contra la mujer tanto si es escrita por hombres como por mujeres. En estos temas, todavía se presenta la actitud pasiva de la mujer, donde ella es la que da amor y él el que lo recibe.

Los hombres suelen fijarse más en el cuerpo, mientras que las mujeres optan por el corazón.

## **LAS ACTITUDES SEXISTAS Y MICROMACHISMOS**

Son consideradas formas menores de violencia, maniobras, hábitos o costumbres que ejerce uno de los sexos intentando una imposición de género. Cuando son del hombre hacia la mujer Luis Bonino las denomina micromachismos y el objetivo es mantener el dominio y superioridad de un género sobre otro o el intento del varón de recuperar el poder ante una mujer “rebelde”, sus efectos se dan por la reiteración de estas maniobras, ignorándose su realización, atribuyéndose a “problemas femeninos”. Para algunos autores, puede ser el caldo de cultivo para una violencia mayor. Esta se realiza mediante maniobras que pueden ser:

- a) **COERCITIVAS:** QUITAN la razón a la mujer, que siente que limita la libertad, mediante el temor a algo o a la imposición de ideas por argumentos lógicos, el control del dinero, espacio y tiempo de la pareja mediante la acaparación del tiempo libre o mediante “reuniones” de última hora.
- b) **ENCUBIERTAS:** Son las más ocultas y dañinas y disminuyen la confianza de la mujer, arrastrándola a situaciones que no desea mediante la sacralización de la maternidad, el aniñamiento tiránico el abuso de la capacidad del cuidado, así como la creación de una falta de intimidad, mediante silencios, engaños o negligencia de las propias actitudes (hacerse el tonto) o invasión del territorio común (con amigos, etc.), así como la delegación de las cargas domésticas

- c) DESAUTORIZACIÓN: Paternalismo, haciendo por y no con la mujer; elección forzosa (“si no haces x es porque no me quieres”), mediante terrorismo misógino con descalificaciones o menosprecio del éxito femenino.
- d) DE CRISIS: Sirven para conservar el status quo cuando hay una situación de crisis en la pareja que consisten en el hipercontrol, dar lástima que apelan al cuidado femenino, aceptaciones sin cambio de comportamiento (“tienes razón”), distanciamiento, amenaza de abandono, etc.



## **VIOLENCIA DOMÉSTICA Y DE GÉNERO (O POR RAZÓN DE SEXO)**

*El derecho a la libertad de las personas es el derecho a no ser amenazado. Secularmente ha sido un bien jurídico protegido... Además de violarse el derecho fundamental a la vida, también lo son otros como a la integridad física.*

(Monserrat Comas d'Argemir – Consejo General del Poder Judicial)

### **DEFINICIONES:**

La OMS define la Violencia como: “El uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte.” La OMS incluye la intencionalidad de producir daño en la comisión de estos actos.

También diferencia 3 tipos de violencia:

1. Autoviolencia: incluye el suicidio y la autoagresión;
2. La violencia interpersonal, incluye:
  - La violencia familiar y de pareja (entre convivientes) y
  - La violencia comunitaria: agresión por extraños al medio familiar
3. La violencia colectiva: que puede ser social, económica o política.

### **La Violencia familiar:**

Se define como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos, aunque los hombres también pueden ser sujetos pasivos de este tipo de violencia. Normalmente en España se le suele llamar violencia doméstica, y el Derecho Penal requiere que exista habitualidad.

### **Violencia en la pareja:**

Se define como aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima. Dos elementos deben tenerse en cuenta en la definición: la reiteración o habitualidad de los actos violentos y la situación de dominio del agresor que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la víctima. (Este término, con frecuencia, y a veces de forma errónea, se equipara en la literatura a violencia doméstica y a violencia conyugal.)

### **Violencia de género:**

Este término hace referencia a la violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Comprende la violencia física, sexual y psicológica incluidas las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de libertad, que ocurre en la vida pública o privada y cuyo principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer. (La Real Academia Española de la Lengua considera más correcto, en este caso, utilizar la expresión violencia por razón de sexo.)

La violencia doméstica es considerada un problema de salud pública de primer orden por organizaciones internacionales y gobiernos. La ONU, en 1995, estableció entre sus objetivos estratégicos la lucha contra la violencia ejercida sobre las mujeres y la OMS, en 1998, declaró a la violencia doméstica como una prioridad internacional para los servicios de salud; el mismo año en nuestro país se reconoció de forma explícita la violencia doméstica como un problema de estado y así se recogió en el “Plan de acción contra la Violencia Doméstica”

El mayor porcentaje de malos tratos, en especial la que afecta a mujeres y menores, se produce en ciudades de tamaño medio (entre 5.000 y 50.000 hab.) y acontece en todos los países y en las distintas clases sociales bajo diferentes formas.

### **EVOLUCIÓN Y POSIBLES CAUSAS**

El sexismo ha sido definido como la opresión y la explotación sistemática del ser humano sobre la base de su pertenencia al sexo femenino, la represión de las gentes basadas en una definición cultural de la feminidad y la masculinidad que impide a los individuos de los dos sexos realizar todo su potencial humano. Acabar con el sexismo es una cuestión de todos, hombres y mujeres, para conseguir una sociedad mejor y más justa.

La cultura de la violencia ha sido y es utilizada como un instrumento de poder y dominio del fuerte frente al débil, del adulto frente al niño, del hombre frente a la mujer, a través de los tiempos, y lo que Jewkes llamó la cultura de la violencia supone la aceptación de la violencia en la resolución de los conflictos.

El origen de la violencia por razón de sexo está en las relaciones jerárquicas de poder y dominación propias de las sociedades patriarcales en que el hombre está supervalorado y se infravalora a la mujer. Es una manifestación de poder superviviente de una sociedad patriarcal, que fomenta la discriminación y la agresividad contra el débil, física y/o psicológicamente, en que la pareja y los hijos son vistos, no como personas, sino como propiedad privada. En estos casos, el uso de la violencia sería utilizado por el maltratador para garantizar la sumisión de “aquello que le pertenece”. Va dirigido a destruir su autoestima.

En tiempo de guerra, la violación a la mujer ha servido como una manera de marcar el territorio conquistado, sometiéndolas a las más crueles agresiones para quebrantar la moral del enemigo; incluso en algunas sociedades, la violación de la mujer sólo es importante por la ofensa que se realiza al hombre y no por la agresión a la mujer en sí.

El uso de la mujer como objeto sexual es una triste herencia de la sociedad patriarcal, en la que los hombres se creen con derecho a disfrutar del sexo sin contar con los deseos de su pareja. En ocasiones, algunas instituciones (como la Iglesia

Católica en la cultura occidental) han apoyado esta creencia, aconsejando a la mujer sumisión a los deseos del varón, haciendo un flaco favor a la denuncia de casos de violencia sexual; muestra de ello es la encíclica de Juan XXIII, en 1962, en que amenazaba con la excomunión a quien divulgara los casos de abuso por parte del clero.

En febrero de 2002, la Audiencia de Valencia absolvió a un anciano denunciado por su mujer por esta causa, debido a la escasa cultura de la pareja. En este caso, el párroco de Requena decía a la mujer que “aguantase”.

Hasta hace poco la violencia dentro del ámbito familiar no era delito, porque se entendía que pertenecía al ámbito privado. Por ello, casi siempre, ha sido invisible. Independientemente del ámbito público o privado, las agresiones físicas o psicológicas que vulneran los derechos fundamentales atentan contra la ética individual y social. Esta violencia muestra claramente las desigualdades hombre/mujer, una sociedad machista en la que el hombre ha gestionado todas las áreas de poder y decisión. En una sociedad tan competitiva como la occidental, desde niños los hombres aprenden a responder agresivamente y se les entrena en competir, luchar, etc., mientras que a las mujeres se les fomenta actitudes pasivas, de entrega y obediencia.

La realidad social nos demuestra que la mujer no goza de los mismos derechos que el hombre. Según un informe del año 2000 del Fondo de Población de la ONU un tercio de las mujeres en el mundo han sido maltratadas, 130 millones han sido objeto de mutilación genital y cada año 4 millones de mujeres o niñas caen en las redes de comercio sexual. Ya en 1999, la ONU apuntaba que la violencia por razón de sexo mata más que el cáncer, que 1 de cada 5 mujeres sufría abusos diarios en Europa y que un 20% de la población femenina mundial ha sido víctima de violencia física o sexual. El 35% de las mujeres maltratadas ha intentado suicidarse alguna vez, el 70% de los maltratadores ha abusado sexualmente de su víctima y el 6% lo ha hecho también sobre sus hijos.

La declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de la ONU considera que los derechos humanos de las mujeres y la infancia son una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos; por lo tanto, la violencia por razón de sexo es un atentado contra los derechos humanos, contra los derechos fundamentales de las personas.

El día 25 de noviembre se considera el día contra la violencia de género, en recuerdo del brutal asesinato de las tres hermanas Mirabal en 1960, a manos de los medios de represión del mandatario dominicano Trujillo, cuando luchaban por los derechos de las mujeres en su país.

Cuando hablamos de violencia doméstica, no sólo estamos hablando de hombre-mujer, sino también de cualquier miembro de la unidad familiar. Este tipo de maltrato puede ser:

- Por negligencia: Es el más habitual en niños y en ancianos impedidos, por falta de cuidados.
- Físico: El más conocido y demostrable. Incluye la violación dentro del ámbito familiar.
- Emocional: Mucho más sutil y difícil de demostrar.

El maltrato doméstico puede afectar al 50% de las mujeres en el mundo. En España, afecta alrededor del 20-24% (unas 640.000) entre los 18 y 64 años, que lo han sufrido alguna vez en su vida por parte de sus parejas.

Respecto del acoso, denunciarlo no es fácil, por las dificultades en definirlo, probarlo y por lo mucho que se juegan las víctimas. En 1996 se denunciaron 13.198 casos y en 1997, 24.641 casos. Fueron asesinadas 65 mujeres en 1995, 96 en 1996 y 91 en 1997. Es imposible saber si lo que están aumentando son las vejaciones o la valentía para denunciarlas y contarlas.

En los malos tratos a menores parece influir el tipo de familia monoparental; suele ser la madre la que más maltrata emocionalmente, mientras que el padre suele tender al maltrato físico. La solución no está en estigmatizar a estas personas, sino en ayudarlas, ya que en muchas ocasiones ellas han sido víctimas de malos tratos en el hogar paterno, conyugal o en ambos. Muchas personas maltratadas eran hijos/as de maltratadores/as y no saben distinguir el abuso, al no entender otra forma de relación, ya que conforman su personalidad en función de la violencia.

Los agresores, sin ayuda, no cambian, bien porque necesitan la violencia para afirmar su valía como seres individuales, o bien porque logran con ella una gran satisfacción emocional y eso no se modifica con amor.

Los agresores pueden ser violentos física y psicológicamente y no se sienten intimidados por la justicia. Es una visión irreal del amor: o bien no quieren a la pareja o la quieren de modo enfermizo. Son posesivos, celosos, se irritan fácilmente, no controlan sus impulsos, culpan a los demás de sus problemas, consideran a la otra persona como su posesión y no permiten ningún intento de separación o independencia. No hay que aceptar ningún tipo de violencia; cuando llega la primera bofetada, por regla general, ya ha habido antes muchos hechos inaceptables. Cada abuso facilita el siguiente.

La principal orientación contra la violencia se debe centrar en la reeducación del maltratador, en la educación no sexista y políticas igualitarias, aunque de ser eficaces, lo serán a largo plazo. Por su parte, la persona agredida debe tomar la responsabilidad de proteger su integridad física y psicológica y para ello la mejor solución es cortar la relación, aunque esto no detiene los ataques. Las casas de acogida no son una solución, sino la respuesta a una situación de emergencia. La solución pasa por la prevención mediante la educación de las personas (víctima y agresor) y de soluciones jurídicas y de tratamiento del maltratador. A las mujeres, además se les debe permitir que tengan mayor control y autonomía sobre su cuerpo, su sexualidad y su fertilidad. Dice Inés Alberdi que la desesperación del hombre al ver próximo el fin de su superioridad, junto con la progresión de las libertades femeninas, podría explicar el aumento de los casos más dramáticos de la violencia doméstica.

En la actualidad se discute si la prostitución es una profesión o un vestigio de la esclavitud sexual; no es lo mismo vender la fuerza de trabajo que mercantilizar con el cuerpo. Ya no se criminaliza la prostitución, sino a aquellas personas que utilizan amenazas, violencia o engaño para que otros la ejerzan. Hay que hablar no sólo de la prostituta, sino del proxeneta, del cliente, sus secuelas, etc.

Al modernizar la familia se convierte en una institución resultante de una interacción cooperativa fruto de unos intereses comunes, donde cada cónyuge trata de satisfacer al máximo sus propias preferencias, con la limitación de no obligar al otro si su bienestar dentro de ella es inferior al que alcanzaría fuera. La inexistencia de intereses comunes no impide la preocupación por el bienestar del otro; desgraciadamente, a veces para uno de ellos la violencia es uno de los medios para satisfacer sus propios intereses.

La violencia doméstica cumple dos papeles:

- a) Instrumental: Para conseguir que el otro modifique su comportamiento. Tenderá al maltrato físico.
- b) Expresivo: como medio de manifestar su estatus o sus frustraciones. Pretende manifestar su comportamiento. El maltrato será psicológico.

En ambos casos se trata de una agresividad contenida dentro de ciertos límites que, si se sobrepasan y la persona agredida no aguanta y abandona la familia, o si muere por su causa, ésta dejaría de cumplir sus fines instrumentales o expresivos.

La modernización económica supone que el cónyuge agresivo maximiza su bienestar de la combinación óptima para él entre las transferencias de renta, dada la restricción que supone que le abandonen. En la mayoría de casos, la mujer es la que depende económicamente de su pareja y los agresores se comportan como si “compraran” mediante transferencias de renta el aguante de su pareja. Algunas implicaciones son:

- 1) Relación inversa entre violencia y nivel de renta de la mujer: un incremento de renta de ésta hace decrecer la agresividad que padece. Disminuye capacidad de aguante.
- 2) La existencia de oportunidades no pecuniarias ante la violencia (casas de acogida, apoyos, etc.) disminuyen la violencia y aumentan el bienestar. En la medida en que el umbral de tolerancia de la persona agredida sea desconocido para su pareja, el uso de estos servicios sirve como señal de que, o bien abandona la violencia o lo dejará sólo. Explicaría porqué algunas mujeres utilizan estos servicios para luego volver al hogar o retirar la denuncia.
- 3) Un incremento en la renta de los maridos violentos tiene un efecto ambiguo sobre sus niveles de agresividad; mayores ingresos les permiten financiar mayor violencia expresiva y les facilitan la “compra”, o bien les hacen reducir la violencia instrumental y tienden a alterar su pauta hacia la violencia psicológica.
- 4) Menos hijos o de menor edad afectan negativamente a la violencia doméstica, ya que el mayor desamparo lleva a la mujer a rebajar su tolerancia.

La violencia doméstica tiene carácter cíclico e intensidad creciente. Estos ciclos cada vez son más cortos, las agresiones más frecuentes, intensas y peligrosas, llegando un momento en que desaparece la fase de arrepentimiento, llamada “luna de miel”, para acabar padeciendo el “síndrome de indefensión aprendida”.

## **TIPOS DE AGRESORES**

### **Agresor Dependiente:**

Es el más frecuente (60-80%). Suele tener un pobre concepto de sí mismo, se siente fracasado en su vida personal y social, suele abusar de drogas (alcohol, cocaína, marihuana, etc.) y busca en el dominio de la otra persona la afirmación de su valía, con gran cobardía y dependencia de su pareja. Celoso, posesivo, desconfiado, no acepta que la pareja tenga su propia vida. Su amor es nacido de la cobardía, del miedo a vivir. Este tipo de agresor suele tender a suicidarse después de matar a su pareja.

### **Agresor Psicópata: (20-40%)**

Su problema es que no quiere a nadie, desconoce por completo lo que es el amor

o cualquier otro sentimiento. Tiene un gran ego, es astuto, mentiroso, manipulador y no siente arrepentimiento. Este tipo de agresor es el más cruel. Suele ejercer las conductas violentas tanto dentro como fuera del hogar.

### **Dos subgrupos:**

***Psicópata instrumental:*** Posee a su pareja porque de ella obtiene ventajas económicas, sexuales o sociales. No goza del hecho de dominarla o esclavizarla, sino por los beneficios que le proporciona. Abandonará a su pareja si son muchos los inconvenientes, o si encuentra otra pareja a la que engañar.

***Psicópata posesivo:*** No necesita sus servicios, sino la excitación emocional, la omnipotencia que le proporciona ser su amo. Es el más peligroso, porque no cambia con tanta facilidad de víctima.

En algunos casos puede haber toxicomanías asociadas o desencadenantes de la violencia:

- 47'97 % - alcohol.
- 16'34 % - alcohol y otras drogas.
- 7'34 % - drogas.
- 9'44 % - carácter violento.
- 2'39 % - trastornos mentales.

Contra la violencia es necesario conocimiento, coraje y prudencia. Cuando un hombre ofende o coarta gravemente, la libertad se debe tener el coraje de romper y no aceptar las ideas erróneas sobre el amor, actuando con decisión y rabia contenida

### **PERFIL DEL MALTRATADOR**

Si para Javier Urrea, es en la infancia y en la adolescencia donde se pierde el respeto a la mujer, para José Sanmartín, el agresivo nace y el violento se hace.

La mayoría de los agresores sexuales no son enfermos mentales; sólo entre un 12 y 20 % de los casos obedece a factores biológicos; el resto es atribuible a condiciones culturales y sociales como el desempleo, la vivienda inadecuada y las drogas\*. En la población general, los hombres suelen desarrollar más conductas violentas que la mujer; sin embargo, en los pacientes ingresados en psiquiatría, suele ser al revés, sobre todo en lo que se refiere a las agresiones verbales.

\* (Las drogas de diseño afectan al equilibrio neurotransmisor; un adicto al éxtasis tiene un 80 % menos de serotonina –moderador de la agresividad).

Casi ningún maltratador reconoce tener un problema de conducta que destruye a los que se encuentran en su entorno más inmediato; incluso llegan a adoptar el rol de perjudicados. Entienden que se les imponga una sanción y piensan que con ello “pagan” el daño causado, lo que no implica que tenga sentimientos de culpa. Cuando estas personas aceptan la intervención del terapeuta, es cuando reconocen su debilidad, sus miedos y su baja autoestima.

Retrato-robot del maltratador:

- De niño vivió en ambientes violentos.
- Presentan una gran dependencia emocional hacia su pareja, reforzada por la dificultad para expresar sus emociones, tanto negativas como positivas.
- Al comienzo de la relación, presionó a la pareja para que se comprometiera. Es celoso, vigilando y persiguiendo a su pareja, y no acepta que le rechacen, por lo

- que la relación será para siempre.
- Interroga a su pareja para saber todo de su vida sin contar nada de la suya.
  - Es muy celoso y está pendiente de controlar “lo que cree suyo”.
  - Es posesivo y tiende a aislar a su pareja de la familia y amigos.
  - Utiliza la amenaza e intimidación como medios de control y abuso, quitando importancia a los incidentes de abuso y justificando la violencia. Sufre cambios súbitos de ánimo. En caso de ruptura, intenta implicar a los familiares y cree que las personas que le rodean están en su contra, echando la culpa a otros por sus errores.
  - Resuelve los conflictos con hostilidad, intimidando o siendo agresivo. Parece rígido en su forma de pensar. La gente le teme y nadie quiere enfrentarse a él.
  - Cuando tiene ataques de ira, rompe cosas con contenido simbólico.
  - Proyecta emociones extremas sobre otras personas.
  - Utiliza el dinero para controlar las actividades, compras y la conducta de su pareja.
  - Es mentiroso y tiende a victimizarse.
  - Es un gran manipulador.
  - Puede haber golpeado o maltratado a otras mujeres anteriormente, habiendo tenido más de un incidente de pareja, pudiendo haber sido detenido por ello o por amenazas.
  - Toma drogas, afirmando que ellas son la causa de su comportamiento violento. Los celos patológicos van acompañados habitualmente del consumo abusivo de sustancias tóxicas. (El alcohol, la cocaína, etc... no son la causa de la violencia, pero desinhiben y dan rienda suelta a los factores que la provocan: celos, prejuicios, cultura, etc.).
  - Emplea mucho tiempo en hablar de su pareja, de que gran parte de la valía de esta se deriva del hecho de que ella no es nadie sin él, haciendo comentarios que le llevan a pensar que se siente poderoso y dominador, empleando los “privilegios de ser varón”.
  - Cuando se ha recuperado el régimen de visitas, el interés por ver a los hijos/as es el de poder manipular a su pareja y entorno.
  - SU PAREJA (y/o familia) LE TIENE MIEDO.

Cuando el maltratador es alguno de los padres, este suele ser extremadamente celoso o protector y suele darse cuando concurre la ausencia del cónyuge del hogar, favorecido mediante regalos inapropiados.

## **LA PERSONA MALTRATADA**

Al principio se intenta salir de la relación, pero cuando no es posible, el amor se vuelve miedo y odio. Desde fuera resulta difícil entender por qué las personas maltratadas soportan una convivencia bajo la violencia, o incluso porque regresan cuando ya han dado el paso de abandonar. Su inacción se debe a un trasfondo depresivo, causado por la propia situación que produce trastornos emocionales profundos y duraderos: el trastorno de estrés traumático y la depresión mayor; la baja autoestima, el embotamiento afectivo y el aislamiento social. Las personas maltratadas hablan de sentimientos de culpa, vergüenza, miedo e indefensión, que en un 55% de los casos subsisten incluso a largo plazo.

El maltrato continuado desencadena el denominado síndrome de la indefensión aprendida o síndrome de la mujer maltratada, en que la víctima acaba asumiendo las agresiones como un castigo merecido y piensa que la solución le es ajena, justificando la conducta del agresor, por lo que no es extraño encontrar personas que llegan a considerar “normal” un cierto grado de violencia en sus parejas (“mi marido me pega lo normal”). Estos casos no son masoquismo.

Como ya hemos visto, el agresor no suele ser un enfermo mental, sino una persona que acepta la violencia como forma de doblegar a otros. El maltrato psicológico muy severo acaba minando la autoestima. Una de las claves del abuso es el secreto

Generalmente nos olvidamos de las víctimas secundarias, de los daños colaterales: la familia de la persona agredida, que ni se mencionan en las terapias.

Según Roy (1977), algunas de las razones por las que soportan estas agresiones son:

- a) Esperanza de que la pareja cambie.
- b) No tener donde ir.
- c) Temor a las represalias.
- d) Preocupación por los hijos
- e) Dependencia económica.

Walker (1984), define un ciclo típico de violencia:

1ª Fase: Acumulación de la tensión. Al aceptar o rechazar las exigencias de su pareja evita o acelera el maltrato. Algunas parejas no pasan de esta “guerra de desgaste”.

2ª Fase: De descarga. Se trata de descargar las tensiones acumuladas y se pierde el control de la situación.

3ª Fase: De arrepentimiento. El maltratador muestra una aflicción y promete tratar de reparar el daño causado. El castigo se asocia a un refuerzo inmediato con episodios de afecto. Pero el maltrato se hace más frecuente y severo, disminuyendo las fases de arrepentimiento.

Adaptarse a las exigencias del maltratador es una respuesta adaptativa para aumentar la supervivencia. Cuando la mujer intenta romper la situación, aumentaba el riesgo de sufrir un aumento en la agresividad del maltrato, pudiéndose llegar al homicidio.

En muchas personas maltratadas se desencadena baja autoestima, con un carácter dependiente y una idea errónea sobre el papel social que tienen que cumplir; han sido educadas en valores sociales muy tradicionales y suelen sufrir carencias afectivas. El aislamiento favorece que dependan más del agresor y el refuerzo de conductas inadaptadas le conducen al mantenimiento de la depresión. Para Cascardi y O’leary, un nivel adecuado de autoestima actuará como amortiguador ante la aparición de la depresión.

La salud es clave del desarrollo: una mujer saludable tiene peso económico para producir bienes y servicios útiles a la comunidad. Según Jeanne McCauley, las personas maltratadas tienen mayor tendencia a padecer problemas de salud, físicos y psíquicos mal definidos como diarrea, inapetencia, cefalea, dolores de abdomen, espalda, pelvis, palpitaciones, disnea, insomnio, problemas ginecológicos, etc., así como lesiones agudas en múltiples puntos o incluso discapacidades permanentes.



La persona maltratada suele blindar su intimidad, por muy nociva que ésta sea para su salud, ocultando las marcas, e incluso llegando a aislarse en casa hasta que estas desaparecen.

El elevado estrés que acaba padeciendo motiva somatizaciones, sufrimiento, confusión, ansiedad, cuadros ansioso-depresivos inespecíficos, comportamiento disociado, desesperanza, abandono (manifestado en bulimio/anorexia) y aislamiento social, abuso de sustancias tóxicas y trastornos de estrés post-traumático, que aumentan la probabilidad de suicidio (un 12% han pensado alguna vez en ello y un 6% lo han intentado. El mayor porcentaje se presenta entre los 17 y 28 años).

Como prevención y actuación contra los malos tratos se debería:

- Hacer hincapié en que la justicia sea más rápida y contundente en la protección de la víctima y castigo del agresor.
- Aumentar las prestaciones asistenciales, para que la víctima reciba apoyo y auxilio cuando quiere escapar de una relación violenta, mediante asistencia jurídica y psicológica.
- Se ha de educar al violento para que sea capaz de mantener relaciones de igualdad y respeto.
- Se debe hacer hincapié en la escolarización de las niñas y la alfabetización de las mujeres en general, aumentando de esta forma su preparación cultural y su autoestima.
- Por parte de la sociedad, eliminar las actitudes e imágenes sexistas.

El Instituto Nacional de Empleo (INEM) dispone en la actualidad de partidas presupuestarias para atender las necesidades de trabajo y formación de la mujer que abandone el hogar por malos tratos.

## **TIPOS DE MALOS TRATOS**

Félix López habla de:

- a) Las conductas del agresor, Coerción: La fuerza física, presión y/o engaño.
  - b) Asimetría de edad: impide la libertad de decisión.
- El tipo de conductas sexuales que tiene lugar entre ambos.
- El concepto de maltrato lo encontramos en el DSM-IV y el CIE-10.

### ***FÍSICOS***

Es todo acto no accidental que provoque daño físico o enfermedad.

### ***PSÍQUICOS***

Es toda hostilidad verbal y no verbal que perjudica directa o indirectamente la estabilidad emocional. Todo acto o conducta que produce la desvalorización o sufrimiento de la persona atacada. Puede venir acompañado del daño físico.

### **Los más habituales son:**

#### ***Humillaciones:***

Conductas ultrajantes, insultos, crítica de comportamientos y/o apariencia (aspecto físico). También se incluye forzar a mantener relaciones sexuales y a presenciar actos groseros. Todo ello erosiona la autoestima e incrementa el abuso por parte de quien lo ejerce.

### ***Intimidaciones:***

Son conductas que se pueden sentir por la víctima como una amenaza para su persona o la de sus seres queridos. El agresor tiene comportamientos posesivos, de celos, restringiendo los contactos sociales y/o familiares, e invadiendo espacios propios de la víctima, sobrecargándola de responsabilidades, llegando incluso a la distorsión de la realidad, arrastrando a la víctima a cuestionarse sus creencias, percepciones, valores, etc. Acaban causando en la víctima miedo y ansiedad ante su seguridad física y emocional mediante conductas como exhibir donde guarda el arma o hacer alardes agresivos en público.

### **DELITOS SEXUALES:**

Hasta 1989 denominaban delitos contra la honestidad; a partir de entonces, pasan a denominarse Delitos contra la libertad e identidad sexual. Hasta ese año era la mujer quien debía demostrar su inocencia (o se le hacía sentir así), por lo que muchas mujeres acababan por no presentar denuncia. Además, la violación dentro del matrimonio no estaba tipificada como delito, no sólo en España, sino también en otros países de nuestro entorno.

### **AGRESIONES SEXUALES**

Son aquellos actos que atentan contra la libertad sexual, implicando violencia e intimidación, sin consentimiento de la víctima, aún cuando haya relación familiar entre víctima y agresor, en cuyo caso las consecuencias traumáticas son mucho mayores. La víctima puede tener, además, pensamientos autoinculpatorios si la agresión ha sucedido por ir sola por la calle, que se manifiesta mediante depresión y ansiedad ante la idea de volver a encontrarse con su agresor y las represalias en caso de denuncia.

Las agresiones sexuales se recogen en el actual Código Penal, en el capítulo I del título VIII, que trata de los delitos contra la libertad sexual (arts. 178 a 180). Se dividen en:

Agresión sexual: (Artículo 178 CP)

Son los atentados contra la libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación. Se castiga con penas de 1 a 4 años de prisión.

Violación: (Artículo 179 CP)

Cuando la agresión sexual consiste en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías. Se castiga con penas de 6 a 12 años.

Ambas conductas se condenan de forma agravada, según el artículo 180 CP, cuando concurre alguna de las siguientes circunstancias:

- 1ª Cuando la violencia o intimidación ejercidas revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio.
- 2ª Cuando los hechos se cometan por la actuación conjunta de dos o más personas.
- 3ª Cuando la víctima sea especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad o situación, y, en todo caso, cuando sea menor de trece años.

4ª Cuando, para la ejecución del delito, el responsable se haya prevalido de una relación de superioridad o parentesco, por ser ascendiente, descendiente o hermano, por naturaleza o adopción, o afines, con la víctima.

5ª Cuando el autor haga uso de armas u otros medios igualmente peligrosos, susceptibles de producir la muerte o alguna de las lesiones previstas en los artículos 149 y 150 de este Código, sin perjuicio de la pena que pudiera corresponder por la muerte o lesiones causadas.

Las anteriores conductas se castigan con las penas de prisión de cuatro a diez años para las agresiones del artículo 178, y de doce a quince años para las del artículo 179.

Se supone que el 90 % de las violaciones son puntuales y el otro 10 % reiteradas. Según la relación Agresor-Víctima, el 50 % son desconocidos, el resto son personas conocidas o con relación familiar y/o laboral. El grupo de edad con más violaciones es el que se halla entre los 18 y 25 años.

## **ABUSOS SEXUALES**

Se encuentran tipificados en el Capítulo II del Código Penal (arts. 181 a 183). Son todos aquellos actos que atentan contra la libertad sexual sin el consentimiento de la misma, ni violencia o intimidación. Se entiende que no hay consentimiento cuando la víctima es menor de 13 años o esta privada o padece trastorno mental y el agresor tiene una situación de superioridad que coarta la libertad de la víctima. Algunas de estas conductas son: Obligar a ver vídeos pornográficos, observarle mientras se desnuda o baña, tocamientos genitales de la víctima, obligar a la masturbación y masturbar, acceso carnal por cualquier vía, introducción de objetos por cualquier vía.

La pena se verá gravada cuando el abuso sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías (art. 182).

También se considera abuso sexual cuando se comete interviniendo engaño, según el art. 183 CP, con persona mayor de trece años y menor de dieciséis, y la pena se agrava cuando el abuso consiste en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras vías, y cuando concurriera la circunstancia 3ª o la 4ª de las previstas en el artículo 180.1 CP (víctima especialmente vulnerable y abuso de superioridad).

En la víctima se produce estrés post-traumático que se manifiesta con pensamientos intrusivos, evitación de estímulos relacionados con la agresión, trastornos del sueño, ansiedad, miedo, depresión y sentimiento de culpa, comportamiento desestructurado o agitado y dolores físicos.

### **Abuso sexual infantil:**

El menor es forzado a realizar determinadas actividades sexuales bajo presión psicológica ejercida por alguna persona que ostenta una posición de autoridad o poder sobre el menor, quien ofrece no dañarle a cambio de obtener cierto contacto sexual o le ofrece recompensas como son regalos, actividades sociales, su propia aprobación, etc. La asimetría de edad suele impedir la verdadera libertad de decisión, considerándose esta como de 5 años si la víctima es menor de 12 años, y 10 años cuando sea mayor a esta edad.

(\*) En los abusos a menores, la mayoría (91 %) se produce en niñas, siendo el grupo más afectado el de 13 a 15 años (35 % de los casos). La práctica más habitual es la de tocamientos por debajo de la cintura (casi un 40 %) y sólo un 1'8 % son penetrativas.

### **ACOSO SEXUAL (CP, art. 184)**

Es la conducta de naturaleza sexual u otros comportamientos basados en la solicitud de favores sexuales que afectan a la dignidad, la libertad sexual, el derecho de igualdad y a la no discriminación. Puede darse en los ambientes Educativo, Laboral y en prestación de servicio. Puede incluir comportamientos físicos, verbales y no verbales, para sí o para otro. Estas exigencias van acompañadas de proposiciones de mejora de trabajo, académicas o escolares, económicas o de otro tipo o incluso amenazas. Se considera que este tipo de comportamiento constituye un chantaje sexual. No sólo se produce entre un superior jerárquico, sino también en relaciones de igualdad, y entonces se denomina acoso ambiental.

#### **Acoso:**

La persona es perseguida, apremiada o importunada con molestias o requerimientos sexuales. Estas presiones pueden ser del tipo económico, laboral o social. En ocasiones llegan a deteriorarse las relaciones con las demás personas que conviven con acosador y víctima.

Se castiga con penas de arresto de 12 a 24 fines de semana.

Algunos autores hacen distinción entre acoso relacionado con el sexo y Acoso sexual:

Acoso relacionado con el sexo:

Situación en que se produce un comportamiento no deseado relacionado con el sexo de una persona con el propósito o el efecto de atentar contra la dignidad de la persona y de crear un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo.

#### **Acoso sexual:**

Situación en que se produce cualquier comportamiento verbal, no verbal o físico no deseado de índole sexual que tenga por objeto o efecto atentar contra la dignidad de una persona y, en particular, cuando se crea un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo.

Dentro del acoso sexual, destaca el que se produce en el puesto de trabajo que se inicia con insinuaciones verbales para ir avanzando hacia el acercamiento físico, con presión psicológica y que en ocasiones puede saldarse con el despido de la persona acosada cuando este es ejercido por el superior, dueño de la empresa o con la persona acosada de baja por depresión. Es una sutil trama de relaciones en las que existe un desequilibrio de poder entre los sujetos, aunque muchas veces este no siempre es consciente de ello por las muchas formas que tiene de manifestarse (chistes, bromas, tocamientos, etc.) que no siempre son conductas vejatorias. Cuanta más precaria es la situación laboral, más acoso se sufre. La mayor parte de las personas acosadas intentan evitar las situaciones desagradables, llegando a solicitar el cambio de puesto o de empleo (quizá influya en ello lo difícil que puede llegar a ser aportar pruebas).

## **VIOLENCIA EN MENORES**

Según José Sanmartín, 8 de cada 10 personas que maltratan a sus hijos están desempleadas y 6 de cada 10 residen en viviendas inadecuadas, lo que no quiere decir que sean más pobres. El desempleo y los problemas económicos, incrementan el nivel de estrés del afectado, lo que puede llevarle a delinquir para salir adelante.

Se educa a los niños en que si se portan mal, se les castiga. Así que piensan que si están siendo castigados es porque se han portado mal; tratan de hablarlo con otros niños, pero como a los otros no les pasa, llegan a la conclusión que la culpa es suya y que lo merecen, porque no conciben que sus padres les puedan hacer daño.

En el fondo, cuando hay violencia contra la madre también la sufren los hijos ya que suelen ser testigos hasta en un 90 % de los casos de tal violencia. El niño no entiende lo que pasa, máxime cuando la madre intenta ocultar o justificar lo que ha pasado; además, se siente culpables por no poder defender a su madre.

Existen diferencias:

Hasta los 5 años: Los niños precisan de unos cuidados y afectos que la madre en muchas ocasiones no puede ofrecerles por el sufrimiento que ella padece. El niño puede perder peso, sufrir alteraciones del sueño y la alimentación, ansiedad, tristeza, llanto incontrolable.

De los 6 años a los 12 años: A esta edad se interioriza más el papel del padre violento, que identifica fuerza con poder, sintiendo preocupación por lo que suponga debilidad. Han percibido que la violencia es útil y produce beneficios inmediatos, y por tanto la reproducen. Es más probable que se sufra miedo, depresión, problemas académicos, etc.

Adolescencia: Ya cuenta con los mecanismos para pedir ayuda externa, puede asumir la responsabilidad de los padres u optar por la huida (vía las drogas, o se escapa de casa, o tiene conductas suicidas).

Todos ellos pueden tener las emociones bloqueadas, lo que puede apreciarse en matices muy sutiles:

- Llamam sangre al color rojo;
- Suelen abundar en el uso del color negro para expresar su angustia
- En sus enfados, incluso con su familia, pueden llegar a usar los mismos insultos que han oído al progenitor violento (guarra, puta, etc.).

Los agresores suelen escoger a sus víctimas entre los más tímidos y retraídos. Las relaciones entre familiares, además, cuentan con el estigma de guardar el secreto para no herir a las personas queridas, lo que hace que el niño lo viva de manera dramática. Cuanto mayor es la implicación emocional, más dolorosa e incongruente es el acto y mayor dificultad habrá para denunciarlo.

La violencia puede ser:

**POR ACCIÓN:**

- Maltrato físico, emocional, abusos sexuales - Similar al de los mayores.
- Maltrato pre-natal: Toda aquella condición que afecten sobre la vida de la madre gestante que se podría evitar y que puede tener consecuencias negativas en el feto.

- Maltrato Institucional: El que sucede en el contexto de las organizaciones y/o instituciones.
- Mendicidad: Cuando el niño es utilizado para mendigar o es dejado hacer por iniciativa propia.
- Corrupción: Conductas de los adultos que promueven en el menor conductas antisociales o desviadas.
- Explotación laboral: Cuando el menor es obligado a trabajar, interfiriendo las actividades y necesidades escolares.

#### POR OMISIÓN:

- Abandono: Negligencia en el cuidado físico, psico-afectivo o ambos.
- Negligencia fisiológica: Afecta a la alimentación, temperatura, higiene, protección, asistencia sanitaria y social.
- Negligencias cognitivas: Aquellas que afectan al ambiente físico y social que ofrezca condiciones de interacción y dispone de la ayuda de los adultos que le permite comprender el significado de las cosas y de la realidad.
- Necesidades emocionales, sociales y de autoestima: Sentirse emocionalmente seguro de peligro reales y/o imaginarios, que se reconozcan los intereses y manifestaciones de su conducta sexual propias de su edad, y su participación activa en la familia y sus relaciones de amistad.

Los medios habituales de coacción son: engaño, abuso de autoridad, persecución, amenazas, insultos, vejaciones, fuerza, objetos contundentes, golpes, arma blanca o de fuego y narcóticos.

Según Félix López, en el agresor suele haber interés por la situación de indefensión de los menores a los que convierte en víctimas y el miedo a los adultos que, o bien son evitados, o no pueden satisfacer ciertas demandas inmaduras o patológicas de los agresores.

Posibles explicaciones del abuso a menores:

- a) Congruencia emocional: Escogen a sus víctimas porque tiene alguna significación emocional, lo que demuestra inmadurez emocional del agresor, traumas infantiles, etc.
- b) El hecho de excitarse especialmente con niños. Varios orígenes, entre ellos haber sufrido agresiones de pequeños y creer que el niño desea las relaciones por considerarlas agradables.
- c) Dificultad del agresor para relacionarse con otros adultos.
- d) Falta de control de algunos adultos.

La anamnesis en los abusos a menores es complicada. Los menores de 4 años, no saben explicar lo que ha pasado y sólo se puede llegar a ello mediante las infecciones que acontecen. En mayores de 14 años existe el riesgo que el adolescente pueda mentir por algún motivo. Numerosos estudios han utilizado diferentes cuestionarios estructurados para la detección de los malos tratos (en consultas prenatales - Domestic Abuse Assessment Questionary de Canterino y col. y el Abuse Assessment Screen de Wiist y Mc Farlane-, en servicios de urgencias, de salud mental, etc.), analizando sensibilidad, especificidad, validez, factibilidad y aceptabilidad incrementaron el nivel de detección y también el aplicado el servicios de urgencias. Aunque no existe consenso respecto a la utilización rutinaria de cuestionarios sí

se aconseja incluir preguntas sobre la existencia de maltrato en la entrevista clínica, que pueden ayudar a la detección. Los instrumentos más habituales en el campo de la psicología infantil son los test:

HSPQ      16PF      CAQ      McChover      Bender      Test de Goodenough  
Entrevista abierta y posteriormente semi-estructurada

Juego de rol con muñecos

Juego a los que habitualmente juega el niño (cambiando los roles)

El abusador suele llegar al niño a través de juegos a los que hay que cambiar el papel (por ejemplo, se le da un osito y se le dice que juegue con él como cuando su padre/madre juega con él).

Podemos encontrar:

- Existencia de abusos sexuales
- Manipulación del niño por el adulto
- Niños mentirosos
- Descartar cualquier otro trastorno de base

Puede haber 2 grupos de sujetos: Los pedófilos exclusivos y los de vida aparentemente normal, pero con conductas parafilias. Además puede haber un tipo de maltratador violento con una personalidad psicopática y conducta antisocial. El DSM-IV habla de Paidofilia cuando:

### **PEDOFILIA, PAIDOFILIA O INFANTILISMO (DSM-IV = 302.2) (CIE-10 - F65.4).**

Intensas necesidades que implica la actividad sexual con niños pre-púberes, esto es, menores de 13 años o en personas menores de 16 años, con personas 5 años menores que él. Para ello debe tenerse en cuenta tanto la madurez sexual del niño como la diferencia de edad (no deben incluirse adolescentes maduros que se relacionan sexualmente con personas de 12-13 años. El pedófilo suele tener predilección por los niños de una determinada edad. La atracción hacia las niñas suele ser dos veces mayor que hacia los niños. Sus actividades pueden ir desde simplemente desnudarlos y/o masturbarse en su presencia, hasta las actividades sexuales penetrativas (boca, vagina, ano). Suelen comprar el silencio del niño mediante amenazas, regalos y/o atenciones para ganarse el afecto y lealtad, sobre todo cuando el pedófilo es de la familia.

Esta alteración suele empezar en la adolescencia y tiende a cronificarse. Muchos de ellos han sido a su vez víctimas de abusos durante su infancia. El pedófilo puede ser de 2 tipos:

- Autoritario o no violento: Emplea la persuasión, el engaño o la presión para someter a la víctima, basándose en su autoridad y/o poder. Suelen tener baja autoestima, abuso de drogas, desavenencias conyugales y hacinamiento. A su vez puede ser :
- Pedófilo exclusivo. Predilección exclusiva de niños.
- Aparentemente normal: Mantiene actividad con adultos y en determinadas circunstancias abusa de niños, como si estos fueran mayores.
- Violento: emplean el asalto y la fuerza para someter a sus víctimas. Tienen una personalidad psicopática y conducta antisocial y su patrón de conducta es buscar sensaciones y/o placer.

Algunos sujetos sólo sienten atracción hacia los menores, pero también hacia personas mayores de edad. Suelen justificar su actitud diciendo que tiene valor educativo, que el niño siente placer o que el niño es sexualmente provocador. Los niños a los que acuden son hijos, ahijados o familiares, de otras familias o, menos veces, desconocidos. Suelen desarrollar técnicas para acceder a los niños, como ganarse la confianza de la madre, casarse con la madre de un niño atractivo o incluso comerciar con otros, pudiendo llegar al rapto. El individuo suele ser atento con las necesidades del niño para ganarse su afecto e impedir que lo cuente a los demás.

#### Diagnóstico Diferencial

No todo acto sexual con menores es signo de paidofilia; en situaciones donde ha habido pérdidas recientes o soledad intensa, la relación con el menor ha sido el sustituto del adulto preferido pero no disponible.

En las enfermedades donde hay una reducción de la capacidad de juicio (retraso mental, síndrome orgánico de la personalidad, alcoholismo o esquizofrenia) puede haber contactos aislados con niños.

Como curiosidad, citar que en octubre de 2002 se hizo célebre en la prensa el caso de un profesor que se “había curado de su paidofilia” a raíz de la extracción de un tumor que afectaba el lóbulo derecho de su corteza orbito-frontal que además fue acompañado de cambios en la conducta.

En el exhibicionismo, este no es preludio de actividad sexual

En el sadismo, habrá que hacer dos diagnósticos: el del sadismo y el de paidofilia.

## **INDICADORES DE VERACIDAD DE ABUSOS/AGRESIONES**

Los profesionales sanitarios somos claves en la detección de malos tratos en el ámbito familiar. Debemos tener una escucha activa, cuidando el lenguaje corporal que manifieste actitudes negativas, actuando sin dejarnos condicionar por las necesidades de la víctima y creando un medio donde esta se sienta segura. Debemos estar a la cabeza de la prevención, detección, tratamiento y orientación. Cuando una víctima acude a un centro sanitario no lo hace de forma inmediata ni suele ser la primera vez; el profesional encontrará lesiones en diferentes grados evolutivos y disociación entre mente y cuerpo, por lo que no siente dolor ni llegan a percibir la gravedad de las lesiones.

La capacidad de detección tiene mucho que ver con nuestra actitud y sensibilidad ante el problema. En muchas ocasiones, los profesionales sanitarios no detectamos la violencia de género al preguntar a la persona atendida por miedo a perder el control de la situación, falta de tiempo/sobrecarga de trabajo, no saber como iniciar la conversación o incluso la sensación de no saber como tratar el problema por miedo a ofender al paciente.

### **Signos y señales de alerta de maltrato**

Físicos: Heridas, huellas de golpes, hematomas, discrepancia entre características y descripción del accidente, localización, demora en la solicitud de la atención

Psíquicos: Ansiedad, depresión, confusión, agitación, síndrome de estrés post-traumático, intentos de suicidio

Actitudes y estado emocional:

Actitudes de la víctima: temor, nerviosismo, ausencia de contacto visual, inquietud



tud, sobresalto al menor ruido, miradas inquietas a la puerta, pasividad, ensimismamiento, tendencia a culpabilizarse y a exculpar a su pareja, reticencia a responder preguntas, o a dejarse explorar, incapacidad para tomar decisiones

Estado emocional: tristeza, miedo a morir, ideas suicidas, ansiedad extrema.

Si acude el cónyuge debemos explorar también su actitud: excesiva preocupación y control, o bien excesivo desapego y despreocupación, intentando banalizar los hechos; se debe entrevistar a la pareja por separado.

Otros síntomas: quejas crónicas de mala salud, insomnio, cefaleas, abdominalgias, disfunciones sexuales, consumo abusivo de medicamentos, hiperfrecuentación de los servicios sanitarios, absentismo laboral, abortos provocados o espontáneos, etc.

Los trastornos por somatización son una posible consecuencia de la violencia mantenida

- Efectos físicos: Heridas, hematomas múltiples de distinta producción (se aprecia por el color).
- Realismo (testimonio nítido y claro), coherente en la narración, con vocabulario acorde a su edad y detalles verbales y gestuales coherentes.
- Contexto de la secuencia previo y posterior que describe, progresión de las conductas y veracidad del resto de cosas que cuenta. Puede haber discrepancias entre lo que observamos y lo que nos cuentan.
- Indicar detalles precisos que se repiten. Afirmar que hubo repetición del abuso.
- Efectos sobre las relaciones con el abusador, sumisión/rabietas, conducta agresiva.
- Cuando un niño sufre abusos sexuales, suele sentirse estigmatizado y tiende a aislarse de los demás.

## **EFFECTO DE LOS ABUSOS SEXUALES**

Dificultades del sueño, miedo, hostilidad, depresión, baja autoestima, angustia, conducta antisocial, sentimientos de estigmatización, Ausente, fantasías, regresiones, enuresis, encopresis, Puede haber disociación de la personalidad o múltiples personalidades como manera de huir de la realidad que puede ir acompañado de ideas y/o intentos de suicidio.

En menores, a largo plazo suele haber dificultades escolares, de comportamiento antisocial, discusiones familiares frecuentes, abandono del hogar, matrimonios precoces, prostitución. Es frecuente que la víctima sienta aversión por personas del mismo sexo que el agresor y tendencia a la revictimización cuando es adulta, llegando a menor disfrute de las relaciones sexuales.

A pesar de la actitud seductora del agresor, el niño percibe que la situación es rara y suelen molestar al niño las “efusiones” de cariño, aunque no tiene elementos de juicio para saber por qué. El abuso sexual más común es la manipulación de los genitales; las penetraciones son menos frecuentes.

## **PRECAUCIÓN:**

Desde el punto de vista legal, el niño debe contar sin ser presionado lo que le ha pasado. Cualquier orientación inadecuada o presionada (insistencia en la pregunta) puede invalidar el testimonio y el delito quedar impune.

## **VIOLACIÓN**

La violación es un acto de violencia física o psíquica que coarta la libertad del otro, obligándoles a realizar conductas sexuales que no desea. Suele suceder sin la posibilidad de poderlo prever. Afecta a la persona violada de forma integral (cuerpo y mente). Hay temor a la muerte, la mutilación, la pérdida de control, desvalimiento, inferioridad... Los efectos más traumáticos son invisibles.

Según un estudio de la Universidad de Salamanca, una de cada 4 niñas y uno de cada siete niños (1/4 y 1/7) son utilizados por adultos para obtener placer sexual. Para detectar este tipo de abusos se recomienda mantener una relación de confianza en la víctima para que cuente lo que ocurre. En España se produjo en 1997 alrededor de 8.000 agresiones sexuales, el 70% en mujeres y el resto menores. En un estudio anterior se comprobó que el 88'5 de las denuncias correspondían a mujeres menores de 21 años, y lo más alarmante es que el 20% eran menores de 14 años.

La violación no tiene hora de comisión, pese a lo que popularmente se piensa, y viene a suceder por igual de mañana que por la noche, aunque concentrándose la mayoría entre las 17 y 23 h.

Aunque siempre que se habla de violación se piensa en hombre contra mujer, también hay violaciones homosexuales (hombre-hombre, mujer-mujer) e incluso –las menos– mujer-hombre, aunque estas últimas aparecen reflajadas como relaciones forzadas, al emplear algunas mujeres la coacción o la fuerza física para mantener la relación con un hombre, que tiene una erección pese a no desearlo, casos de violencia de mujeres contra hombres con la introducción de objetos vía anal contra la voluntad de este.

## **PERFIL DEL VIOLADOR**

Las relaciones entre el agresor y la víctima son muy diversas. El agresor suele ser una persona con un gusto patológico por la relación de dominio y abuso de poder, falta de autocontrol y carencia de habilidades interpersonales. El abusador no suele tener ningún trastorno psíquico grave, sino problemas emocionales que, por regla general, son difíciles de diagnosticar. No tienen más deseo, sino que lo viven sólo como un acto de poder. El móvil principal del agresor no es la satisfacción sexual, sino llegar al máximo grado de dominio sobre la víctima por la indefensión de la persona violada. La mayoría de los abusos se queda sin detectar y, por tanto, sin denunciar, con lo que al abuso se añade un chantaje emocional que, sólo en una minoría de casos, deja lesiones físicas.

- El 31% de los violadores son los progenitores
- El 10% hermanos mayores
- El 30% amigos de la familia
- El 5% otros parientes

El psiquiatra Francisco Alonso Fernández cataloga 4 tipos básicos de violador:

- Agresivo: actúa con hostilidad hacia la víctima y comete crímenes sexuales.
- Sádico: Tiene fantasías sexuales perversas y ejecuta crímenes sádicos.
- Orgásmicos: Busca el placer sexual genital.
- Adictivo o sexoadictivo: No persigue necesariamente el orgasmo.

Los pseudoneuróticos desarrollan un sentimiento de culpabilidad; el tratamiento psicológico y psiquiátrico puede evitar que reincidan. En ocasiones, la violación

puede ser cometida por personas con trastorno disociado de la personalidad (los antiguos psicópatas –incapaces de ponerse en el lugar del otro–).

Existen sustancias como el Acetato de Ciproterona que reducen la líbido y la capacidad de erección sin modificar la orientación sexual, valido para aquellos casos donde hay niveles elevados de testosterona.

En un estudio realizado en Londres se detectó que:

- 23% de los pederastas se habían criado sin padre (ausente física o emocionalmente).
- 80% describe a la madre como posesiva, entrometida y dominante, lo que explica una personalidad sumisa que sólo se siente cómoda en relaciones con menores con los que puede asumir el papel de dominio.

El DSM-IIIr define el sadismo como:

### **SADISMO (DSM-IIIr = 302.84) (CIE-10 - F65.5)**

Necesidad que tiene el sujeto de causar cualquier tipo de sufrimiento real, físico o psicológico a su pareja, para poder excitarse sexualmente. Consiste en tener un completo control sobre su víctima que se encuentra aterrorizada, humillada, pueden involucrar actividades que indican la dominancia del sujeto sobre la víctima. En otras ocasiones, la pareja puede consentir ese sufrimiento. Estas prácticas en los casos más extremos pueden acabar con la violación, mutilación y/o muerte de la víctima. Pueden inmovilizarla, vendar los ojos, golpeándolas, quemarlas, electrocutarlas, violarlas, estrangularlas, torturarlas, mutilarlas y en los casos más extremos matarlas. En este ámbito se encuadran aquellas actitudes de riesgo de personas que saben que al no ponerse protección pueden causar daños en la salud de terceras personas. Suele aparecer durante la infancia y tiende a cronificarse; cuando se realiza con personas que no consienten, se repite hasta que el sujeto es detenido. Suele tener siempre la misma gravedad e intensidad, pero en algunos casos se puede agravar con el tiempo, incluso hallarse asociado a un trastorno antisocial de la personalidad.

### **Diagnóstico Diferencial**

Hay que distinguir la simple violación de la violación por un sádico, ya que en estos últimos la violencia y el sufrimiento infringido a la víctima va más allá de lo necesario para obtener el consentimiento del acto. La violación siempre produce sufrimiento en la víctima, pero el violador no ve importante para sus intereses el sufrimiento de la víctima, hasta el punto que en algunos casos el violador puede desistir de su acción.

También puede haber un sadismo no sexual, en lo que no produce excitación, como en los casos donde hay torturas o cultos rituales.

### **EFFECTOS DE LA VIOLACIÓN**

La víctima suele expresar aturdimiento, incredulidad, inseguridad, confusión, está distraída y les cuesta concentrarse. Pueden llegar a negar lo sucedido y se da a sí misma tiempo para asumirlo. Cuando la agresión la realiza un conocido, además se agrede la confianza y la víctima se siente muy desamparada e incomprendida; cuando la realiza un extraño, los efectos parecen menos devastadores.

A medida que la víctima discrimina, empieza a demostrar emociones con senti-

mientos de culpa y vergüenza, apareciendo inquietudes sociales. A largo plazo, podrá sentirse contaminada, siente que nada es igual que antes, con sensación de ruina moral. En algunas sociedades la mujer es tenida como un objeto de uso y se les incrimina (reforzado por algunas sentencias en que se acusaba a la mujer de provocar). La persona agredida puede revivir de muchas maneras la agresión y tiende a evitar situaciones asociadas al hecho traumático, con respuestas de alerta exagerada, dificultades de concentración, irritabilidad y problemas de sueño. La víctima acaba padeciendo el llamado Síndrome del estrés postraumático o de la violación.

La recuperación de la persona violada depende mucho del equilibrio interno; sus circunstancias y su tratamiento puede durar entre 4 meses y tres años o hacerse indefinido porque los juicios suelen despertar de nuevo algunos temores. Existe el temor de la reminiscencia continuada del hecho que puede influir en sus relaciones sexuales cotidianas.

Puede volver a sentir las relaciones sexuales como gratificantes, pero necesitará un tiempo de adaptación sin relaciones, lo que no implica que no necesite afecto y caricias por parte de sus parejas.

En general, las víctimas suelen sentirse desconfiados, se vuelven entrovertidas, sufren depresiones lo bastante severas como para tener ideas suicidas. La pareja de la víctima también suele sufrir, sintiéndose culpable por no haber podido evitarlo, llegando a padecer disfunciones eréctiles, inhibición del deseo o incluso repugnancia.

### **NIÑOS:**

Suele plantearse dudas sobre su identidad sexual, desarrollan sentimiento de culpa, trastornos de ansiedad y dudas sobre su orientación sexual. pudiendo ser ellos mismos abusadores.

### **NIÑAS:**

En sus relaciones futuras pueden aparece disfunciones del tipo vaginismo, ausencia de deseo, anorgasmia, etc. y se vuelven madres ansiosas e hipervigilantes que se sienten constantemente indefensas.

## **LESIONES FÍSICAS DEL ACTO VIOLENTO**

Consiste en roturas y desgarros que interesan el periné, el tabique retrovaginal o incluso el fondo de saco de Douglas. En niñas menores de 6 años, el coito es anatómicamente imposible. De 6 a 12 años, sería posible, pero la desproporción penevagina causaría desgarros. A partir de los 11 años, el comportamiento fisiológico sería el de una mujer adulta.

Para la exploración nos podemos apoyar en la luz de Wood (ultravioleta), que hace resaltar diferencias cromáticas según la época de las cicatrices. En mujeres no vírgenes, no existe huellas himenales del coito y las evidencias que nos pueden ayudar son:

- Presencia de esperma
- Contagio venéreo
- Presencia de vello púbico del varón
- Fecundación
- Presencia de restos orgánicos del agresor entre las uñas de la víctima (arañazos)

A partir de los primeros coitos, el organismo femenino reacciona mediante cambios humorales que no acontecen en mujeres con himen intacto. Por tanto, las lesiones más comunes son erosiones y arañazos y las que se producen por la desproporción pene-vagina o por la brutalidad con la que se realiza la cópula. La gravedad de estas lesiones sólo son explicables en actos especialmente sádicos.

Para distinguir entre violación y coito consentido nos puede ayudar la naturaleza de las lesiones; tales lesiones pueden aparecer dentro o fuera del área genital o zonas de significación erótica, debidas a:

- Querer vencer la resistencia de la víctima: equimosis y arañazos en diferentes lugares.
- Lesiones en el cuello, causadas para acallar los gritos de la víctima
- Suprimir a la víctima mediante estrangulación, sumersión, etc.
- Satisfacer la pasión sádica.

En el ano podremos encontrar:

- Escoriaciones, laceraciones, desgarros o grietas en la mucosa. Dependen de la desproporción pene-ano.
- Puede aparecer disposición en embudo del ano y/o dilatación paralítica del esfínter anal.
- Lesiones en el escroto o labios mayores y parte superior de los muslos inferidas para vencer la resistencia de la víctima o para satisfacción sádica.
- Esperma en la cavidad rectal. (El diagnóstico se realiza mediante enema de limpieza y posterior estudio de espermatozoides en el líquido).
- Contaminación venérea.

### **ACTITUD DE LA VÍCTIMA ANTE UNA VIOLACIÓN**

- Debe negarse con firmeza, intentando disuadir al agresor apelando su humanidad, indicándole incluso que puede estar haciéndole daño.
- Intentar intimidarlo, incluso mintiendo (alguien va a venir, etc.).
- Intentar escapar en cuanto sea posible.
- Pedir ayuda, incluso gritar.
- Calcular si es posible y/o peligroso luchar contra el agresor. Puede que en último caso sea mejor dejar hacer y que aquello acabe cuanto antes, observando los detalles que puedan servir para presentar una denuncia, incluso inhibiéndonos de lo que sucede, como si no nos sucediese. La violación ya es bastante traumática psicológicamente, como para que también deje más secuelas físicas de las necesarias.

### **ACTITUD GENERAL DEL PERSONAL SANITARIO**

- Parte judicial que se realizará por el médico y que informa de:
- Nombre y dirección de la víctima
- Naturaleza y extensión de las lesiones
- Lugar, fecha y hora en que ocurrió la agresión
- Reunión de pruebas:
- Pruebas físicas para analizar (contenido vaginal, orina, sangre, pelos, etc.)
- Registro médico de datos: informe pericial

La denuncia es una decisión de la víctima o quienes ostenten la patria potestad. Se le informará la necesidad de recoger pruebas, para lo cual solicitaremos su consentimiento. Con todo ello se persigue el diagnóstico del tipo de conducta sexual del agresor, la demostración del uso de la fuerza o intimidación, la fecha de la agresión y la investigación de la concurrencia de situaciones que contribuye a la calificación judicial del delito.

### **ATENCIÓN SANITARIA A LA VÍCTIMA**

- Escuchar a la víctima, sin juzgarla, ofreciendo protección, procurando estar disponible.
- Aceptar la manera en que quiera abordar el problema, dejando de lado nuestros sentimientos. En nada ayuda que estemos tan trastornados como la víctima.
- La víctima no es culpable de nada, ni debe avergonzarse de nada. La culpa es del violador.
- No sobreprotegerle, y ayudarle a que tome sus decisiones.
- Evitar proyectar nuestros temores.
- El contacto con la víctima puede serle de gran utilidad, ayudándole a dejar salir las emociones.
- Tratamiento de las lesiones y vacunación antitetánica.
- Atención al riesgo de embarazo (entre un 3 y un 5% de casos). Se puede recurrir a:
  - Usar contracepción farmacológica (antes de las 72 horas).
  - Esperar a ver la posibilidad de que esté embarazada y aconsejar el aborto terapéutico en el primer trimestre.
  - Realizar un legrado.
- Atención ante el riesgo de ETS (Sífilis 0'25% , Gonorrea 3-4%)

### **ATENCIÓN DE LA SOCIEDAD A LA PERSONA AGREDIDA**

- Necesita apoyo emocional. Localizar a un familiar o persona de confianza que le apoye.
- Denunciar el caso a la policía sin lavarse ni cambiarse de ropa.
- Acudir al centro de Orientación Sexual o Planificación sexual para el consejo adecuado (como la administración de la píldora del día después, etc.).

### **Psicológicamente:**

- Volver a la rutina diaria cuanto antes, incluyendo en esto las relaciones de pareja.
- Hablar con alguien si se desea.
- Intentar distanciarse de lo ocurrido.

La víctima se separará, pero con frecuencia el maltratador buscará una nueva pareja en la que se reproducirá la situación anterior.

Los hijos de personas maltratadas son víctimas de la misma violencia, al presenciar y/o escuchar las situaciones violentas de sus progenitores.

### **ATENCIÓN AL AGRESOR**

Se deben cumplir las medidas punitivas establecidas por la ley; por lo tanto, serán complementarios pero nunca sustitutivos de las medidas penales. Tratar y hacer un

seguimiento al maltratador puede ayudar a romper el ciclo de la violencia. El tratamiento global debe incluir a los hijos y a la pareja. Sabemos que un 30 % de las personas maltratadas continua viviendo con su agresor. Las condiciones para una potencial rehabilitación están en función del número de víctimas, el grado de violencia física, el consumo de drogas, aceptando totalmente su responsabilidad, conservando y permaneciendo en el tratamiento. Los objetivos de la terapia serán:

- Reconocer la ofensa (empatía con la víctima).
- Admitir la responsabilidad de sus acciones.
- Que aprenda a detectar signos y síntomas de la compulsión que le llevó a agredir.
- Enseñarle alternativas para su autoexploración, manejo de impulsos (enfado, angustia) y necesidad de gratificación.

Existe un amplio debate sobre las medidas a adoptar con el violador y maltratador. El artículo 25.2 de la Constitución Española de 1978 dice que “las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y la reinserción social...”; este derecho no implica sustituir penas por “cursos” difícilmente evaluables, sino un concepto más moderno del modelo primitivo donde sea posible la rehabilitación de la persona que ha delinquido ¿de qué sirve que el criminal sea “apartado de la sociedad” con una concepción todavía medieval de la institución penitenciaria si cuando vuelva a la sociedad puede volver a delinquir? Hasta ahora, los gobiernos de España nunca se han preocupado de esta situación, se han quedado en el medievo, cuando deberían contar con los peritos adecuados para que la reinserción a la sociedad sea completa a pleno derecho.

Además, estos mismos políticos se pasan la vida aprobando leyes que saben inútiles, pero con gran rédito político, ya que casi todas las leyes contra cualquier tipo de violencia, y en especial las de género, si no vienen acompañadas de las leyes de acompañamiento (que son donde se aprueban las partida presupuestarias a aplicar) las dejan en simples leyes vacías de contenido y utilidad. Quizá esto pueda explicar por qué pese a las leyes aprobadas en los últimos años, la violencia por razón de sexo ha seguido creciendo.

## **PREVENCIÓN**

Un problema estructural necesita soluciones integrales. El mejor método para luchar contra el sexismo y la violencia de género comienza en la educación en la igualdad, actuando sobre la escuela, la familia, el trabajo, las instituciones, etc. Hay que intervenir en el origen de la violencia, en la educación del sujeto agresor desde la propia casa, en el respeto a la igualdad y la solución pacífica de todos los conflictos. Enseñar desde niños a valorarse, protegerse y buscar ayuda, aprender a decir NO a las situaciones no correctas, hablando del abuso sexual sin catastrofismos.

Las casas de acogida no son la solución, sino la respuesta a una situación de emergencia. La solución pasa por la prevención mediante la educación de las personas (víctima y agresor) de soluciones jurídicas y de tratamiento al maltratador.

No se pueden evitar situaciones de maltrato mientras no se hagan programas generales contra la violencia que consideren a la familia como una unidad.

Hay que capacitar a los profesionales para la detección e intervención en los abusos sexuales.

## **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO ANTE LOS MALOS TRATOS**

(Extracto de los protocolos publicados por Ministerio de Sanidad y el Servicio Canario de Salud)

La violencia comporta graves riesgos para la salud física, psicológica y emocional de las víctimas y convivientes. Por ello, los profesionales sanitarios no podemos permanecer ajenos a este problema de salud pública; nuestra intervención es necesaria en la prevención, en la detección, tratamiento y orientación de este complejo problema, en el que es imprescindible un abordaje integral y coordinado con otros profesionales e instituciones. El personal sanitario debe estar preparado y formado en los casos de malos tratos; el diagnóstico de malos tratos se debe realizar mediante la anamnesis y exploración física, así como el peritaje por otros especialistas si fuese preciso y no catalogar con otras patologías los casos de malos tratos. Los servicios sanitarios pueden ser instrumentos muy importantes de detección de la violencia. Es necesario encontrar los mecanismos adecuados para ello.

Se han de promover la protección de la víctima ante situaciones de maltrato mediante la prevención, detección, atención y derivación efectiva, para ello seguiremos el principio de observación y vigilancia, responsabilidad pública, obligación de comunicar los casos a las autoridades pertinentes, principio de integridad, inmediatez, universalidad, territorialidad y atemporalidad (no prescribe).

Se debe rellenar el informe mediante una exploración física para describir las lesiones, detallando las marcas actuales de las anteriores, sin olvidar la fecha aproximada y mencionar el estado psico-emocional, así como el tipo de maltrato (físico, psíquico o de otro tipo que se aprecie). El maltrato es imprescindible probarlo y judicialmente sólo se puede reconocer las lesiones mencionadas en el informe objeto de la denuncia.

El profesional deberá comunicar a la administración los casos de malos tratos. Si es posible, hablar con la paciente a solas, nunca poniendo en duda la veracidad de los hechos, a pesar de la edad, creando un ambiente relajado, no alarmar ni alarmarse de las palabras o gestos, haciendo uso de la escucha activa, insistiendo que no se sienta culpable, ofreciéndole apoyo y confianza, manifestándole una aprobación positiva por haberlo comunicado, refiriéndonos al maltratador como alguien que necesita ayuda y omitiendo palabras como víctima o agresor, animándole en que saldrá adelante.

Hay que sospechar de algunas actitudes de la víctima como: temor, mirada huidiza, sensación de vergüenza, sentimientos de culpa, explicaciones vagas, contradictorias o confusas, así como de la pareja de la víctima que puede estar excesivamente preocupado y solícito o al revés, excesivamente despreocupado, despectivo o irónico.

El sistema sanitario emitirá un parte de lesiones para el juzgado y la fiscalía. La inhibición del sistema sanitario no deja de ser otro tipo de maltrato. El incumplimiento de socorro del sistema sanitario puede llevar a los profesionales a responsabilidad penal, administrativa y disciplinaria. Se recomienda fotografiar las lesiones. En algunos casos, los daños reales se producen al repetirse determinados castigos. Es difícil detectar los malos tratos psicológicos. La coordinación de los distintos profesionales es esencial



En el centro donde se explore a la paciente, se comprobará la existencia de semen u otros restos en las distintas cavidades del organismo, observando ropa, pelo, cepillado del vello púbico y la recogida de otras muestras de piel y pelo, así como pruebas de embarazo, hepatitis B y C, VIH, y otras ETS.

Si es posible, administrar la píldora del día después (dentro de las 72 horas posteriores a la agresión), entrevistando a la familia para recabar datos, realizándose, además, un seguimiento a corto y medio plazo de las posibles patologías e infecciones:

- A los 5 días: valoración de los resultados de los marcadores hepáticos, gammaglobulinas anti-hepatitis y vacuna y control de lesiones físicas.
- Al mes, pruebas complementarias y repetición de cultivos, serología y test de embarazo si hay amenorrea, así como la segunda dosis de la vacuna anti-hepatitis.
- A los 6 meses repetir HIV y marcadores hepáticos. Realizar citología y colposcopia para descartar papilomavirus y 3ª dosis de la vacuna antihepatitis.
- A los 12 meses, repetir serología HIV.

En los casos de malos tratos infantiles se aprovecha que el paso del tiempo puede favorecer la declaración del niño si los malos tratos han sido producidos en familia, además se realizará:

- Examen físicos en función del maltrato que se sospeche.
- Entrevista a la víctima, padres, profesionales sanitarios y educativos, etc.
- Observación de las conductas individuales y familiares.
- Test y pruebas objetivas.
- Documentos actuales o previos.

Algunas normas pueden facilitarnos la realización de la entrevista clínica:

Normas para la entrevista clínica a la persona maltratada ante sospecha de maltrato

- Ver a la víctima a solas, asegurando la confidencialidad
  - Practicar la escucha activa.
- Utilizar el tiempo necesario para la entrevista
- Observar las actitudes y el estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal)
- Facilitar la expresión de sentimientos
- Mantener una actitud empática, facilitadora de la comunicación, con una escucha activa.
- Hacerle sentir que no es culpable de la violencia sufrida
- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas
- Abordar directamente el tema de la violencia, con intervenciones facilitadoras
- Evitar emitir juicios de valor. Creer a la víctima, tomarla en serio, sin poner en duda su interpretación de los hechos, intentando quitar el miedo a la revelación del abuso.
- Alertar a la víctima sobre los riesgos que corre
- Respetar a la víctima y aceptar su ritmo y su elección
- Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones. Sin atención, puede durar días, meses o años.
- Registrar estos hechos con precisión en las historias

El Ministerio de Sanidad suele realizar las 7 reglas (recomendaciones) a los profesionales:

- 1) Escuchar y creer la experiencia de malos tratos que relata el/la paciente.
- 2) Asegurarle que no está sola/o y que no es culpa suya.
- 3) Defender su derecho a vivir sin el temor a la violencia.
- 4) Aplazar la prescripción excesiva de medicamentos sedantes.
- 5) Animarle a buscar servicios de apoyo a la comunidad.
- 6) Responder a sus necesidades de realizar un plan de seguridad.
- 7) Apoyar y asistirle en sus decisiones.

Recomendaciones básicas de actuación para los profesionales de Atención Primaria

- Descifrar signos de malos tratos a través de indicios
  - Estar alerta ante la posibilidad de maltrato
  - Identificar personas en riesgo
  - Identificar situaciones de riesgo y mayor vulnerabilidad
  - Estar alerta ante demandas que pueden ser una petición de ayuda no expresada
- Establecer un diagnóstico lo mas pronto posible, con un examen físico y una valoración psicológica
  - Una vez diagnosticado el maltrato, poner en marcha estrategias de actuación con la víctima, con los hijos y con el agresor.
- Identificar las lesiones corporales
  - Identificación de trastornos psicopatológicos en la víctima y en el agresor.
  - Coordinar nuestra actuación con el trabajador social, los servicios especializados y el pediatra, si fuera preciso, e informar sobre la red social disponible
- Evaluar la magnitud del maltrato, valorando la gravedad de las lesiones, el riesgo autolítico y el grado de peligrosidad o riesgos de nueva agresión.
  - Realizar el informe médico legal de lesiones y remitirlo al juez.
  - Registrar los hechos en la historia y en la hoja de problemas
- Establecer un plan de actuación integral y coordinado
- Enviar si fuera preciso a los servicios especializados
- Informar de los pasos legales cuando se haya de formalizar una denuncia.
- Informar / buscar estrategia de protección y un plan de salida cuando exista riesgo físico

Recomendaciones para la administración sanitaria:

- Facilitar a los profesionales actividades de formación para mejorar el abordaje profesional de la violencia doméstica.
- Garantizar las condiciones estructurales y organizativas (tiempo, número de pacientes, confidencialidad etc) que faciliten el abordaje del problema a través de la entrevista
- Incluir en los currículos de pregrado y en los programas postgrado de los profesionales sanitarios la enseñanza de la Violencia por razón de sexo como problema de salud.

- Implantar un sistema de registro de casos de Violencia por razón de sexo en los servicios sanitarios.

## **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

### **SÍNDROME TRAUMÁTICO DE LA VIOLACIÓN (9.2.3.1)**

El estrés que produce la violación suele causar una desorganización del estilo de vida de la víctima y un largo proceso de adaptación, con reacciones emocionales de cólera, venganza, temor a la muerte, humillación, etc., con miedo a las represalias, a ETS y múltiples síntomas físicos.

Nuestra función estará en intentar obtener alivio de las respuestas emocionales negativas, por lo cual buscaremos los apoyos con los que cuenta entre la familia y amigos, ayudándole a reducir los temores y ansiedades.

Ayudaremos a la víctima a que vuelva a tomar decisiones por sí misma.

Realizaremos las pruebas médicas precisas para descartar las ETS y ayudaremos en la aplicación de la terapéutica si fuere preciso.

Le ayudaremos a hacer frente a su situación de seguridad personal, mediante la ayuda de la familia y amigos.

### **REACCIÓN COMPUESTA (9.2.3.1.1)**

Es la incapacidad de resolver el trauma causado por las múltiples corrientes estresantes y experiencias traumáticas previas. Le ayudaremos a desarrollar un apoyo con personas de su entorno, tomar decisiones realistas a problemas reales y/o potenciales, haciendo frente a respuestas cognitivas y emocionales, e intentaremos que reanude su estilo de vida. Para ello nos apoyaremos tanto en la verbalización de los problemas como en el cumplimiento de las terapias médicas y psicológicas, enseñándole la importancia de su cumplimiento. Le enseñaremos estrategias de relajación y cognoscitivas para enfrentarse a las situaciones estresantes.

### **REACCIÓN SILENTE (9.2.3.1.2)**

La principal de las cuales suele ser el miedo a la represalia y la negación del evento, para lo cual ayudaremos a la verbalización de los problemas, enseñándole estrategias de enfrentamiento y de control de estrés.

### **DISFUNCIÓN SEXUAL (3.2.1.2.1) Y ALTERACIÓN DE LOS PATRONES DE SEXUALIDAD (3.3)**

Como consecuencia de la acción violenta se generarán unos valores conflictivos; enfermería deberá ayudar a que la persona verbalice las preocupaciones sobre su sexualidad y sobre la sexualidad en general, identificando y debatiendo las creencias que expliquen aquellos comportamientos socialmente aceptables acorde a sus creencias. Para ello, buscaremos que ello se realice con la suficiente intimidad, así como verbalizando los temores y ansiedades que le preocupen, disipando todos aquellos mitos erróneos, en un lenguaje comprensible.

Enseñaremos a las personas a ser asertivas, para que sean capaces de decir no a aquellas relaciones que no deseen.

### **SUFRIMIENTO ESPIRITUAL (4.1.1)**

En personas con creencias religiosas, pueden surgir dudas sobre la existencia del ser supremo y de porqué, si existe, ha permitido que le sucediese el acto violento del que ha sido víctima.

Enfermería intentará que exprese y se sienta cómoda, con una espiritualidad positiva mediante experiencias cognitivas, apoyándonos de personas que hayan superado ya las dificultades. Se apoyará de sus seres queridos y, si lo desea, integrándose en tareas de su grupo religioso.

### **DESESPERACIÓN (7.3.1)**

En esta situación, las personas ven pocas o ninguna alternativa disponibles para su vida, por lo que tiende a la pasividad física y relacional, con falta de iniciativa y disminución de las emociones.

Intentaremos reducir el aislamiento, incitándolo a participar en actividades recreativas y que se integre a grupos de personas, que verbalice su situación, sus sentimientos, sus objetivos, que empatice con el medio de manera realista, aumentando, además, la confianza en sí mismo, mediante la realización de metas y explotación de sus capacidades.

### **IMPOTENCIA (7.3.2)**

Suele ser secundario a la desesperación y piensa que sus acciones poco o nada cambiarán el resultado del acontecimiento, lo que se interpreta como una falta de control de la situación, por lo que le intentaremos aumentar la sensación de control sobre la situación, de una forma realista, mediante comportamientos y emociones positivas, intentando compensar las pérdidas, aliviando en lo posible el sufrimiento físico, orientándolo, si fuese preciso, a grupos de personas en su misma situación.

### **ALTERACIONES SENSORIALES Y PERCEPTIVAS (7.2)**

Ante eventos traumáticos

Hacerle comprender que algunas personas suelen tener reacciones fóbicas de ver u oír cosas que le recuerdan el acto violento, por lo que tendremos que enseñarle a hacer frente a esas sensaciones, así como encontrar estrategias para aliviar el estrés.

### **ALTERACIÓN DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO (8.3)**

Puede haber una interrupción o alteración de las actividades cognitivas, con apreciaciones poco exactas del entorno, con pensamientos poco reales.

Nuestro objetivo será que la persona evalúe las situaciones que le rodean y que le puedan afectar de manera más directa, desarrollando estrategias para hacerles frente, determinando la utilidad de cada cosa y aceptando que algunas de sus acciones han sido buenas.

### **DUELO DISFUNCIONAL (9.2.1.1)**

Después de cada acto violento se produce una situación de pérdida, con expresiones de problemas no resueltos como llanto, rabia, etc., rememorando experiencias pasadas, regresiones, etc.

Nuestro objetivo será que reconozca la percepción de la pérdida, la verbalice y tenga una visión real del acontecimiento, procurando vigilar los cambios que se pue-

dan producir en las actividades cotidianas y funciones primarias, los cambios de humor, así como orientarle hacia aquellas personas o instituciones que puedan serle de ayuda en situaciones de crisis, ofreciéndole esperanzas realistas para el presente y el futuro.

### **ALTO RIESGO DE VIOLENCIA (A SÍ O A OTROS) (9.2.2)**

Disminución del potencial de violencia, verbalizando menos agresividad y disminuyendo la frecuencia de comportamientos agresivos, expresando la ira apropiadamente, controlando el comportamiento.

Evitaremos un tono de voz que sugiera reprimenda, pesimismo, indiferencia y hostilidad, no respondiendo al lenguaje ofensivo con el mismo lenguaje, evitando la confrontación directa verbal o de miradas, ya que algunas personas pueden reaccionar defensivamente.

Responderemos a todas las preguntas y ayudaremos al paciente, lo que aumentará su sensación de ser válido.

### **AFRONTAMIENTO DEFENSIVO (5.3.1.1.2)**

Amenaza para la autoestima:

Enseñaremos al sujeto a protegerse contra la amenaza de sufrir nuevos insultos, para lo cual le apoyaremos reforzando su carácter único y su derecho a tomar decisiones, ayudándole para que perciba los comportamientos peligrosos, comprendiendo la perspectiva del paciente ante la situación estresante.

Enseñar al paciente a reducir los comportamientos defensivos mediante la evaluación realista de sus acontecimientos y demandas. Hemos de ayudarle a encontrarse cómodo con las funciones ideales y percibidas, y a identificar los objetivos deseados.

### **AFRONTAMIENTO FAMILIAR INEFICAZ O INEFECTIVO (5.1.2.1.1)**

INCAPACITANTE

Intentaremos que entienda los afrontamientos familiares, en que áreas no se cubren las necesidades y cómo buscar alternativas a las relaciones; le ayudaremos a que verbalice los problemas, comportamientos y estilos de afrontamiento.

COMPROMETIDO

Desorganización familiar:

Enseñar a la persona a controlar la ansiedad que puede producirle la sensación ser el responsable de la alteración de la unidad familiar y la verbalización de sus sentimientos hacia el personal sanitario y la familia. Para ello, intentaremos mantener la mayor intimidad posible para la reflexión o para reunirse con la familia, así como el reconocimiento de sentimientos positivos y negativos.

Le ayudaremos a la comprensión de la situación, dejándole que verbalice sus sentimientos y observando que comprende la información que le damos

Le enseñaremos a evidenciar los cambios en la familia, a la víctima y los suyos y los apoyos que puede encontrar en ellos y ellos en la víctima.

### **AFRONTAMIENTO FAMILIAR, POTENCIAL DE DESARROLLO (5.1.2.2)**

Tareas adaptativas que progresan hacia la autorealización:

Ayudaremos a que verbalicen el cambio de actitud de la familia, eligiendo aquellos objetivos y experiencias que promuevan la autorealización.

### **AISLAMIENTO SOCIAL (3.1.2) Y DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL (2.1.1.1)**

Incapacidad para tener relaciones sociales satisfactorias

Intentaremos conseguir que sea capaz de una relación de confianza para reducir el grado de aislamiento, así como el interés por ayudar a alguien, para lo cual observaremos como fueron sus relaciones pasadas, así como la forma en que manifiesta sus sentimientos, identificando las barreras.

#### **Barreras psicológicas:**

Intentaremos transmitir mensajes claros, concisos y comprensibles, atendiendo los estímulos apropiados y siendo congruentes en el lenguaje verbal y no verbal. Con ello buscaremos una comunicación lo más fluida posible que favorezca la expresión de sentimientos por parte de la víctima, así como la reducción de los niveles de estrés.

### **ALTERACIÓN DE LA CAPACIDAD DE AJUSTE**

Incapacidad que requiere un cambio de estilo de vida

Intentaremos una modificación del estilo de vida para aumentar el control e independencia del nuevo estilo de vida, para lo cual animaremos a las personas que verbalicen los temores y le ayudaremos a controlar las respuestas emocionales, ayudándole en las prácticas de autocuidado que precise, animándole a que conserve el control, apoyándose, si fuese preciso, de los recursos que la comunidad ponga a su disposición, para lo cual deberemos informarle de los mecanismos, direcciones, etc.

### **ALTERACIÓN DEL PATRÓN SUEÑO (6.2.1)**

Es la alteración de las horas de sueño o la calidad del mismo e interfiere en el tipo de vida deseado, tanto si se debe a dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, expresiones de no haber descansado, etc. y para ello observaremos tanto lo que nos diga la persona como sus signos externos (ojeras, ptosis parpebral, expresión vacía, etc.).

Para ello, ayudaremos a comprender los factores que contribuyen al trastorno del sueño intentando influir sobre sus causas, como malos hábitos o alimentos que puedan alterarlo u otras posibles causas orgánicas o medicamentosas, incluyendo nuestras rutinas (como el vaciamiento de la vejiga antes de acostarse o evitar la ingesta de líquidos antes de dormir, intentando proporcionar un ambiente adecuado para el descanso. Si fuese necesario, se recurrirá a fitoterapia o medidas farmacológicas.

### **TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL PROPIA (7.1.1)**

Los cambios pueden ser reales o no y pueden ser objetivables o subjetivas, pudiendo expresarse estas como una despersonalización de la parte afecta.

Le orientaremos a aceptar el cambio corporal e incorporarlo en el autoconcepto haciendo exposiciones positivas sobre su imagen y sobre todo sobre la parte afecta

## **TRASTORNO DE LA AUTOESTIMA (7.1.2) Y/O BAJA AUTOESTIMA (CRÓNICA O SITUACIONAL) (7.1.2. 1 y 2)**

Se manifiesta por las expresiones de sentimientos negativas sobre uno/a mismo/a que pueden ser de vergüenza, culpa, etc.

Para ello, vamos a orientar al paciente a que hable de sí de manera más positiva, demostrándose capaz de hacer frente a los acontecimientos cotidianos y a describirlos como algo positivo, explorando la naturaleza de sus sentimientos, evitando perjuicios e identificando problemas en sus relaciones con los demás, lo que a su vez aumentará la confianza en sí mismo, impidiéndole mascullar y regodearse sobre acontecimientos pasados negativos.

Así mismo, le ayudaremos a desarrollar estilos de vida más saludables, evaluando el riesgo de lesiones y/o enfermedades hacia sí mismo o los demás por acción u omisión, haciéndole partícipe de sus propias decisiones y aprendiendo a defenderse él solo, aumentando salud y bienestar.

## **DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS (6.5)**

Es el estado en que un individuo experimenta un deterioro de realizar para sí o para otros aquellas medidas mínimas que afectan a los patrones de intercambio e higiene.

Nosotros ayudaremos en todas aquellas actividades que la persona no sea capaz de hacer por sí misma; incluiremos a aquellas personas próximas que creamos le puedan ser útiles, pero con la intención última de fomentar la máxima independencia posible.

## **ALIMENTACIÓN (6.5.1)**

Es la incapacidad de llevar la comida del recipiente a su boca, en nuestro caso debido a una intolerancia a la actividad, depresión o ansiedad.

Estableceremos un patrón de reposo/actividad que le permita las actividades deseadas, incluyendo ejercicios físicos.

## **ALTERACIONES DE LA NUTRICIÓN (POTENCIAL O REAL) (POR DEFECTO O EXCESO) (1.1.2. 1,2 y 3)**

Es el estado en que el individuo experimenta un aporte de nutrientes insuficiente o excesivo para sus necesidades metabólicas que desencadenará unas alteraciones orgánicas y físicas.

## **HIGIENE (6.5.2), VESTIDO Y ACICALAMIENTO (6.5.3)**

Intentaremos proporcionarle un ambiente estético adecuado.

## **EN EL NIÑO**

### **PATRON DE ALIMENTACIÓN INFANTIL INEFICAZ (6.5.1.4) POR NEGLIGENCIA POR PARTE DE LOS PADRES (6.5.1.2.1)**

Estado en que el niño demuestra deterioro de la habilidad alimentaria.

También puede suceder como una forma de maltrato por parte del/los padre/s.

Si la deficiencia se debiese a la falta de preparación o problemas mentales o socioeconómicos de los padres, sería interesante actuar sobre ellos a nivel educativo y todos los medios de ayuda precisos.

Si la deficiencia fuese por negligencia volitiva (maltrato), pondremos el caso en manos de los servicios sociales y/o de la justicia.

### **DÉFICIT EN EL PATRÓN DE HIGIENE**

Puede suceder como una forma de maltrato por parte del/los padre/s.

Si la deficiencia se debiese a la falta de preparación, problemas mentales o socioeconómicos de los padres, sería interesante actuar sobre ellos a nivel educativo y todos los medios de ayuda precisos.

Si la deficiencia fuese por negligencia volitiva (maltrato), pondremos el caso en manos de los servicios sociales y/o de la justicia.

### **ALTERACIÓN DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (6.6)**

Deficiencias ambientales y de estimulación

Cuidado materno inadecuado

Estado en que se aprecia desviaciones de la normalidad, en cual se incluirán el retraso en la adquisición de habilidades. Intentaremos alcanzar el máximo potencial en el desarrollo mental y físico, para lo cual buscaremos cubrir las necesidades físicas y emocionales. Para evaluar los resultados, periódicamente haremos las mediciones antropométricas y si la causa fuese por deficiencias o negligencias de los padres, les ayudaremos a proporcionar los cuidados precisos.

Podremos actuar de modo preventivo cuando detectemos hábitos tóxicos en la madre durante el embarazo (si éste hubiere sucedido).

### **LEGISLACIÓN**

Con la nueva normativa el juez puede determinar el alejamiento inmediato del agresor, pudiendo llegar incluso al destierro y sustituir multas económicas por arrestos de fin de semana en prisión y la persecución del delito de oficio y se tipifica la violencia psíquica como delito con penas de 6 meses a 3 años.

### **INTERNACIONAL**

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)

Prohíbe cualquier discriminación por razones de sexo y reconoce la igualdad

- Convención o Declaración sobre la eliminación de todas las formas de la violencia y discriminación contra la mujer de Naciones Unidas (CEDAW) (1979) que España firma en 1984

- Conferencias mundiales de Naciones Unidas sobre mujeres:

Copenhague (1980)

IV - Beighin (Pekin) (1995)

Nairobi (1985)

V - (2000)

Medidas integradas para prevenir y la violencia contra las mujeres y los crímenes de honor al marido forzado. La violencia contra las mujeres es un obstáculo para lograr la igualdad.

- Resolución 1994/45 de Marzo de 1994 en la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas - Sobre la violencia contra las mujeres.

### **EUROPA**

- Resolución A-44/86 , de 11 de Junio de 1986 del Parlamento Europeo - Sobre agresiones a la mujer.



- Campaña de información para erradicar actitudes sexistas y reconocimiento de las agresiones sexuales.
  - Declaración del Consejo d Europa de 19 de Diciembre de 1991
  - Recomendación de la comisión sobre la protección de la dignidad de la mujer y el hombre en el trabajo.
  - Declaración 48/104 sobre la eliminación de la Violencia contra la mujer de la asamblea general de las Naciones Unidas (1993).
  - Resolución A-0349/94 - Sobre las violaciones de las libertades y los derechos fundamentales de las mujeres del parlamento europeo (1994).
  - Resolución A4-0250/97sobre una campaña europea de tolerancia cero ante la violencia contra las mujeres (1997) - Sobre las violaciones de las libertades y los derechos fundamentales de la mujer.
- Pide a la comisión y a los estados miembros que tomen la iniciativa de elaborar programas escolares destinados a aumentar el nivel de conciencia entre adolescentes que apoyen y financien sobre todo servicios independientes para las víctimas de la violencia
- Iniciativa comunitaria DAPHNE - Dirigida al desarrollo de programas que tengan por objetivo combatir la violencia ejercida sobre los niños, adolescentes y mujeres.

## ESPAÑA

Constitución Española de 6 de Diciembre de 1978

Título I, arts. 1 y 9.2

- Art. 10 - Sobre la dignidad y derechos inviolables de las personas
  - Art. 14 - Establece la igualdad de todos los españoles y
  - Arts. 15 y 17, derecho a la vida e integridad física y moral
  - Art. 17 - derecho a las libertades
  - Art. 39.1.2 - Asegura la protección social, económica y jurídica de la familia
- Código Penal:
- Arts. 138 y 139: Sobre la tipificación de los delitos de homicidio y asesinato, con penas de 10 a 15 años para el homicidio y de 15 a 20 años para asesinato
  - Arts. de 147 a 150: Sobre los delitos de lesiones - Penas de 6 meses a 3 años
  - Art. 153 - Delito de Malos tratos físicos y/o psíquicos - Pena de prisión de 6 meses a 3 años.
  - Art. 617 - Lesiones y malos tratos físicos entendidos como faltas - Arresto de 3 a 6 fines de semana o multa de 1 a 2 meses.
  - Art. 620 - Malos tratos psíquicos, considerados como falta - Multa de 10 a 20 días.

Sólo serán perseguibles mediante denuncia de la persona agraviada o su representante legal.

- Art. 169 - Delito de amenazas - Pena de prisión de 1 a 5 años si se exige una cantidad u otra condición y prisión de 6 meses a 3 años.
- Art. 170 y 171 - Delito de amenazas, dependiendo de que se exija alguna cantidad o imponga alguna condición y tendrá penas de 6 meses a 5 años
- Art. 208 - Injurias o vejaciones injustas.
- Art. 178 - Agresión sexual - Pena de prisión de 1 a 4 años.

- Art. 179 - Agresión sexual con acceso carnal o introducción de objetos por cualquier vía, será castigado como reo de violación con pena de prisión de 6 a 12 años.
- Art.180 - Aumenta las penas de prisión en agresiones sexuales y violación - de 4 a 10 años (art.178) y de 12 a 15 años (Art.179). Cuando hay circunstancias agravantes como vejaciones, vulnerabilidad, superioridad, armas, etc.
- Arts. 181 a 183 - Define el abuso sexual y las penas
- Arts. 184 - Define Acoso sexual
- Arts. 57, 83.1 y 617 - Establece las limitaciones y/o prohibiciones contra el reo y sus circunstancias. Pena accesoria de aproximación a la víctima
- Otros: Arts. 39, 140, 141,142, 144, 146, 151, 172, 173, 187, 188, 189, 190, 318 bis, 515, 517 y 518

Código Civil: Arts. 92 y 102 a 104.

- Art. 82 - Los malos tratos como motivo de desesperación matrimonial
- Lección Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre del Código Penal. Libro II delitos y sus penas.

Lección de Enjuiciamiento Criminal

- Art. 13 - Establece las medidas cautelares
- Art. 544 bis

Lección de Enjuiciamiento Civil - arts. 771 a 774

Ayuda y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual -

Lección 35/1995 de Diciembre Cap. 1, Ayudas públicas

Cap. 2, Asistencia a las víctimas.

Lección de Atención Integral a los menores. Lección 1/1997 de 7 de Febrero. Título III Actuación de prevención.

Lección Orgánica de Protección jurídica del Menor de 15 de Enero de 1996 - Arts. 2 y 12.

Lección reguladora de la responsabilidad penal de los menores - Lección orgánica 5/2000, de 12 de Enero.

I-Plan de acción contra la violencia doméstica 1998-2000

Objeto: reducir y erradicar los actos violentos en el seno de la familia

II- Plan integral contra la violencia doméstica (2001-2004)

Objetivo: fomentar la educación basada en los valores, mejorar la legislación y potenciar la coordinación entre los existentes

III Plan para la igualdad de oportunidades entre Mujeres y Hombres 1997-2000

L.O. 1/2004 (de 28 de diciembre) – “medidas de protección integral contra la violencia de género.

## COMUNITAT VALENCIANA

Estatut d’Autonomia de la Comunitat Valenciana - Art. 2

Establece los derechos y libertades y promoción de las condiciones de igualdad.

Pla d’acció del Govern Valencià per a la igualtat d’oportunitats entre hòmens i dones (1997-2000)

Pla d’acció urgent del govern valencià per a lluitar contra la violència que s’exerceix contra les dones

Lección 5/1997, de 25 de junio que regula el Sistema de Servicios Sociales.

## EL COMERCIO SEXUAL

La prostitución es una “profesión” maldita, pese a ser llamada la más antigua del mundo que cuenta con mala prensa y una gran incompreensión por parte de la sociedad, la cual ha buscado cientos de nombres para ocultar la profesión, sus “trabajadores/as”, así como ir al acto. En tiempos del Imperio Romano, esta se practicaba bajo unos puentes llamados fornices, del que deriva la palabra fornicar. La mayoría de los autores no pueden ver la prostitución como una profesión, sino como una forma de esclavitud. No afecta a ambos sexos por igual y esta suele ser ejercida mayoritariamente por mujeres, tal vez porque, como ya hemos indicado, la prostitución no ha dejado de ser mas que una forma más del poder ejercido por el hombre sobre la mujer que “le pertenece”.

Hoy en día se suele mostrar en 3 escenarios:

- La calle
- Locales (prostíbulos, de alterne, etc.)
- Anuncios en prensa e internet.

La prostitución no deja de ser un acto sexual entre personas del mismo o diferente sexo en la que la ternura es sustituida por un intercambio comercial de servicios y en la que es muy difícil una verdadera relación personal con el cliente -excepción hecha de las etairas griegas-, y en cuya relación pueden darse rienda suelta a aquellos deseos que no se satisfacen con la pareja.

Rara vez la persona que se prostituye disfruta de su trabajo y suele acudir a ella por necesidad; en ocasiones ha llegado a este mundo fruto del engaño o los malos tratos por parte de su pareja o incluso su familia (prostitución infantil). En otras ocasiones, por ser una forma de conseguir dinero fácil. En muchos de los países del sudeste asiático (Camboya, Vietnam, Corea, etc.) las mujeres e incluso las niñas están desprotegidas y son víctimas de una nueva forma de esclavitud-explotación sexual cuyas raíces económicas han acabado formando parte de su forma de vivir la vida, de su cultura.

Hay una gran bolsa de prostitución entre las personas que intentan conseguir dinero para pagarse la droga, el juego o cirugía para el cambio de sexo. En España se esta produciendo un aumento de la prostitución de inmigrantes como salida de su situación desesperada; para Clara Sánchez “en sus países se morían de hambre y aquí de asco”. La prostitución, además, implica una contradicción: no está prohibida por la ley, pero sí rechazada por la sociedad, por lo que se suele esconder en zonas marginales, pese a exhibirse. Existe un aforismo popular que pregunta: ¿Quién peca más el que peca por la paga o el que paga por pecar?

Algunos estados han intentado e intentan regularizar la prostitución. En España, fue Alfonso X en las Siete Partidas quien lo intentó. Los italianos intentaron cierto control sanitario. En la actualidad, en España se intenta regularizar la prostitución como una profesión más, con derecho Seguridad Social, revisiones sanitarias, impuestos, etc., a lo que se niegan porque piensan que el estado las quiere “chulear”. En Holanda, las mujeres se exhiben en sus escaparates en unos barrios determinados.

También existen “especializaciones” dentro de la prostitución; en París algunas prostitutas exhiben sus dentaduras postizas como forma de reclamo para atraer a los clientes que desean una felación; existen las que se ofrecen para sadomasoquismo (amas/esclavas), etc.

Hay una prostitución llamada de “alto estanding” en que, contrariamente a lo que se piensa, el nivel cultural debe ser muy elevado y es utilizado por empresarios y políticos para cerrar tratos comerciales; son mujeres que hablan varios idiomas y generalmente con preparación universitaria.

### **SEXO TELEFÓNICO**

En la actualidad se ha potenciado una nueva forma de comercio sexual, la de las llamadas telefónicas, en la que no hay contacto con los cuerpos, sino que una persona nos cuenta o pone en situación de un acto sexual, en cuya práctica te pueden entretener entre 30 minutos y 2 horas, según el cliente y el servicio. También hay mucha gente que llama sólo para hablar por encontrarse solo.

### **SEXO POR INTERNET**

Existen canales y links en que algunas personas han llenado su casa de camaras (web-cam) para ser vistos por aquellos que deseen mirarles en todas aquellas acciones de su vida cotidiana (sexo, ducha, comer, etc.). esto ha influido de tal forma que se han popularizado concursos en que grupos de personas se encierran periodos de tiempo amplios (meses) para ser vistas.

## SEXUALIDAD EN LA ENFERMEDAD

Muchos investigadores de la psicología y psiquiatría como Freud, Reich, Horney, Eysench, Sheldom, Maslow o Asport han estudiado y analizado la sexualidad como factor integrante de la personalidad del hombre que junto a otros factores conforma ese todo que es el ser humano. Además, la OMS reconoce en Ginebra, en 1974, que la sexualidad es una fuente de placer, salud, bienestar y comunicación que, vivida satisfactoriamente, potencia la comprensión con los demás, es eliminador de tensiones y rigideces, un principio de armonía y equilibrio que genera actitudes positivas ante sí y ante de los otros. Nuestras relaciones con los demás dependen de nosotros mismos y los demás pueden ayudarnos a lograr seguridad y autoestima, tratandonos de una forma positiva y sincera. Los mayores obstáculos de comunicación para las personas discapacitadas no proceden de la discapacitada sino de las personas que entran contacto con ellos. Debemos intentar ver qué problemas tienen en sus relaciones y ayudarle. Muchas veces su problema estará relacionado con una falta de habilidades sociales. En otras ocasiones es la sociedad la que no entiende que una persona con una grande minusvalía pueda tener una vida sexual activa, entendiendo sexualidad no sólo al coito, sino a la proximidad de la persona amada, caricias, etc.

Quizá la persona enferma no desée la relación sexual, pero sí expresiones de cariño, lo que puede facilitar su recuperación. Es muy importante abordar temores y angustias de la pareja y favoreciendo la expresión de estos sentimientos sin enjuiciarlos. Para que las personas puedan realizar la actividad sexual, se deben orquestar los 4 sistemas:

Cardiovascular, endocrino, neuromuscular y psico-cognitivo-emocional.

Muchos de los problemas sexuales que encontramos en personas enfermas son debidos a los mitos que prohíben o limitan su sexualidad y la de su familia. Es aquí donde el profesional sanitario deberá ofrecerse a romper estos mitos, respetando siempre el deseo del enfermo y su familia a tratar estos temas, para ello se fomentará la participación de la pareja, ampliándoles el sentido de la sexualidad. Las enfermedades dejarán una importante impronta sobre la sexualidad de la persona enferma de forma directa o indirecta, a nivel biológico y psicológico, al crear preocupaciones y creencias erróneas que pueden agravar la enfermedad entre las que podríamos citar la falta de atractivo, pérdida de la autoestima y sus repercusiones así como las reacciones de la pareja con respecto a la enfermedad, lo que puede acarrear el abandono de la actividad sexual en pareja. Algunos fármacos también pueden afectar a cualquiera de las fases del ciclo sexual, produciendo alteraciones que puedan llegar a imposibilitar el coito u otras formas de manifestaciones sexológico-afectivas de la pareja.

Cuando hablamos de minusvalías y discapacidades, habitualmente nos referimos a aspectos prácticos y mensurables y pocas veces a los sentimientos. Se entiende por DISCAPACIDAD la consecuencia funcional de cualquier deficiencia (motora, sensitiva y/o intelectual). El denominador común es la información insuficiente que estas personas han recibido. Las minusvalías se pueden ver mitigadas por una sociedad capaz de adaptarse para cubrir las necesidades de sus miembros, cuyas adaptaciones consisten en eliminar todo tipo de barreras, especialmente las físicas y/o psicológicas. ¿Sería justo que los nuestros conocidos nos trataran distinto por quedar discapacitados en un accidente? A las personas recién discapacitadas les puede resultar difícil adaptarse a la nueva vida; para algunos, la vida sexual puede ser un acto difícil, pero no imposible para prácticas manuales o buco-genitales. La insensibilización de alguna zona puede provocar que algunas de las zonas próximas sean más sensibles. El único problema puede estar en la dificultad para elegir postura en un coito espontáneo (ya que deberán planificar algunos matices).

Deberemos aconsejar que la pareja dialogue sobre lo que les agrada o desagrada, haciendo un mayor uso de las zonas erógenas. Enseñarle a la búsqueda y disfrute de las zonas erógenas que puede aumentar su capacidad de respuesta, qué posturas le serán convenientes según la discapacidad, que es posible el coito sin erección y que se puede llegar al orgasmo por causas emocionales.

El uso de dispositivos sexuales puede ser interesante para que el discapacitado aprenda sobre su orgasmo y como conseguirlo. Algunos podrán ser:

- Vibradores eléctricos
- Anillos púnicos
- Enderezadores del pene (Dispositivos de vacío)

Los profesionales de la salud hemos de presentar una información realista sobre el sexo, desterrando el cumplimiento coital como el culmen de todo, desdramatizando y defendiendo las muchas posibilidades de las que disponen, y hacerlo entender también a su entorno, ayudar a superar los que ven en la discapacidad como algo vergonzoso, no ocultándolo. El enfermo debe tener el control de su propia vida.

Hay que educar a ser tolerantes con el hecho diferencial

El adolescente discapacitado está muy necesitado de demostrar sus sentimientos y hablar de ellos, ser aceptado, lo cual también depende de los padres y la familia más próxima. Tiene derecho a la propia vida y a vivir según sus sentimientos sexuales y emocionales.

Enfrentarse a los problemas sexuales de los minusválidos no es fácil de aprender. A menudo se trata de cambiar las propias actitudes hacia la sexualidad. Ningún grupo profesional está más preparado que otro para proporcionar información, sexualidad y relaciones íntimas. Por ello, la rehabilitación debe ir orientada hacia:

- Devolver al individuo la confianza en sí mismo y ayudarle a descubrir su nueva identidad sexual.
- Hablar de posibilidades y no de obstáculos.
- Considerar los valores personales y respetarlos (como valor a la sexualidad en su vida, el comportamiento profundo y los aspectos contra los que está predisuesto).
- No olvidar que el individuo puede tener pareja.
- Tener en cuenta la rehabilitación sexual en la rehabilitación general.

Cuando un miembro de la familia sufre una minusvalía, pueden producirse cambios en distintas áreas (conyugal, responsabilidades en el hogar, hijos, relaciones sociales, vida laboral, oportunidades para salir, etc.).

Posteriormente, puede ser que alguien encuentre a faltar la vejez y el embarazo; no faltan porque la edad y el embarazo no son discapacidades, sino situaciones naturales del ser humano.

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

### **GENERALIDADES**

- 1) Cuando la persona es portadora de una sonda vesical, se intentará que esta moleste lo menos posible, para lo cual; si es posible, retiraremos la bolsa colectora tapando la luz de salida de orina con un tapón y podemos:
  - a) Pegarla al pubis o la pierna (ambos sexos) o al dorso del pene.
  - b) Colocar el hombre portador de sonda un preservativo si eso le da mayor sensación de sujeción, procurando una correcta lubricación.
  - c) Retirar durante la relación la Sonda vesical si la pareja se siente más cómoda, para la que cosa el profesional puede desplazarse al domicilio el tiempo para retirarla y/o ponerla o instruir al portador y familia para que lo hagan ellos mismos. Esta sería la mejor solución, ya que las dos anteriores pueden causar dolor durante la erección y/o el orgasmo.
- 2) Cuando la persona enferma sea portadora de bolsa de colostomía y/o urostomía:
  - a) Se cambiará o vaciará la bolsa antes de la relación.
  - b) Se le informará que en el mercado hay fajas para su mejor fijación al cuerpo.
  - c) Se informará que en el mercado hay dispositivos tipo tapón para la colostomía, lo que permitirá una relación sin bolsa.
  - d) Cuando la bolsa pueda ser un problema estético, se pueden realizar las actividades desde situaciones que impidan ver la bolsa (penetraciones vaginales desde atrás).
  - e) Cuando exista el temor de olores desagradables se pueden utilizar aromas que lo disimulen.
  - f) Cuando exista el temor de ruidos desagradables se puede utilizar música.

*Muy Importante: Nunca se debe intentar relaciones penetrativas vía ostomía. Su deficiente elasticidad podría causar desgarros de la misma.*

3) Cuando existe algún tipo de amputación o deformación que sea problema para el/la persona enferma o su pareja siempre podremos ocultar o disimular los defectos mediante:

- a) Ambientes poco luminosos.
  - b) Por el uso de prendas.
  - c) Utilizar prótesis o dispositivos.
- 4) Cuando tengamos una persona ingresada largos períodos de tiempo (en instituciones u hospitales) hemos de facilitarles -a ella y su familia- la suficiente intimidad para el correcto desarrollo de sus relaciones afectivas y afectivo-

sexuales, sin emitir juicios de valor ni dejarnos llevar por nuestros prejuicios (Hay que desterrar el término “viejo verde” de los hospitales e instituciones).

## **SEXUALIDAD EN EL ICTUS**

Las alteraciones que podemos encontrar en un enfermo con ictus van a estar en función de las áreas cerebrales que hayan quedado afectadas y a las secuelas orgánicas posteriores a la remisión y/o rehabilitación. Así, las secuelas más comunes pueden ser:

- Dislalia, afasia, etc.
- Parálisis de los músculos de la cara (lateral o bilateral)
- Hemiplejía/paraplejía

El enfermo de ictus mantiene en la mayoría de las ocasiones el deseo sexual y generalmente conserva la erección, eyaculación y capacidad orgásmica; la única deficiencia que puede quedar es una limitación motora que puede producir depresiones reactivas y miedo a un nuevo ictus. Se puede fomentar las actividades no coitales.

Estos enfermos pueden aprovechar tener actividad sexual en colchones de agua –como sucede con los lesionados medulares–, que le ayuda con los movimientos del propio colchón.

Así mismo, el problema de la sonda urinaria, si la tiene, será la de tener que colocarla de forma que no moleste (como ya hemos indicado).

## **ACTUACIONES DE ENFERMERÍA:**

Las acomodaremos a cada uno de los casos.

Puede suceder que debido a la parálisis facial, el enfermo tenga una incapacidad parcial o completa para evitar que la saliva se le escape de la boca, lo que puede no agradarle a su pareja y ello limitar las muestras de cariño.

Alto Riesgo de lesión. Alto riesgo de Traumatismo

Debemos actuar aumentando la confianza interpersonal, vigilando el estado emocional y si hay alto nivel de estrés, identificando cambios de humor y trastorno cognitivo y de juicio, ayudando a controlar sus emociones y a planificar estrategias.

Elevado riesgo de lesión

Al poder quedar con deficiencias de movimiento hemilateral, por lo que habrá que adaptar en lo posible el hogar y el entorno, eliminando esteras que no estén fijas, iluminando correctamente las habitaciones y planificando un hogar más ergonómico a las nuevas aptitudes del paciente.

Le ayudaremos a aumentar el nivel de actividad, facilitándole medios de deambulación, ayudándole a salir del hogar.

Problemas de eliminación

Estreñimiento

A causa de la dificultad para la deambulación, puede tener etapas de estreñimiento, por lo que fomentaremos caminar y el aumento de la ingesta de fibra y agua, evitando determinados alimentos

Incontinencia Urinaria y/o fecal

Ayudaremos al paciente a controlar su incontinencia, fomentando ejercicios que fortalezcan a la musculatura del suelo pelviano y le pediremos que lleve un control de las eliminaciones que nos permitan ver si hay avances, reforzando aquellos avances que va conquistando.



Cambios periódicos de los elementos de contención si los utilizara, manteniendo la dignidad y los sentimientos propios por parte del paciente y cuidador, enseñando técnicas de control de estrés y de sustitución del pensamiento.

Movilidad Física alterada y alteración del mantenimiento del hogar

Debemos intentar lograr el nivel óptimo de movilidad física para lograr el máximo posible de independencia, incluido el mantenimiento de la higiene personal con mecanismos o sin de ayuda.

Déficit de autoatención: higiene, acicalamiento, alimentación, evacuación.

Se le ayudará cuando sea necesario, comprobando que aquello que puede hacer lo realizará de manera apropiada, con ayuda o sin de elementos preparados a su necesidad, fomentando el máximo de independencia.

Miedo/ Ansiedad / Depresión / Sensación de impotencia

A causa de las secuelas del ictus. El paciente verá que hay cosas que ya no puede hacer y que para algunas cosas necesita le ayuda de los otros por el que intentaremos que aprenda a valorar las habilidades más que las pérdidas y que reconozca y valore sus progresos, por pequeños que sean.

Trastorno del autoestima

Ayudar al paciente a descubrir los efectos de su enfermedad, evitando que le dé vueltas a pensamientos negativos y fracasos, estimulando la toma de decisiones para planificar y dirigir la atención propia.

Aislamiento Social

Debido a la enfermedad y la falta de movilidad, por lo que fomentaremos la actividad fuera de casa, buscando los posibles problemas estructurales del domicilio (si hay o no ascensor) y ver las posibilidades de adaptación.

Proceso familiar alterado

Se pueden producir alteraciones de su papel dentro de la familia, por lo que quizá debamos ayudar a la familia a definir los papeles.

Disfunción sexual

Puede ser motor o psicológico. Enseñaremos al paciente a descubrir interacciones y patrones de comportamientos, favoreciendo y proporcionando intimidad, ayudando a disipar los mitos en torno a la sexualidad que puedan dificultar su integración, enseñándole una comunicación activa y asertiva.

## **SEXUALIDAD EN EL OBESO MÓRBIDO**

Los problemas de la persona obesa son principalmente las dificultades que el volumen de sus grandes abdómenes le puede acarrear para la realización de la actividad coital, así como problemas asociados que pueden afectar a las articulaciones de los miembros inferiores. Existen, además, problemas psicológicos derivados de la baja autoestima que pueden interferir en el deseo.

Es preceptivo estimular al obeso a la pérdida de peso, pero sin obsesionarle. La reducción de peso puede llegar a mejorar la autoestima, lo que puede aumentar el nivel de exigencia con su pareja y desencadenar problemas.

También habrá que plantear la posibilidad de encontrar placer por medio de las relaciones no coitales.

En el caso de la mujer obesa, podemos encontrar problemas para la realización de algunas posturas sexuales.

Por otra parte, puede haber dificultades en la autoatención, especialmente en la higiene de zonas íntimas donde puede resultar difícil la correcta higiene, lo que puede causar problemas de olor y/o algunas infecciones que limiten la relación con las personas que le rodean, por un problema de autoconcepto o de cómo vive el entorno la obesidad de sus miembros.

### **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Intercambio respiratorio alterado

Pueden estar asociados problemas respiratorios y de deambulación, debido al sobrepeso que sus sistemas respiratorios y cardiovascular deben soportar

Trastorno del autoestima

Desarrollar un estilo de vida más saludable, para lo que deberemos ayudarle a su planificación, enseñándole la relación entre salud física y sentimientos positivos, que le ayudan a mejorar su bienestar y que disminuya las expresiones negativas sobre sí mismo, evitando prejuicios.

Favoreceremos su socialización si es posible, enseñándole estrategias para mejorar sus relaciones.

Trastorno del patrón del sueño

Habrà que proporcionarle un ambiente confortable que favorezca el sueño: luz, ventilación, temperatura, etc., comprobando si los episodios de tiempo son suficientes.

La sobrecarga suele venir de estos problemas por disneas/apneas del sueño, por lo que suele ser necesario el uso de dispositivos CPAP como apoyo a la recuperación, ya que impide la estenosis de la glotis –causa del ronquido– lo cual mejora su calidad de vida.

Es conveniente vigilar el nivel de conciencia que nos puede poner alerta sobre la existencia de desequilibrio  $O_2$ - $CO_2$ .

Puede haber hábitos tóxicos que interfieran en el intercambio gaseoso (como el tabaco).

Aislamiento social

Debido a la sobrecarga y a los posibles problemas asociados a él, puede dejar de salir de casa, y las visitas, suelen ir dilatándose según pasa el tiempo, por lo que deberemos identificar que personas son importantes y porque, facilitando herramientas para una solución eficaz.

### **SEXUALIDAD EN LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y EL ENFERMO DIALIZADO**

Hay una repercusión importante de acuerdo con el grado de uremia, inhibirá tanto las sensaciones como la potencia. La situación empeora al entrar en un programa de hemodiálisis, a causa del agotamiento que supone para el enfermo.

### **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Alto riesgo de infección:

A causa de la continua manipulación de las fístulas arteriovenosas para la diálisis, hay un riesgo de infección. Por ello, recomendaremos la vigilancia de la temperatura cada 4 horas y comprobar que los elementos de eliminación (excrementos y orina si la hubiere) tienen un color y olor habitual.

Por nuestra parte, nuestra misión es preventiva, ya que cada vez que debemos manipular las fístulas, deberemos tener una correcta asepsia y antisepsia, especialmente de las manos.

#### Intolerancia a la actividad

El agotamiento que supone para muchos enfermos la diálisis puede suponer unas limitaciones fisiológicas, por lo que debemos ayudar al paciente a identificar los factores estresantes de su descompensación, desarrollando un programa de actividades adecuado y ayudarle a la toma de medicación.

Le ayudaremos a desarrollar actividades y a reconocer las influencias de las respuestas emocionales sobre la tolerancia al ejercicio.

#### Gasto cardíaco disminuido

La alteración de líquidos y la pérdida de electrolitos nos puede desencadenar alteraciones del ritmo y perfusión cardíaca, por lo que enfermería practicará la anamnesis necesaria (solo o coordinada con el médico) para un correcto diagnóstico y determinar la posibilidad de monitorización del enfermo; caso de alteración cardíaca, administraremos la medicación prescrita.

#### Miedo, ansiedad, sensación de impotencia

El paciente se va a sentir muchas veces mucho cansado después de la diálisis y nos va a expresar sus miedos, que la enfermedad pueda evolucionar, a las infecciones, etc. Lo intentaremos tranquilizar enseñándole a ver los progresos que puede hacer en su recuperación.

#### Tensión en el rol de cuidador

Puede haber tensión, ya que la enfermedad va a hacer cambiar los papeles de cada uno en la familia a partir de la misma.

#### Disfunción sexual

Muchas veces puede haber un mal conocimiento o inadecuado de la enfermedad que pueda provocar conflictos en la persona o pareja. Por todo eso, le permitiremos que verbalice aquellas preocupaciones que tenga en torno al tema sexual, a las cuales intentaremos darle solución, explicándole que no toda la sexualidad tiene que ser coital (que puede suponer un grande gasto de energía por su parte), que debe potenciar las relaciones afectivas

## **SEXUALIDAD EN EPILEPSIA**

La sexualidad es normal, excepto que esté afectado al lóbulo temporal donde puede aparecer una disminución del deseo y la potencia.

## **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

#### Miedo, ansiedad

Puede haber temores de si la enfermedad es transmisible, por lo que intentaremos tranquilizar a la persona, comenzando por saber cual fue la etiología de la enfermedad, ya que esta puede ser:

- Traumática: Consecuencia de un golpe, intervención quirúrgica o hemorragia cerebral que afecto a algunas áreas cerebrales
- Febril: Suele ser común en niños y rara vez se produce por encima de los 12 años.
- Hereditaria: Tiene una incidencia muy baja.

### Alto riesgo de traumatismo

Por su enfermedad, tiene un alto riesgo de lesionarse al caer a causa del inicio de un ataque. Le enseñaremos a reconocer los pródromos de la enfermedad, que reconozca las auras, para que pueda avisar a los que puedan estar con él para poder socorrerlo de ser necesario y adoptar posturas cómodas y seguras.

### Trastorno del autoestima y Aislamiento social

Puede haber un trastorno de la autoconcepción a causa de la percepción que tiene la sociedad de la misma. Clásicamente ha sido una enfermedad maldita. Atón la utilizó para que lo reconocieran como “hijo del sol/Ra”. La Biblia la presenta como una enfermedad de los “endemoniados”. Hasta hace unas pocas décadas estaba asociada a alteraciones psiquiátricas de la personalidad y/o de la inteligencia; aunque hoy día hay una mayor comprensión de la enfermedad y sus enfermos, aún hay quien la voz como una enfermedad maldita; además, los ataques tónico-clónicos suelen tener una presentación espectacular, lo que puede desarrollar temor del enfermo al que le suceda en público, con incontinencia fecal y/o urinaria, el que puede incomodar la persona por la imagen que de él pueda tener su entorno.

Ayudaremos a él y a su entorno a desterrar los mitos de su enfermedad, intentando que entienda el mecanismo de producción y como con un cuidado básico y la medicación necesaria, puede llevar una vida normal.

### Entre el cuidado:

- Retirar el consumo de bebidas excitantes (caféina, te, chocolate, etc.) y alcohol
- Dormir al menos 8 horas
- Evitar ambientes estresantes, especialmente visuales (como las luces de las discotecas) y anímicos (ambientes de alto estrés nervioso).
- Debería no realizar actividades que pudieran ser peligrosos en caso de ataque, al menos en un período no inferior a dos años desde el último episodio, y especialmente sin haber realizado una EEG (como conducir, subirse a grandes alturas, etc.).

## **SEXUALIDAD EN EL ENFERMO CON E.P.O.C.**

Puede provocar inhibición del deseo e impotencia y problemas en la relación coital en tanto al aumento de requerimientos de oxígeno del enfermo.

## **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

### Patrón de respiración ineficaz

Es a causa de la fatiga de los músculos respiratorios, lo que afecta a la mecánica respiratoria, por lo que intentaremos ayudar a hacer que mejore la frecuencia respiratoria, aumentando el volumen por medio de técnicas de respiración y ayudarle a aumentar la fuerza de la musculatura. Le enseñaremos, además, la importancia de tomarse la medicación tal como se le haya pautado.

Deberemos monitorizar periódicamente la saturación de oxígeno.

### Intercambio gaseoso alterado

Le ayudaremos a mantener el suministro de oxígeno enseñándole a mantener permeable la vía respiratoria y animarlos que haga respiraciones profundas y los ejercicios respiratorios que le hayan sido pautados.

Asimismo, vigilarémos el estado mental del paciente, que nos puede indicar su estado respiratorio.

### Miedo, ansiedad

Es una enfermedad que muchas veces hace sentir el paciente y la familia que su vida está en peligro, lo que le hace vivir de manera intranquila. Le ayudaremos a comprender los medios que tendrá a su alcance para recuperar el máximo de salud posible

### Aislamiento social

A causa de la gravedad de su estado, puede suceder que el enfermo deje de salir de su casa. Debemos facilitarle la comunicación en la medida en que sea posible con su entorno.

### Disfunción sexual

Muchas veces puede haber un mal conocimiento o inadecuado de la enfermedad que pueda provocar conflictos en la persona o pareja. Por todo eso, le permitiremos que verbalice aquellas preocupaciones que tenga en torno al tema sexual a los cuales intentaremos darle solución, explicándole que no toda la sexualidad tiene que ser coital (que puede suponer un grande gasto de energía por su parte), que debe potenciar las relaciones afectivas.



## **SEXUALIDAD EN PERSONAS CON DISCAPACIDADES FÍSICAS**

La imagen corporal es la visión que damos de nosotros mismos. En una sociedad donde se valora lo bello y lo perfecto, lo imperfecto se queda fuera de la aprobación social. El autoconcepto que tenemos, y en especial el discapacitado físico, influyen en el funcionamiento sexual; la escasa autoestima puede producirles sentimientos de falta de confianza, inseguridad, inferioridad, abandono, retraimiento, etc., ese concepto negativo les produce vergüenza, rechazo, etc. Esas personas tienen sus facultades mentales perfectamente, lo que aumenta su ansiedad ya que a la imagen de ellos mismos, sus prótesis y sillas, hay que unir el miedo a que algunas relaciones puedan agravar su enfermedad.

El primer paso es que la persona con deficiencias se acepte a si mismo; luego, que los otros lo acepten. La falta de aprecio por su cuerpo por parte de los demás comporta una relación mutilada. Sus necesidades sexuales no tienen porque ser distintas a las de los demás, pero con frecuencia sí debemos hacer unas adaptaciones para lograr el máximo grado de normalidad posible. Es posible que sea necesaria una reeducación para obtener un desarrollo positivo. Es importante descubrir nuestras propias capacidades y las de los discapacitados y desarrollarlas de un modo agradable.

Los profesionales de la salud debemos promover una educación que potencie la comunicación y ofrezca los recursos para que estas personas adquieran el mayor grado posible de confianza, autoestima y satisfacción. Atreverse a hablar de sus problemas ha permitido a muchos pacientes mirar hacia el futuro con más esperanza. Cada individuo debe tener la oportunidad de dar de sí mismo todo el que desee.

En todos ellos puede haber afectación de la sexualidad en cuanto pueda afectar a los nervios sensitivos o motores y por ello puede:

- Haber dificultad eréctil
- Dificultades para la lubricación vaginal
- Alto riesgo de no poder ayudar.

### **LA SEXUALIDAD EN EL LESIONADO MEDULAR**

Dentro de esta definición se encuentran todas aquellas patologías cuyas manifestaciones clínicas son consecuencia de la afectación de la médula espinal. Algunas de ellas son:

- Las de causa oncológica espinal, paraespinal y metástasis.
- Enfermedades degenerativas como lairingomelia, degeneración combinada subaguda, espondilitis cervical o hernias discales.
- Traumatismos.

Muchos y muy complejos son los problemas de los lesionados medulares con respecto a su vida y dentro de ella. En principio, mucha gente podría pensar que un lesionado medular “ya tiene bastante con lo que tiene” como para preocuparse del sexo, pero no es preciso olvidar que es una persona, y que tiene las mismas necesidades que cualquiera otra persona. La sociedad tiene una visión catastrofista, pero no debemos olvidar que el sexo es una de las necesidades de Maslow. Las incapacidades físicas no reducen el interés por el sexo, aunque pueden hacer difícil o imposible el coito; la vida sexual continua, aun cuando deben corregir algunas cosas. En algunos centros sanitarios se trabaja reeducando el paciente con incapacidad física. Son las connotaciones psicológicas las que hacen penosa y compleja la expresión sexual.

En un primer momento, lo impacto de los acontecimientos y las noticias que le llegan al enfermo van a inhibir sus apetencias sexuales. No todas las lesiones se comportan de igual manera y uno de los indicadores será delimitar cual es el nivel en que se encuentra la lesión para poder determinar su gravedad y su grado de afectación en el sujeto. Las lesiones completas impedirán la transmisión de las sensaciones más allá de la lesión. En lesiones bajas, donde se afecte el sacro desde la S2 –que son donde se controla la erección– implican disfunción eréctil.

Simpático	L1	- Vasodilatación de las arteriolas de los cuerpos cavernosos	ERECCIÓN
Lumbar	L2	- Cierre del esfínter uretral interno	EMISIÓN
	L3	- Emisión de semen ala uretra posterior	
	L4		
	L5		
	S1	- Vasodilatación de los cuerpos cavernosos	ERECCIÓN
Parasimpático	S2	- Contracciones clónicas de los músculos	
Sacro	S3	isquio-cavernoso y vulbo-cavernoso	EYACULACIÓN
		- Contracciones clónicas de los músculos perineales	
	S4	Fibras sensitivas-Sensación genital.	

Encontraremos problemas en cuanto a la autoimagen corporal al no responder al no responder a los cánones establecidos o cuando hay alteraciones a las que debe adaptarse. Es un sentimiento individual, de lo propio y la representación ante el otro; su deterioro le puede provocar inseguridad, timidez, falta de atractivo, antipatía, inferioridad, retraimiento y pérdida de feminidad/masculinidad. Los cuadros ansioso-depresivos repercutirán negativamente en la respuesta sexual, por ello, la rehabilitación sexual debe integrarse en el contexto de la rehabilitación global y por profesionales especializados. No olvidemos que la respuesta sexual y principalmente el orgasmo, es un reflejo aprendido, que aquí será muy importante reeducar.

La concepción social de la enfermedad, sus creencias y su cultura, influirán en la sexualidad, sobre todo en lo que se refiere al concepto de lo atractivo y el estético, su grado de culto a lo aparenta y no al placer. Los modelos que se imponen no favorecen la normalización del discapacitado físico, sino que los condena al ostracismo, a la marginación. Parte de esos miedos sociales son a la imperfección, la enfermedad y la muerte, por lo que les llega el mensaje de no ser atractivos, que no pueden tener pareja ni hijos, negándoseles toda afectividad y sexualidad; para que no se perpetúe la deficiencia, se les dice que no pueden tener un hogar, negándoseles la intimidad y la independencia, llegando en ocasiones a la sobreprotección, manteniéndolos en la



ignorancia, la sublimación y la resignación. Aquí influye también el mito extendido del que la única satisfacción y medio correcto de expresión sexual es el coito, con lo que les aumenta la sensación de inutilidad.

La conciencia y valoración subjetiva de la lesión suele lograrse a los 5-6 años y se produce por un descubrimiento personal o comentarios de los otros. Se refuerza la autocrítica. El deseo no se va a ver alterado, aunque sí en un principio, cuando el enfermo todavía este inmerso en el trauma de la pérdida de las funciones que hasta ahora realizaba por si mismo.

Para muchos hombres, la lesión medular se vive de manera angustiada por el riesgo a que implique disfunción eréctil, aunque para ellos tiene un significado muy especial. Actualmente, con las técnicas de reproducción asistida hace que se vea con cierta normalidad la posibilidad de embarazo (que puede lograrse la extracción del semen y realizando la inseminación artificial si fuese necesario).

El hombre conservará la erección y tendrá unas zonas gatillo que le servirá para lograrla, aunque no siempre. Se le puede educar para disfrutar de su sexualidad de forma especial -tipo orgasmo fantasma-. Ha perdido genitalidad, pero conserva la vivencia, la experiencia.

La eyacuación se irá deteriorando de forma progresiva por la oligoespermia producida por atrofia de los túbulos seminíferos, a partir del 4-6º mes. Sería interesante recoger muestra para banco de esperma por si se desease la búsqueda de descendencia más adelante.

La fertilidad en la mujer lesionada no está alterada, pero será un embarazo de alto riesgo.

La respuesta orgásmica habrá que orientarla al orgasmo fantasma.

Sobre el uso de anticonceptivos, la pareja suele elegir el preservativo, o la mujer con lesión medular tendrá preferencia por los anticonceptivos orales más que por los dispositivos intrauterinos, ya que esto supondría colocar dispositivos en personas con zonas anestesiadas (por el traumatismo), con lo que supone un riesgo de lesión que puede pasar desapercibida y con complicaciones que podrían poner en peligro la vida de la persona enferma.

### ***CUIDADOS Y ATENCIÓN DE ENFERMERÍA***

- Actuaremos informando, educando, orientando, tratando, formando e investigando.
- En la filosofía de vivir en armonía con uno mismo y su entorno, promoveremos fomentar y suscitar posturas saludables y estilos de vida, prevenir problemas y/o enfermedades y actuaremos en el tratamiento, ayudándoles a aprender a vivir con la lesión, en la integración social y laboral, en sus relaciones interpersonales y en su sexualidad.
- El uso de colchones de agua facilitará el coito para el lesionado medular, ya que estos transmiten los movimientos de la pareja.
- También se puede realizar en la silla de rueda.

Caso de tener sondas urinarias:

- Hombre: Se puede doblar la sonda a lo largo del pene o simplemente quitarla y volverla a poner después del acto sexual.
- Mujer: Se puede retirar lateralmente fijándola al muslo o al abdomen o quitarla si se desea, pero es menos necesario que en el hombre.

- En las disfunciones eréctiles: Se puede aplicar la técnica de relleno vaginal (acompañar el pene al interior de la vagina con los dedos) o por medio de prótesis peneanas.
- Sería interesante el vaciamiento de heces y orina antes del contacto sexual para evitar fenómenos como la disreflexia autónoma.

## **EMBARAZO EN LA LESIONADA MEDULAR**

Es una de las causas en las que la mujer se puede llegar a sentir más normal, aunque la capacidad de embarazo dependerá de su nivel de lesión por la posibilidad de disdinamias que hacen más difícil regular la dinámica uterina, por lo que es considerado un embarazo de riesgo ya que hay que estar pendiente de algunas patologías ginecológicas -como hongos-, motivados por las pérdidas de orina (que la mujer había aprendido a controlar durante la rehabilitación), causadas por la presión del útero grávido sobre la vejiga, por lo que se tiende a sondarlas a partir del 4º mes y hasta 15 días posteriores al parte.

Otro de los riesgos clásicos es la detección de los partes prematuros, para lo cual se enseña a la mujer a reconocer las señales neurovegetativas, como sudoración, taquicardia y el aumento de la tensión arterial. El parto puede realizarse por vía vaginal como en cualquier mujer sin lesión, ya que sus posibilidades no están disminuidas, aunque tienen perdida la capacidad de empujar y de ayudar en la expulsión en el momento del parte. Puede ser necesaria la cesárea en mujeres con fracturas pélvicas o con lesiones en el canal del parto. Se recomienda, no obstante, el uso de anestesia epidural y una mayor atención por el anestesista que monitorizará el proceso para evitar crisis vegetativas de hipotensión o espasticidad.

## **SEXUALIDAD EN LO ESPINA BÍFIDA**

Es una malformación congénita por falta de la fusión de las estructuras internas de la columna vertebral. Esta puede ser de dos tipos:

- Oculta o cerrada: Anomalia ósea con o sin estigma cutáneo: lipoma, angioma, seno dérmico, mechón de pelo
- Abierta: Meningocele, Mielomeningocele.

## **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Estar personas han vivido toda su vida con la discapacidad, con el consiguiente impacto que ha supuesto para los padres al nacimiento de estos, que puede venir acompañado de sentimientos de culpa por parte de los padres, ya que los padres esperan de sus hijos que sean perfectos y si en muchos casos no han sido fielmente cumplidores de la toma de ácido fólico les hace sentir culpable, que puede desencadenar unos padres especialmente protectores. Esta actitud puede afectarlos a ellos y al niño. Debemos hablar con los padres para tranquilizarlos y que entiendan lo erróneo de su percepción.

Hay que ser cuidadoso con los medio de contención de orina y fecal y enseñar al paciente en el máximo de autonomía en este tipo de cuidado. Su fracaso supondría déficit de autocuidado (baño/higiene, evacuación).

Hay que preguntarle al paciente y su familia sobre sus actividades fuera de casa, para reducir el riesgo de déficit de actividades recreativas.

## **MANIFESTACIONES CLÍNICAS POR LA LESIÓN DE LOS NERVIOS RAQUÍDEOS**

- Parálisis flácida y arreflexia de miembros inferiores.
- Anestesia en la planta del pie, en silla de montar (parte interna del muslo y región para-anogenital).
- Vejiga neurogènica.
- Incontinencia de evolución (Parálisis del esfínter anal).

## **SEXUALIDAD EN POLIOMIELITIS**

Es una enfermedad infecciosa causada por varios tipos de virus (poliovirus, virus coxsackie, echovirus y otros enterovirus), de contagio fecal-oral. Pueden producirse diversas formas de enfermedad:

- Abortiva: Es subclínica y se produce el 90% de las ocasiones.
- Aparalítica: Produce fiebre aguda y se produce el 10% de los casos.
- Enfermedad paralítica: EL 1% de los anteriores afecta al sistema nervioso central, destruyendo neuronas de los ganglios periféricos, del asa anterior de la médula y del bulbo raquídeo.

Sus manifestaciones dependerán de las neuronas afectadas: Fiebre, dolor muscular intenso, parálisis flácida y asimétrica con pérdida de reflejos, que pueden evolucionar a parálisis de los músculos intercostales y diafragma la que produce irregularidad del ritmo respiratorio.

Se produce atrofia y deformidades en las extremidades y espalda.

## **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Vacunación con el virus atenuado Sabin (3-5-7-18 meses y 6-14 Años)

La enfermería suele aplicar compresas de calor húmedo para los dolores musculares.

(no hay que olvidar que fue una enfermera australiana –Elisabeth Kelly– la pionera en las medidas de rehabilitación que paliaron los efectos de la enfermedad en estos enfermos).

La enfermedad puede evolucionar, debilitando otros músculos, lo que puede comportar problemas de:

- Eliminación (estreñimiento)
- Respiratorio (cuando afectan al diafragma) etc. – Patrón de respiración ineficaz
- De equilibrio (por fallo de los músculos abdominales, paraespinales y el psoas), que puede desencadenar trastorno de la imagen corporal y/o aislamiento social, lo que puede desencadenar un proceso familiar alterado.
- Puede haber duelo por las habilidades perdidas.

## **SEXUALIDAD EN LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE**

Es un trastorno desmielinizante del sistema nervioso central, con un curso progresivo y en brotes. Las primeras manifestaciones de la enfermedad son entre los 20 y los 40 años. Se está estudiando la etiología de la enfermedad, aunque se cree que pueda deberse a virus lentos o de algún proceso autoinmune.

Se manifiesta por ceguera unilateral, afectación del tronco cerebral y/o cerebelosa y de la médula espinal, en los cordones posteriores y en la vía corticoespinal.

Hay pérdida de la transmisión motora y sensitiva.

## **OTROS**

### **ENFERMEDAD PRIMARIA DE LA MOTONEURONA**

Es una enfermedad donde hay una pérdida de fuerza asimétrica, atrofia muscular, fasciculaciones y sensibilidad conservada

### **AFECTACIÓN DE NERVIOS PERIFÉRICOS**

A partir de este nivel los nervios ya son sensitivos y motores. Hay pérdida de fuerza distal simétrica, hiporreflexia y disminución de la sensibilidad.

### **ENFERMEDADES DE LA UNIÓN NEUROMUSCULAR**

Pérdida de fuerza de la musculatura proximal y sensibilidad normal.

### **MIOPATÍAS**

Son enfermedades hereditarias de curso progresivo, con pérdida de fuerza en la musculatura proximal, con deformidades y contracturas incapacitantes y sensibilidad normal.

### **DEFICIENCIAS SENSORIALES**

En estas personas sus sentimientos, actitudes y conducto son semejantes a los de las personas sin deficiencia; desde los 3 años están llevando una vida normal, con las limitaciones propias de la deficiencia, y tienen clara su identidad sexual. Los problemas suelen surgir durante la adolescencia para conocer gente por cuanto la sociedad suele tratarlos como “diferentes” o “incompletos”, como si existiere el temor que la deficiencia se pudiera transmitir.

### **VISUALES**

#### ***HOMBRES***

Algunos hombres manifestaron ignorar sus sentimientos y necesidades sexuales a causa del esfuerzo en aprender actitudes sociales correctos y porque temían el rechazo.

#### ***MUJERES***

Manifiestan que algunos hombres vacilan acercarse a ellas por la deficiencia. Deben aprender actitudes sociales como el riesgo de ser violadas al tomar la iniciativa del contacto.

### **AUDITIVOS**

El principal problema es la comunicación con las personas oyentes de la sociedad, ya que, al no ser considerada la lengua de signos necesaria en los currículos estudiantiles, a la sociedad en general le resulta muy difícil socializar con ellos y ellos con los otros, lo cual dificulta o puede impedir a dos personas conocerse y llegar a completar una relación de pareja.

### **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Está afectado al proceso de deterioro de la comunicación verbal.

Estas personas son sordos y solo en mucho pocas ocasiones puede haber alteraciones del órgano fónico, por lo que no es correcto el término “sordomudo”. El dete-

rioro de la comunicación verbal va a deberse en tanto no hayan sido entrenadas las personas afectas y su entorno.

Tendrán a veces una tendencia al aislamiento social, ya por que no son capaces de hacerse entender, porque la sociedad en la que se mueven no esté preparada para comunicarse con ellos.

SERÍA INTERESANTE LOGRAR EL RECONOCIMIENTO DE LA LENGUA DE SIGNOS COMO LENGUA OFICIAL, lo que implicaría a su enseñanza obligada a toda la sociedad.



## **SEXUALIDAD EN EL ENFERMO CARDIACO**

El enfermo cardíaco tiene una especial preocupación por la actividad sexual, sobretodo en patología isquémica, en el que la sensación de muerte es aguda y vivida de forma dramática. Pero en estos temores, también hemos sido los profesionales sanitarios en parte responsables, sobretodo a partir de los estudios de Masters y Johnsons –a mediados del siglo XX– y reflejados en Respuesta Sexual Humana, ya que en él se reflejan las variaciones de la frecuencia cardíaca y presión arterial durante las diferentes fases de la relación sexual que llevó a medidas profilácticas para evitar la sobrecarga que supondría para el corazón con enfermedad isquémica el acto sexual; trabajos posteriores han demostrado que las investigaciones de Masters y Johnsons había que matizarlos; estos realizaron sus investigaciones sobre parejas, muchas de ellas no estables e incluso que se acababan de conocer, lo que provocaba que el aumento de frecuencia y tensión arterial fuesen superiores a lo que sería normal en parejas estables. Hoy en día, aquellas prohibiciones sólo son relativas para las primeras semanas. El coito no supone un riesgo cardíaco superior al de una actividad laboral cotidiana, y se verán limitadas si desencadenan angina.

En el plan psicológico podemos encontrar cuadros ansioso-depresivos influidas por sentimientos de miedo al infarto y/o la muerte. Puede ser aprovechado este miedo para finalizar la actividad sexual no satisfactoria en parejas desestructuradas o en crisis.

Algunos trabajos llegan a conclusiones como una menor satisfacción y que los aspectos que más cambian en la vida del enfermo cardíaco son la vida laboral y la sexual.

Muchos de los fármacos usados en estos enfermos afectarán a la sexualidad, principalmente los antihipertensivos:

Pueden causar disfunción eréctil - Tiazidas, furosemida, propranolol, verapamilo.

Pueden reducir la potencia y el deseo - Metilo-Dopa, reserpina y clonidina.

Puede reducir el deseo – Prazosin (minipres®)

Digoxina, antiarrítmicos y hipolipemiantes

No afectan a la sexualidad:

Los Beta-bloquetjants y los IECA (excepción hecha del propranolol)

Los nitratos y los antagonistas del calcio (excepto el verapamilo)

### **ACTIVIDAD SEXUAL**

La masturbación y la actividad buco-genital no supone mayor riesgo; puede ser una buena manera de reemprender la actividad sexual al producir menor coste ener-

gético que el coito y posteriormente iniciar progresivamente la relación coital con la pareja.

Puede realizarse cualquiera postura coital, pero debe evitarse mantener relaciones cuando el sistema cardiovascular esté sobrecargado, como situaciones de estrés excesivo, enfados, comidas copiosas, por lo que las mejores horas serán después de levantarse de dormir o de la siesta.

Se puede aconsejar ejercicios isovolumétricos (=aeróbicos) para mejorar la tolerancia al esfuerzo. Un buen indicador es la prueba de lo escalera, que nos ayudará a ver si es conveniente que el enfermo tenga actividad sexual (consiste en subir uno o más tramos de escala y valora la fatiga que ello ocasiona, si hay que hacer pausas...)

Se puede administrar nitroglicerina sublingual si apareciese ángor durante la relación o incluso como medida profiláctica si se espera que suceda durante la actividad sexual.

Las relaciones anales son peligrosas para el enfermo cardíaco que será penetrado por el riesgo de reacciones vagues.

Si la enfermedad es la Insuficiencia Cardíaca, podríamos encontrar dificultades en la erección o inapetencia por la crisis de disnea que puede acontecer por el esfuerzo.

Si el enfermo es tratado con heparinas se pueden producir casos de priapismo.

Por lo tanto, y de forma general, instruiremos al enfermo y su familia que algunos fármacos podrán causar problemas en el desempeño normal de su sexualidad y que no debe alarmarse, solo comentarlo con el médico correspondiente para estudiar la posibilidad de cambiar el fármaco o interrumpir temporalmente su administración si fuera posible.

Instruiremos y/u orientaremos al enfermo sobre las posibles soluciones en torno a la actividad que puede realizar.

## **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

### **ALTERACIÓN POTENCIAL DE LA NUTRICIÓN**

A causa de las recomendaciones dietéticas que se suelen dar a estos enfermos, podrían producirse interpretaciones erróneas por parte del enfermo que le lleven a desnutrición o a cierto abandono de estas comidas escasamente sazonadas. En muchos casos podemos sustituir a la sal por limón o hierbabuena.

### **ALTERACIÓN DE LA NUTRICIÓN: POR DEFECTO (1.1.2.2)**

Especialmente en la Insuficiencia Cardíaca, en algunas fases más agudas pueden llegar a dejar de comer porque le aumenta la disnea tanto durante la ingesta como por sobrecarga cardíaca.

### **DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDÍACO (1.4.2.1)**

Es la alteración en que la cantidad de sangre bombeada por el corazón es insuficiente (caso de la insuficiencia cardíaca o trastornos del ritmo).

Las medidas más urgentes irán destinadas a recuperar el gasto cardíaco más normal posible, ayudándole además a una correcta oxigenación, mediante sistemas de ventilación. Además intentaremos reducir el estrés y la ansiedad.



### **DIFICULTAD PARA EL MANTENIMIENTO DEL HOGAR (6.4.1.1)**

En los casos en los que se produzca disnea secundaria a las alteraciones del gasto, se puede producir una incapacidad para mantener con independencia un entorno seguro, ordenado, limpio. En la medida en que sea posible, ayudaremos en la fisioterapia respiratoria del enfermo, incluyendo algunos ejercicios en las actividades diarias del cuidado de la casa, lo que permitirá que progresivamente se llegue al máximo grado de autonomía y normalidad posible.

En algunos casos, será necesario ayuda externa para estas medidas.

### **DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL (3.1.1), AISLAMIENTO SOCIAL (3.1.2)**

A veces, la disnea causada por el funcionamiento inadecuado del corazón o su sistema vascular (angor, Insuficiencia cardíaca, IAM, etc.) pueden generar temor al enfermo incluso de salir de casa y a veces no ser visitado por familiares y/o amigos, lo que progresivamente va aislandolo.

Intentaremos que desarrolle relaciones de confianza que reduzcan el aislamiento, mediante conversaciones interactivas con su entorno, ayudándole en aquellos campos que sea preciso, haciéndole objetivar como son estas relaciones e intentando estimular el interés por las relaciones.

En la nuestra mano está aumentar la capacidad relacional del sujeto hasta donde nos sea posible y expresar sentimientos de forma socialmente aceptable, así como la expresión de sentimientos de las partes en estas relaciones. Intentaremos que aumente la interacción entre el enfermo y la sociedad estimulando las visitas, apoyándonos en las habilidades sociales.

En enfermos muy demandantes, la familia puede claudicar por agotamiento en el cuidado. Debemos explicar las expectativas entre enfermo y familia, ayudándoles a la comprensión de los conflictos y a desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces con el máximo de autonomía.

### **SUFRIMIENTO ESPIRITUAL (4.1.1) DESESPERACIÓN (7.3.1)**

Son sentimientos de preocupación por el significado de la vida/ muerte, valores, Dios, sufrimiento, etc. Cuando no se llega a ninguna alternativa o elección puede producirse un estado de inmovilidad en beneficio propio, exteriorizado por el “no puedo”, lo que a su vez puede aislarlo.

Se intentará estimular al enfermo para que exteriorice sus sentimientos y reduzca su aislamiento, aumente la confianza en si mismo, con objetivos realistas, haciéndole ver que es capaz de hacer cosas por si mismo.

### **TRANSTURNO DEL AUTOESTIMA (7.1.2)**

Sentimiento negativo sobre sí mismo o sus capacidades que puede llegar a verbalizar mediante vergüenza, culpa o rabia.

Ayudaremos al enfermo a desarrollar capacidades de cuidados necesarias para el funcionamiento en sociedad, ayudándole a fortalecer las capacidades de afrontamiento.

### **DISFUNCIÓN SEXUAL (3.2.1.2.1)**

Es un estado en el que se produce un cambio en la función sexual que se ve insatisfactorio e inadecuada. Podría producirse disfunción eréctil, inapetencias, alteraciones del orgasmo y la eyaculación. Intentaremos que verbalice el problema viendo las limitaciones que la enfermedad le genera y si hay alguna terapia adecuada.

### **ALTERACIÓN DE LOS PATRONES DE SEXUALIDAD (3.3)**

El enfermo o familia nos pueden manifestar dificultades, limitaciones o cambios en las conductas o actividades sexuales que puede ser debido a déficits de capacidad. Nuestra labor se orientará a conocer como era la actividad sexual antes del comienzo de la enfermedad, informando sobre cual es su medicación y estudiando la posible influencia que puede tener en la sexualidad; informaremos al enfermo y su pareja sobre las limitaciones y como afrontarlas, educándolos en técnicas de control de estrés y temores si estos sentimientos aflorasen en la relación.

### **ANSIEDAD (9.3.1) TEMOR (9.3.2)**

La ansiedad es un sentimiento indeterminado de incomodidad con multitud de motivos y factores, mientras que el temor es un sentimiento de miedo que la persona puede identificar.

Le ayudaremos a reducir el estrés y las respuestas fisiológicas que este produce, enseñándole capacidades de afrontamiento eficaces, así como ejercicios para relajarse. Le instruiremos sobre su enfermedad, para que pueda hacer frente a los miedos y leyendas que sobre ella se conocen.

## **SEXUALIDAD EN EL ENFERMO DIABÉTICO**

Hay factores fisiológicos que pueden afectar la sexualidad, generalmente complicaciones tardías por neuropatías (sobre todo las que afectan a los nervios vegetativos), así como micro y macroangiopatías, lo que puede desencadenar disfunción eréctil en el hombre y vaginitis en la mujer.

Si bien los antidiabéticos orales y la insulina no deterioran la actividad sexual, sí la pueden deteriorar los problemas neurológicos y vasculares secundarios a la enfermedad, lo que puede aumentar la ansiedad y dificultar aún más las erecciones, lo cual, al mismo tiempo, aumenta la ansiedad.

En el varón, son los problemas en la erección los que a veces nos llevan al diagnóstico de la diabetes (al imposibilitar en la penetración en un tiempo prolongado). Puede aparecer también eyaculación retrógrada, pero es más raro.

En las mujeres pueden aparecer problemas para la consecución del orgasmo o alteraciones del mismo. La reproducción puede verse también alterada o dificultada, y cuando se produce es catalogada como de alto riesgo, con mayor incidencia de abortos, malformaciones, distocias y gestosis.

Los niños suelen ser de mayor peso que en mujeres no diabéticas (generalmente por encima de los 4 kilos), lo que aumenta el riesgo de mortalidad materna y perinatal.

### ***ATENCIÓN DE ENFERMERÍA***

En general, actuaremos educando a estos enfermos en el control de la glucemia y sus hábitos alimentarios y de higiene para dotar el máximo de normalidad a su vida.

Disfunción eréctil:

Se realizará una correcta anamnesis para intentar detectar si la causa es orgánica o psicógena. Si es de base orgánica, la solución penetrativa es complicada, pero podemos administrar vitamina B y suprimir antihipertensores. Se puede recomendar las técnicas de “relleno vaginal”, esto es, introducir el pene flácido en la vagina y la mujer contrae fuertemente, favoreciendo la erección. Si no es posible el coito, se fomentarán las actividades no coitales. Se puede plantear la posibilidad de lo implanto de una prótesis de pene y fármacos favorecedores de la erección.

Dificultades para la consecución del orgasmo:

Puede ser importante estimular la actividad no coital y la búsqueda de zonas erógenas que todavía no estén alteradas.

## **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

Estos enfermos hoy en día tienen un rango más próximo a la normalidad que hace unos años gracias a los avances de las ciencias de la salud, las cuales están incluso estudiando trasplantes de células pancreáticas e implantes de dispositivos que permitan el control de la glucemia de forma casi fisiológica.

Es muy raro que se produzca un afrontamiento ineficaz o alteraciones de movimiento que lleven al enfermo a aislarse, excepto que la enfermedad evolucione a amputaciones o pérdidas de visión importantes. De todas maneras destacaremos:

### **ALTO RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (1.6.2.1.2.2)**

A causa de las neuropatías y/o angiopatías, hay un alto riesgo de lesiones, a veces debido a accidentes aparentemente insignificantes, pero que, sobre todo cuando estos suceden en los pies, pueden tener consecuencias catastróficas (como amputaciones de miembros); por ello, serán recomendables medidas de higiene correcta, como que la agua para el aseo no esté muy caliente (al tener disminuido el tacto) y secar por medio de una toalla con golpes suaves y metódicamente entre los dedos, corte de las uñas recto, para evitar lesiones cutáneas, calcetines y zapatos que no compriman y mucha atención a todo tipo de lesiones como las durezas y otras patologías del pie, que deberán ser vistas y tratadas por los profesionales adecuados.

### **DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS (8.1.1)**

Puede existir un desconocimiento sobre la enfermedad y sus cuidados. Para eso, estos enfermos cuentan con asociaciones que les explicarán medidas de control y prevención de los problemas que la enfermedad les puede acarrear para una vida normal.

La actividad física permitirá a los diabéticos mantener niveles de glucemia en sangre bien controlados; sólo deberemos estar pendientes del riesgo de hipoglucemia, que será fácil de prevenir con una alimentación adecuada, como el uso de azúcares de absorción lenta (arroz, etc.) antes del ejercicio y en los casos agudos, la administración de zumos o agua azucarados. Es importante recomendar el ejercicio a estos enfermos; puede realizar todo tipo de actividades deportivas que desee, tomando las medidas adecuadas con tal de evitar riesgos innecesarios. En las personas de edad, esta actividad física será caminar al menos 40 minutos diarios.

## **SEXUALIDAD DEL ENFERMO DE ALZHEIMER**

El cerebro es un órgano formado con unos 15.000 millones de neuronas y 1'5 kg. de peso y se encarga de la memoria y toda la coordinación muscular y abstracta. Con la vejez, desciende el número de neuronas entre un 25 y un 45% y el riego sanguíneo en un 25% a los 70 años, lo que reduce el consumo de oxígeno y glucosa en un 10%, disminuyendo también la cantidad de neurotransmisores.

La enfermedad de Alzheimer, según el CIE-10, es una enfermedad degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida, que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos. La transtorno se inicia de manera insidiosa y lenta, y evoluciona progresivamente durante años.

- Los fallos de memoria irán en aumento según se agrave la enfermedad.
- Hay cambios bruscos de humor que irán evolucionando a reacciones violentas y desproporcionadas.
- Tendrá problemas para coordinar el habla, acabando por repetir palabras sin sentido. No comprende lo que se le dice.
- Tiene problemas para coordinar los gestos espontáneos y movimientos corporales, le cuesta tragar y no controla esfínteres, desapareciendo las actividades cotidianas.
- Aumentará su fatiga y los miedos injustificados y llega a llorar y gritar de forma incontrolada.
- Pierde autonomía. En las fases más avanzadas de la enfermedad no reconoce a nadie, ni incluso los más próximos, pero conserva la memoria emocional y reconoce a la persona que le cuida, le ayuda y le quiere.
- Hay cambios en el comportamiento sexual del sujeto con manifestaciones “inapropiadas”:
- Aparecer sin ropa en público. No es exhibicionismo, sino que ha olvidado la importancia social de la ropa. No es preciso ridiculizarlo ni reñirlo, sino acompañarlo a la habitación y ayudarlo a vestirse como si fuera lo más normal del mundo
- Puede tratar de tocar, acariciar o abrazar a alguien. Esto se puede deber que piense que es su cónyuge.
- Puede tocarse los genitales, cosa que no implica a actividad sexual (puede ser signo de algún tipo de afección genital que el enfermo no sabe explicar, pero le molesta.)
- Puede masturbarse en público, porque la masturbación le resulta agradable y no es capaz de discernir las normas sociales o morales. Será conveniente acompañarlo a la habitación.

- Puede querer mantener relaciones con sus hijos o sus hijas. Esto se puede deber que, en la confusión de su memoria, puede ver en su hijo o su hija a su cónyuge de joven. Hay que tratar de explicar la situación sin afligirse.

Una reacción agresiva por parte nuestra puede ser catastrófica para el enfermo.

La administración de estatinas reduce la producción de placas amieloides.

## **SEXUALIDAD DEL ENFERMO Y SU FAMILIA**

Existe el mito que no está bien mantener relaciones sexuales con personas con alteraciones psíquicas; es una falacia. Si durante su vida ha tenido alegrías, ¿porqué se debe privar de ellas al enfermo? Las relaciones pueden ser completas, pero no tienen necesariamente por qué ser coitales.

- Puede no tener claro cual es su rol en la relación (no tiene claro si es hombre o mujer).
- Puede estar activo o pasivo.
- Puede olvidarse de los prolegómenos y centrarse en el coito.
- Puede regresar a realizar el coito momentos después de haberlo hecho porque olvida que lo acaba de hacer.
- Es importante demostrarle afecto; él si que lo hará. Tocarle, acariciarle, abrazarle, etc., le tranquiliza.

En las personas que se encuentran en alguna institución, pueden llegar a acostarse en la cama de otro residente; en cierta medida es normal, ya que posiblemente hasta no hace mucho quizá dormiría acompañado.

## **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

Se pueden ver alterados todos los patrones de INTERCAMBIO (PATRÓN 1):

### **ALTERACIONES DE LA INGESTA**

#### **DE LA NUTRICIÓN: Generalmente POR DEFECTO (1.1.2.2)**

A causa de las dificultades para la deglución y a su incapacidad progresiva para manejarse en la cocina, puede dejar de cocinar y de comer de manera progresiva.

Nuestro objetivo es ayudarlo en la alimentación. En los casos más graves quizá nos veamos en la necesidad de sondarlo, por la que deberemos comprobar periódicamente su permeabilidad, colocación y cambios periódicos de acuerdo con las necesidades del sondado, o adiestrar a la familia en el manejo de la misma.

#### **DÉFICIT DE AUTOATENCIÓN: ALIMENTACIÓN (6.5.1)**

Es el estado en el que el individuo experimenta un deterioro a poder llevarse la comida a la boca por muchos motivos. Si las causas son mecánicas, hay artefactos que le ayudan a comer, pero en muchos casos, nuestra actividad estará centrada en ayudarlo a alimentarse.

#### **DÉFICIT DEL VOLUMEN DE LÍQUIDOS (1.4.1.2.2.1)**

Intentaremos vigilar que tenga una ingesta suficiente, evitando la deshidratación, acomodándonos a las condiciones climáticas (ambientes secos, calurosos) y físicas del enfermo (Si hay insuficiencia cardíaca, o enfermedades que le dificultan la ingesta). En ocasiones, cuando el enfermo no quiere o no puede ingerir agua, podremos recurrir al uso de gelatinas, más cómodas y apetecibles.

## **DÉFICIT DE AUTOCUIDADO (6.5.-): HIGIENE (-.2), TRAJE (-.3) Y USO DEL ESCUSAT (-.4)**

El enfermo experimenta un deterioro de la habilidad para realizar o completar su higiene y acalamiento. Será un proceso progresivo en el que habrá que ayudarlo.

En el uso del escusado, se puede llegar al uso de medidas de contención (pañales, sondas, etc.) y el cuidado correspondiendo de revisión y cambio necesarios.

## **ALTERACIONES DE LA ELIMINACIÓN: INCONTINENCIA FECAL (1.3.1.3) Y URINARIA (1.3.2)**

Tiene dificultades para el control de esfínteres y las terapias educativas tienen unos resultados muy limitados, por lo que nuestras medidas preventivas serán el cambio periódico de los métodos de contención que utilizamos y su vigilancia periódica (pañales, sondas, etc.).

## **ALTO RIESGO DE LESIÓN (1.6.1):**

Son enfermos con un equilibrio muy inestable de sus condiciones de salud, que se rompe con gran facilidad. Estos enfermos están en riesgo de sufrir cualquiera tipo de accidente, desde una caída hasta una ingesta de algunos productos peligrosos o no comestibles con los que se puede atragantar, así como el riesgo de vómitos que pueden causar una broncoaspiración.

También se pueden producir períodos de gran reposo, generalmente causados por la lesión en alguna caída o enfermedades que pueden degenerar en gran invalidez, con los consiguientes deterioros musculares.

## **TRAUMATISMOS (1.6.1.3) - ASPIRACIÓN (1.6.1.4)**

### **DE ASFIXIA (1.6.1.1) - SÍNDROME POR DESUSO (1.6.1.5)**

### **DE INTOXICACIÓN(1.6.1.2) - DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR (1.6.2.1), - ALTERACIÓN DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (1.6.2.1.2.1)**

A causa de estados de inmovilidad amplios, puede llegar a sufrir lesiones de la piel, siendo las más importantes las Ulceras Por Presión (UPP), que pueden verse favorecidas por el tiempo excesivo que las sustancias de eliminación estén en contacto con la piel. Sobre estas úlceras podremos actuar:

Preventivamente:

- Por medio de cambios posturales periódicos (cada 2 horas durante la vigilia y cada 3 durante el sueño)
- Cambios periódicos de pañales, sondajes y ropajes mojados.
- Hidratación correcta de la piel y del sujeto en general (vías dérmica y oral)
- Por medio de una correcta nutrición: Aporte de proteínas suficiente
- Favoreciendo y estimulando la deambulación temprana del sujeto, mientras sea posible de manera autónoma. Habrá que hacer un estudio de la vivienda o institución, con un mapa de riesgos, para ver las soluciones posibles (escalas con luminosos o reflectores, baños sin escalón, mecanismos de contención en las escalas (puertas o barreras que resultan difíciles de saltar), etc.

Por medio del uso de colchones, almohadas y camas antiescaras.

Terapéuticamente:

Cura de úlcera, si esta se hubiera producido, impidiendo que esta evolucione a

una mayor gravedad, por medio de aquellos medio que dispongamos, siguiendo la pauta de nuestros conocimientos y coordinandonos con los otros integrantes del equipo de salud para aquellas medidas terapéuticas que escapen a nuestras competencias (antibioticoterapia, si precisase).

### **ALTERACIÓN DE LA MUCOSA ORAL (1.6.2.2.1)**

Causado por dentaduras propias y/o prótesis dentales en mal estado, enfermedades orales (hongos, llagas, deficiencias de salivación, etc.), o secundarios a otras lesiones (durante un sondaje o intubación).

Aplicaremos las medidas de cuidado necesarias:

- Una correcta hidratación, de acuerdo con las necesidades del enfermo. Cuando además tiene riesgo de poca salivación, podremos dar limonadas caseras. Si se niega a la ingesta de líquidos, gelatinas.
- Administración de la medicación pautada
- Enjuagues periódicos con agua o colutorios que además dejarán una agradable sensación. Si la persona tiene dificultades y creemos que tiene riesgo de hacer una aspiración, podremos realizar estos enjuagues por medio de jeringa y aspirador de vacío.
- Si el estado de la persona lo permite, podremos ofrecerle caramelos que le favorezcan la salivación o pequeños trozos de hielo que le refresquen.

### **DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL (2.1.1.1)**

Es un estado en el que queda reducida o anulada la capacidad de usar o comprender el lenguaje. Por ello, intentaremos comunicarnos de manera clara, concisa y comprensible, utilizando palabras apropiadas para nuestro interlocutor y técnicas eficaces, animándole a que exprese sus sentimientos.

### **DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL (3.1.1), CON AISLAMIENTO SOCIAL (3.1.2) Y ALTERACIÓN EN EL EJERCICIO DEL ROL (3.2.1), ALTERACIÓN de los PROCESOS FAMILIARES (3.2.2) Y CONFLICTO DEL ROL PARENTAL (3.2.3.1) AFRONTAMIENTO FAMILIAR INEFICAZ (INCAPACITANDO/EMBARAZOSO)(5.1.2)**

Todos estos diagnósticos se centran en la soledad del individuo como algo negativo o amenazador y los cambios de su papel en los varios ámbitos en los que se mueve (amistades, familia).

Nuestro objetivo será aumentar la capacidad relacional del sujeto hasta donde nos sea posible y expresar sentimientos de forma socialmente aceptable, así como la expresión de sentimientos de como se pueden sentir las partes en estas relaciones. Intentaremos que aumente la interacción entre el enfermo y la sociedad estimulando el aumento de las visitas apoyandonos en las habilidades sociales.

Intentaremos que desarrolle relaciones de confianza que reduzcan el aislamiento, mediante conversaciones interactivas con su entorno, ayudándole y apoyándole en aquellos campos que sea necesario, haciéndole objetivar como son estas relaciones e intentando estimular el interés por ellas.

En ocasiones, la familia puede claudicar, por agotamiento en el cuidado. Hay que tratar de mantener el mayor grado de intimidad posible e intentar proporcionar el



máximo de información adecuada al enfermo y familia y ayudar a la familia a una visión real de la enfermedad, sirviendo a veces de puente en las expectativas entre enfermo y familia, ayudando a la comprensión de los conflictos y a desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces con el máximo de autonomía para cada uno de ellos, ayudándoles a expresar necesidades, afectos, etc. y a controlar el estrés y la ansiedad que este tipo de relaciones los cause.

### **ALTERACIÓN DE LOS PATRONES DE SEXUALIDAD (3.3)**

Quizá el enfermo o familia nos manifieste dificultades, limitaciones o cambios en las conductas o actividades sexuales debido a déficits de conocimientos o capacidad. Nuestra labor se orientará a conocer como era la actividad sexual antes de comenzar la enfermedad, informándonos sobre cual es su medicación y estudiando la posible influencia que puede tener en la sexualidad; informaremos al enfermo y su pareja sobre las limitaciones y como afrontarlas, educándolos en técnicas de control de estrés y temores si estos sentimientos aflorasen en la relación.

Según se deteriora la situación mental del sujeto, puede realizar actos que pueden no ser socialmente aceptados. En estos casos, debemos ayudar al sujeto a buscar intimidad para sus actos y/o vestirse, pero nunca como una prohibición, sino como una cosa natural. No hay que olvidar que el enfermo puede buscar afecto o contacto humano y que la sexualidad no deje de ser una actividad placentera que le produce placer y que puede desear.

Orientaremos a la familia sobre la sexualidad con el enfermo, ayudando a desterrar el mito que no se debe tener sexo con los enfermos mentales, instruyéndolos sobre que el enfermo puede tener momentos en los que los reconoce e indicarles que por su enfermedad muchas veces puede querer realizar el coito al poco de haberlo hecho y que deben aprender una nueva forma de sexualidad.

Si la pareja es añosa, sería conveniente el uso de lubricantes vaginales por si quieren realizar el coito y el enfermo no es paciente para esperar la respuesta de su pareja e incluso orientar sobre otras formas de satisfacción.

### **SUFRIMIENTO ESPIRITUAL (4.1.1) DESESPERACIÓN (7.3.1)**

Son sentimientos de preocupación por el significado de la vida/muerte, valores, Dios, sufrimiento, etc. Cuando no se llega a ninguna alternativa o elección puede llegar a producirse un estado de inmovilidad en beneficio propio, exteriorizado por el “no puedo”, lo cual puede acabar en aislamiento.

Entre las actividades de enfermería se intentará estimular al enfermo para que reduzca su aislamiento, aumento la confianza en sí mismo, con objetivos realistas, haciéndole ver que es capaz de hacer cosas por sí mismo y que exteriorice sus sentimientos, ayudando a reprimir los pensamientos autolíticos que pueda surgirle, dando sentido a su vida y dándole confianza en que estaremos con él hasta su último momento como persona.

### **TRANSTORNOS EN LA IMAGEN CORPORAL ( 7.1.1) Y DE LA IDENTIDAD PERSONAL (7.1.3)**

Alteración de la forma en la que percibe la propia imagen, que puede ser objetivas (por alteraciones de alguna parte de su cuerpo) o subjetivas (como percibe que

los otros lo ven). En cuanto a su identidad, en la enfermedad puede llegar un momento que no distinga entre el yo y el que no es yo.

Como profesionales, debemos colaborar a que el enfermo acepte su imagen y su identidad de forma positiva, sea la causa de su trastorno objetivo o subjetiva y evaluaremos las percepciones y sentimientos que le produce las alteraciones, aceptando un período de negación, ayudando a expresar sus sentimientos de la alteración o pérdida si se produjere.

Cuando además haya trastorno de la identidad, le ayudaremos a hacer que distinga entre lo propio y no propio, apoyándole en su independencia, enseñándole técnicas de control de estrés y vigilante su estado mental.

### **TRANSTORNO DE LA AUTOESTIMA (7.1.2)**

Sentimiento negativo sobre sí mismo o sus capacidades que puede llegar a verbalizar por medio de vergüenza, culpa o rabia.

Ayudaremos al enfermo a desarrollar capacidades necesarias para el funcionamiento en sociedad, ayudando a fortalecer a las capacidades de afrontamiento.

### **ALTERACIÓN EN EL PROCESO DE PENSAMIENTO (8.3)**

Estado en el que puede experimentar una desorientación temporo/espacial con déficits de memoria y pensamientos desconexos de la realidad.

Le ayudaremos a lograr un racionamiento positivo de sí mismo, por medio de los apoyos necesarios y ayudarle a detectar las causas de su ansiedad y qué cosas le son útiles y cuales no y en qué cosas se equivoca, con estrategias de afrontamiento y como recompensarse.

### **ANSIEDAD (9.3.1) TEMOR (9.3.2)**

La ansiedad es un sentimiento vago de incomodidad con multitud de motivos y factores, mientras que el temor es un sentimiento de miedo que la persona puede identificar.

Le ayudaremos a reducir el estrés y las respuestas fisiológicas que este produce, enseñándole capacidades de afrontamiento eficaces, enseñándole a relajarse. Le instruiremos sobre su enfermedad para que pueda hacer frente a los miedos y leyendas que sobre ella se conocen.

## **SEXUALIDAD EN EL ENFERMO DE PARKINSON**

La enfermedad de Parkinson afecta a los cuerpos de Levy y los núcleos pigmentados del tronco cerebral, afectando a las estructuras encargadas de la coordinación de movimiento, tono muscular y postural lo que se manifestará por temblor, lentificación de movimientos, rigidez, alteraciones de la postura, el equilibrio y la marcha. Hay un desequilibrio químico por déficit de dopamina, producto de la pérdida de ciertas células cerebrales. El 25 % de los casos se manifiestan en menores de 40 años y es la segunda causa más frecuente de incapacidad neurológica y funcional en la edad adulta. Hay 5 grados:

- 1) Alteraciones hemilaterales.
- 2) Afectación de los dos lados del cuerpo sin trastorno del equilibrio.
- 3) Alteraciones bilaterales leves o moderadas con cierta inestabilidad postural. Conserva autonomía.
- 4) Incapacidad grave: Capaz de caminar o estar de pie sin ayuda.
- 5) Necesita ayuda para todo. Vida cama/sillón.

La anamnesis se basa en los síntomas que refieren paciente y familia. La progresión es lenta.

### **MITOS DE LA ENFERMEDAD A DESTERRAR**

- Es contagiosa o hereditaria.
- No hay esperanza de curación y siempre conduce a la invalidez absoluta.
- Todos los temblores son parkinson, son duros de oído y produce demencia y envejecimiento.
- Considerar estos enfermos como personas que están bajo los efectos de drogas (alcohol, marihuana, etc.).
- Puede haber dificultades de comunicación que impiden expresar miedos y necesidades mutuas.
- Trastornos en la autoestima e incapacidad de adaptarse a la nueva situación.
- Todo eso llevará al enfermo a situaciones de depresión, ansiedad y frustración, que pueden acabar afectando también a la pareja, provocando ansiedad y desavenencias conyugales. Si en la pareja ya existían problemas conyugales y/o sexuales, la enfermedad puede agravarlos.
- Si la pareja está con los hijos o en alguna institución, además, puede haber circunstancias sociales y ambientales como la falta de oportunidad, intimidad o hábitat inadecuado.

## **SEXUALIDAD**

El grado de afectación de estos enfermos depende de factores como la gravedad de la enfermedad la edad del enfermo y la presencia de trastornos psiquiátricos asociados como depresión o ansiedad.

El impulso sexual se puede afectar porque a los sistemas dopaminérgicos del cerebro tienen un papel de regulación de la libido. La mejoría por medio de la levodopa puede ser satisfactoria. La afectación de los nervios periféricos raramente afecta a los nervios que controlan las funciones sexuales y, de hacerlo, afecta en el hombre la erección y retrasa la eyaculación, y en la mujer problemas en la respuesta fisiológica a la excitación; estas dificultades pueden ir acompañadas de otros trastornos vegetativos como control irregular de la tensión arterial, incontinencia urinaria y/o fecal.

Las limitaciones de movimientos secundarios a rigidez y bradiquinesia pueden deberse a problemas mecánicos, lo que se manifiesta al encontrar una buena postura para el coito o interferir los movimientos pelvianos durante el coito.

Algunos de los fármacos que se pueden dar a estos enfermos, como tranquilizantes, antidepresivos o anticolinérgicos pueden retrasar la eyaculación y trastornos en la erección que suelen aparecer de forma brusca después de añadir la nueva medicación.

Puede haber una anticipación de miedo al fracaso y/o al dolor, lo que le impedirá funcionar adecuadamente. Asimismo, la falta de autoestima le hará sentirse menos atractivo frente a la pareja, y puede dificultar aún más la respuesta sexual.

## ***ATENCIÓN DE ENFERMERÍA***

Debe ser global, donde estarán implicados a todos (enfermeras, fisioterapeutas, logopedas, médicos, etc). Se intentará estimular la comunicación y los cambios de actitud por medio de la información del trastorno y los mecanismos que intervienen, incidiendo en los aspectos afectivos y sensuales de la relación, sugiriendo como influir en las condiciones ambientales para una mayor privacidad.

Intervenir en la terapia si es necesario. Si hay problemas sexuales, ver su etiología y el profesional más adecuado intervendrá. Cuando el problema es de la medicación, se intentarán los cambios posibles para ajustarla.

Recomendaremos ejercicios físicos previos para mejorar la movilidad y aliviar el dolor, así como recomendar posturas coitales y maneras de estimulación entre la pareja, planteando, si es posible, otras actividades sexuales alternativas.

## **SEXUALIDAD DEL ENFERMO PSÍQUICO**

Nuestra sociedad mantiene actitudes y comportamientos hipócritas que, lejos de favorecer la integración de los discapacitados psíquicos, fomentan la aparición de conductos inapropiadas, prejuicios y estigma social. Las personas con deficiencias mentales, problemas conductuales, enfermedades mentales crónicas, etc., establecen vínculos afectivos que requieren cauces normalizados de expresión. La discapacidad hay que enmarcarla en la vida cotidiana. Las estrategias se refieren a proporcionar oportunidades a los adultos con discapacidad para acceder a ambientes integrados de vida, trabajo y ocio que les permita independencia, productividad, pertenencia social y calidad de vida. Los resultados de la normalización tiene que ver con la satisfacción en la vida, autoestima y competencia personal, devolviéndoles la dignidad completa que los corresponde por derecho. La calidad de vida se puede entender de muchas maneras. 4 factores clave:

- a) Físico: Proteger la salud.
- b) Material: Maximizar la renta disponible. Promover la cantidad y calidad de posesiones.
- c) Social: Promover el acceso a la comunidad.
- d) Cognitivo: Fomentar la capacidad de la persona.

Se considera minusválidos psíquicos a aquellas personas legalmente dependientes de otros, también asociado con las posibilidades relacionales. Pueden no tener pareja o sufrir un gran carencia de intimidad. Muchos de ellos no podrán permitirse tener hijos o tendrá dificultades para controlar su fertilidad.

Los enfermos mentales -y principalmente las personas con deficiencias- pueden ser víctimas de abusos porque son confiados y fácilmente afectuosos, cumplen órdenes y no pueden evaluar las motivaciones de los otros. Es posible que para ellos sea difícil afrontar los cambios físicos y emocionales de la pubertad, llegando a suceder que se considere que tienen un comportamiento “inadecuado” e inaceptable (como tocarse los genitales en público). Los padres no tendrían por qué preocuparse más que el que harían por un niño sin deficiencia. A veces se ha planteado la duda de si practicar la histerectomía como profilaxis al embarazo y otros posibles problemas; por regla general, no se recomienda, ya que la persona discapacitada debe participar en las decisiones sobre su cuerpo, de hecho hay dudas sobre su legalidad. A pesar del grado de discapacitada psíquica y/o incapacidad para el aprendizaje, se le puede preparar para la adolescencia, intentando enseñarles que la menstruación es normal y natural, que no está enferma y que además vendrá acompañado de otros cambios como la telarquia y el crecimiento del vello púbico. Existen, además, programas de educación para la higiene menstrual de las adolescentes.

Abordar la sexualidad en personas con discapacidad significa hablar de educación y prevención, de cambiar las conductas inapropiadas.

Deben ser los propios sujetos (criterio subjetivo) y las personas con las que tengan relaciones (criterio de pareja y familia) los que decidan que tipo de relaciones desean tener. Es posible que tengan dificultad para aceptar su cuerpo y sus condiciones si implican a alguna limitación. Por otro lado, las limitaciones que debemos aplicar son las mismas que a la población sin este tipo de discapacidad y se deberán a problemas específicos:

- a) Limitaciones fisiológicas.
- b) Limitaciones de actitud:
  - a) Negativa.
  - b) Conducta sexual inadecuada
  - c) Mitos o creencias erróneas.
- c) Dificultades psicológicas:
  - a) aceptación de la figura corporal y autoestima.
  - b) depresión, ansiedad, etc.
- d) Dificultades de o con la pareja.
- e) Ayudas técnicas.
- f) Ayudas personales específicas si no tiene pareja.
- g) Cambios en el entorno familiar.
- h) Cambios en el entorno institucional.

Si el criterio de salud sexual es subjetivo y de pareja ¿Qué ocurre cuando dependen de otras personas? Son los demás los que deciden lo que es saludable para ellos, por lo tanto la educación sexual de estos sujetos pasa por la educación de sus padres, con lo que habrá que hablar del derecho del minusválido a la sexualidad y la necesidad de consensuar con sus responsables las decisiones sobre la vida sexual, afectiva y social del minusválido con tantas formas diferentes de comportamiento como cualquiera persona.

Hay que trabajar con las familias, separando sexualidad, reproducción y parentalidad responsable, con el fin de lograr métodos anticonceptivos adecuados que impidan embarazos no deseados. Existe un desajuste en los agentes sociales cuando una mujer tiene la necesidad de tener un hijo, en torno a su capacidad para cuidarlo, sin ver que para ellos el hecho de haber debido ser cuidadas desde siempre, ahora tienen la necesidad de cuidar de alguien. En muchas ocasiones, esas personas no pueden permitirse tener hijos.

Las relaciones sexuales son la manera íntima, privada y sincera de expresar amor de forma no verbal y el cuerpo está preparado para responder; esto no significa coito, sino muchas más cosas. No hay un comportamiento sexual “normal”. Necesitamos que nos quieran, valoren y aprueben. Vivir en sociedad entrafía riesgos para la salud. Algunos enfermos se ven abocados al aislamiento social o restringirlo al ámbito familiar, lo cual supone soledad y lazos de dependencia muy fuertes. Si queremos que sean adultos, debemos arriesgarnos que tengan las mismas oportunidades que los otros para serlo, y que se relacionen con los otros. El ideal será canalizar los sentimientos, impulsos, tendencias, etc., dentro de un marco integrador.

La sexualidad no es un elemento marginal del ser humano, sino una dimensión constitutiva de la persona. Los roles pueden variar en las distintas culturas. Masculinidad/feminidad son formas de estar en el mundo. Sus posibilidades son muy

limitadas y con frecuencia son personas con una gran afectividad; además, evitan tener manifestaciones afectivas y sexuales, porque es lo que han aprendido. Sus deficiencias no siempre son físicas, y el cuerpo tiene exigencias que la mente no es capaz de asumir. Negamos su sexualidad, pero no dejamos de temer por su existencia. Una actitud excesivamente protectora puede impedir el desarrollo de su personalidad.

Se continúa considerando la conducta coital heterosexual como la normal, y el resto frívolo e incompleto, si no perverso y aberrante. El comportamiento sexual de estas personas es de alguna manera diferente del de las personas sin alteraciones y hay que considerarles libres del instinto pecaminoso, como los que quieren ver en ellos un comportamiento sometido a impulsos incontrolables y de inhibición imposible. Pero también hay tantas variantes en su comportamiento sexual como al resto de las personas. Algunas de sus “parafilias” pueden tener base en la represión que se ha ejercido sobre ellos y la búsqueda que ha realizado el sujeto de una salida a esos impulsos. La pornografía es un signo de necesidades sexuales insatisfechas. La masturbación es frecuente e inofensiva. La falta de control sexual puede ser causa de dificultades.

El enfermo psíquico debe tener contactos sociales y humanos y estos deben ser satisfactorios y cubrir las necesidades del sujeto. La persona institucionalizada puede tener dificultades para estas relaciones, sobre todo si esta no es mixta. En las instituciones mixtas suelen ser frecuentes los festejos y estas suelen ser beneficiosos para ambos; incluso puede ser normal que se casen.

## **EDUCACIÓN SEXUAL**

Educar es transmitir normas, pero también dejar crecer. Mentir es un error. Basta dar algunas explicaciones francas adaptadas a su capacidad. La mayoría tienen necesidad de formación y de una educación que los ayude a enfrentarse con los problemas de la vida en sociedad. El conocimiento de los métodos anticonceptivos es primordial. La educación debe efectuarse en el contexto de la vida cotidiana en forma de lecciones y no podemos sentirnos incómodos cuando damos una información sexual. Debemos informar sin moralizar sobre las parafilias tanto al enfermo como a sus familias.

## **ANTICONCEPCIÓN**

El método a utilizar dependerá del grado de madurez del sujeto. En los casos con retrasos moderados, se utilizarán los medios que sean capaces de comprender su uso, realizando los ajustes precisos para sus necesidades especiales de manera que se logre un equilibrio entre seguridad y efectividad.

### **DIU:**

Las mujeres con retraso mental moderado se pueden beneficiar de este método si no tienen antecedentes de salpingitis o relaciones con múltiples compañeros. Hay varios modelos de dimensión reducida que han sido comercializados para úteros pequeños y/o nulíparas.

Progestágeno retraso - Acetato de medroxiprogesterona 150 mg.

Su uso prolongado origina amenorrea reversible, lo que lo hace muy útil en mujeres con retraso mental severo, incapaces de mantener su higiene menstrual.

## **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Con carácter general se ven afectados casi a todos los diagnósticos de los patrones 3 (relaciones), y 7 (percepción). Dependerá en grande manera de la alteración física y de la capacidad intelectual de la persona afecta, así como de la imagen que proyecta a los otros (como lo ve la sociedad).

### **DISFUNCIÓN SEXUAL (3.2.1.2.1) Y ALTERACIÓN de los PATRONES SEXUALES (3.3)**

En la mayoría de los casos esta se deberá a una información incorrecta o al conocimiento inadecuado que puede provocar insatisfacción en el sujeto o los cambios que en este terreno puedan suceder. Para ello motivaremos al sujeto a que hable libremente del tema, especialmente de sus preocupaciones, sin emitir juicios de valor, en un ambiente íntimo que le de la seguridad suficiente, en un lenguaje comprensible e intentando que controle su ansiedad. Ayudaremos a la persona a que descubra sus comportamientos en lugar de etiquetarlo. Intentaremos saber qué conocimientos tiene sobre la sexualidad, desterrando aquellos mitos y creencias inadecuadas y ofreciendo comportamientos alternativos en soledad o en pareja. Enseñándoles la capacidad asertiva, de manera que si no desea hacer o decir alguna cosa que no lo haga.

Observaremos que medicación toma y que influencia puede tener en su sexualidad. Evaluaremos el nivel de confort al discutir el tema solo y con la pareja, así como el confort que logra con la sexualidad.

### **DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL (2.1.1.1)**

Es la disminución o incapacidad de un individuo para usar o comprender el lenguaje. Se puede deber a razones físicas, ya que muchas de estas personas tienen deformidades en la boca que le pueden impedir un lenguaje suficientemente claro o psicológicas, por su incapacidad intelectual o el miedo a que puede causar hacer el ridículo o a no ser entendidos, lo que puede desembocar en que se aisle.

Para la persona, la comunicación debe ser un hecho agradable, aunque al principio suponga esfuerzo. Vamos a dirigirnos a él con mensajes claros y concisos, seleccionando aquellas palabras que le sean más comprensibles y que él pueda usar para expresar sus carencias, necesidades y sentimientos. Para eso, el lenguaje verbal y no verbal deben ser coherentes.

### **AISLAMIENTO SOCIAL (3.1.2)**

Soledad experimentada por un individuo y percibida como impuesta por los otros o incapacidad para participar en relaciones personales satisfactorias y que son percibidas de manera negativa.

Enfermería intentará establecer puentes entre el sujeto y la sociedad por medio de una relación de confianza, ayudando al sujeto a verbalizar el problema, identificando las barreras y observando lo que piensa el sujeto con respecto a las personas que le rodean, reduciendo los períodos de aislamiento e identificando los sujetos que le son importantes, comentando los aspectos positivos y negativos de su salida del aislamiento, fomentando incluso su incursión en actividades recreativas.

### **DIFICULTAD PARA EL MANTENIMIENTO DEL HOGAR (6.4.1.1)**

Incapacidad para mantener independientemente un entorno seguro y promotor del desarrollo.



Se intentará progresar hacia la independencia del/los individuos, en un plan de trabajo y el apoyo de los recursos comunitarios

### **DÉFICIT DE AUTOATENCIÓN: ALIMENTACIÓN (6.5.1), BAÑO/HIGIENE (6.5.2), TRAJE/PULIRSE (6.5.3), USO DE ORINAL/ESCUSAT (6.5.4)**

Comprende todas las áreas del autocuidado a nivel de Ingestión/eliminación, así como aquellas que afectan a la higiene del enfermo y que pueden deberse a multitud de motivos que pueden ir desde la incapacidad de deambulación hasta los trastornos neurológicos.

Nos plantaremos estrategias educativas hasta donde sean asimiladas por el enfermo así como la orientación cabeza al uso de recursos sociales y familiares.

### **PATRÓN 7: PERCEPCIÓN**

En este patrón hay 9 diagnósticos que concentraremos en 3 bloques:

7.1.- : Trastorno de la imagen corporal (-1) ,

Trastorno de la autoestima (baja crónica: - 2.1)(baja situacional (-2.2)

Trastorno de la identidad personal (3)

7.2.- : Alteraciones sensoroperceptivas y desatención unilateral (-1.1)

7.3.- : Desesperanza (-1) e Impotencia (-2)

En todos ellos está la visión que le sujeto tiene de sí mismo que está estrechamente ligado al grado de inteligencia y de alteración mental del enfermo.

### **PATRÓN 8 : CONOCIMIENTO**

Dos diagnósticos:

8.1.1 – Déficit de conocimiento.

8.3 – Alteración de los procesos de pensamiento.

En ellos está alterada la memoria, la inteligencia y la interpretación más o menos exacta que se haga del entorno. A veces puede influir el desconocimiento de los recursos para obtener información.

### **ANSIEDAD (9.3.1)**

Sensación de incomodidad de origen habitualmente inespecífico o desconocido para el individuo. Intentaremos mantener un medio ambiente calmado enseñándole estrategias para el control de la ansiedad, así como intentar conocer la causa.

### **TEMOR, MIEDO (9.3.2)**

Sensación de miedo relacionado con una causa identificable por la persona. Intentaremos identificar aquello que le causa temor y actuaremos sobre ello si fuera posible, sobre el objeto fóbico o sobre el conocimiento de ese miedo, enfrentándonos a aquellas percepciones distorsionadas o evaluando el nivel de miedo que puede tener el sujeto, así como las estrategias para su control.

### **PATOLOGÍAS QUE NO AFECTAN LA CAPACIDAD INTELECTUAL TRANSTORNOS POR ESTRÉS, ANSIEDAD Y NEUROSIS**

Son patologías incluidas en el epígrafe 293.89 del DSM-IV y otros síndromes relacionados. También se encuentran definidos en lo CÍE-10 epígrafe F-41.1 y 41.8,

así como los síndromes relacionados. A nivel de Enfermería, el patrón que se verá afectado principalmente será al 9, especialmente los epígrafes 9.3.1 y 9.3.2.

## **HISTERIA**

Suele cursar con problemas en la esfera sexual como ausencia de deseo, anorgásmia y dispareunias.

## **SOCIOPATÍA**

Suele haber gran actividad sexual, promiscuidad y conflictos familiares.

## **HIPOCONDRIA**

(Del gr. Hipocondrium, bajo de las costillas). Suele venir asociado a la depresión y es la preocupación intensa o incluso convicción de presentar una enfermedad más o menos grave, a pesar de que esta no sea objetivada clínicamente, pudiendo alterar su capacidad relacional.

## **ENFERMEDADES QUE AFECTAN AL ESTADO DE ÁNIMO: DEPRESIONES**

La afectación es muy variable, con disminución del deseo en ambos sexos, trastornos de la potencia en el hombre y reducción de la capacidad orgásmica en la mujer. La ausencia de interés sexual no significa distanciamiento afectivo, sino sólo parte de la enfermedad depresiva.

El tratamiento con antidepresivos tricíclicos comporta la mejora de la depresión y las disfunciones sexuales. Las benzodiazepinas no suelen alterar la actividad sexual, incluso la mejoran, sobre todo si va asociada a estados de ansiedad.

El litio (Plenur<sup>o</sup>-Tratamiento del síndrome bipolar) reduce los niveles de testosterona, y por lo tanto, el deseo, la potencia, y la eyaculación.

## **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (específicos)**

### **INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD (6.1.1.2)**

Es una situación en la que el individuo no tiene la energía fisiológica o psicológica suficiente para realizar las actividades diarias requeridas o deseadas.

Le ayudaremos a identificar los factores que producen esta intolerancia y a diseñar programas de ejercicios y periodicidad de ejecución; asimismo, vigilaremos el cumplimiento de la medicación que pueda tener pauta, y evaluaremos la influencia de las respuestas emocionales sobre la actividad, enseñándole estrategias para hacer frente a esta situación.

Habrà que buscar aquellos apoyos que puedan ser necesarios para el soporte social del enfermo, como familia, asistente social, etc.

## **SEXUALIDAD EN PARALÍTICOS CEREBRALES**

La parálisis cerebral es una disfunción motora no progresiva presente desde el nacimiento debida a traumatismos perinatales o hipoxia cerebral. Sus manifestaciones clínicas son hemiplejía que cursan con flacidez y arreflexia que puede evolucionar a parálisis espástica, hiperreflexia y Babinsky +, tetraplejia, diplejia, ataxia y atetosis. Otras manifestaciones pueden ser deficiencia mental, asternognosia, epilepsia, alteraciones auditivas y visuales y deformaciones por desuso. El problema son nues-

tras actitudes con ellos. Lo que otros niños aprenden en un tiempo razonable, a ellos les cuesta un poco más.

No perjudica la libido, el orgasmo ni la fertilidad, no obstante, el espasticidad o el movimiento involuntario del cuerpo, limita algunas actividades sexuales o no admite ciertas posiciones.

La sensibilidad está conservada, con lo que su respuesta sexual al placer será semejante a la de las personas sin patología. Lo más duro es que a partir de los 4-5 años se comparan con los otros y empiezan a verse diferentes.

### **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (específicos)** **DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA (6.1.1.1)**

Los paráliticos cerebrales tienen una limitación de la capacidad de movimiento que puede hacerle depender para todo de terceras personas.

Siempre que sea posible, aconsejaremos ejercicios de rehabilitación con el fin de lograr el máximo de movilidad posible de todas las articulaciones y extremidades que puedan permitir el máximo de autonomía de la persona.

### **PATOLOGÍAS QUE AFECTAN A LA CAPACIDAD INTELECTIVA** **SEXUALIDAD EN EL DEFICIENTE PSÍQUICO (ANTES OLIGOFRÉNICO)**

La llegada de un hijo jamás corresponde exactamente con las expectativas de los padres, y de manera espacial cuando este es deficiente, afectándole en el plano narcisista, con una pérdida de identidad con respecto a él, afectando al vínculo afectivo. Una vida sin placer es una vida sin deseo y este se gesta en la identificación con la madre; cuando esta no es disfrutada, puede desencadenar problemas del concepto de autoimagen, capacidad de seducción, sentirse deseado, etc.

Cuando vemos personas disminuidas, solemos dirigir nuestra mirada hacia la discapacitada más que a los aspectos normales, con la que cosa se acaba identificando la persona a su discapacitada. Cuando el disminuido manifiesta su sexualidad, o se reprime o se culpabiliza y rara vez se acepta, lo que le genera un gran sufrimiento. No es preciso olvidar que su cuerpo crece normal, no así su psique.

### **DEFICIENCIA MENTAL PROFUNDA (Coeficiente Intelectual menor a 55)**

Su sexualidad se limita a masturbación de manera repetitiva, para aliviar la tensión de situaciones frustrantes y a muestras de afecto con su entorno y personas queridas. Tiene grandes limitaciones a la normalidad.

### **DEFICIENCIA MENTAL MODERADA Y LIGERA (Coeficiente Intelectual de 55 a 70)**

Hay mayor frecuencia masturbatoria y se han observado relaciones homosexuales en aquellos sujetos que están en instituciones. No suelen delinquir sexualmente, más bien, son víctimas y las conductas calificadas como anómalas -tipo exhibicionismo, froteaur, etc.- suelen ser más el resultado de una inadecuada formación de comportamiento.

### **ATENCIÓN AL ENFERMO Y LA FAMILIA**

- Hay que orientar a los padres de estas personas para que no se alarmen por las actividades masturbatorias, así como de los posibles contactos sexuales hete-

- reosexuales y/o homosexuales, educándolos para que no lo realicen en público.
- Se orientará al discapacitado en la asunción de responsabilidades sociales y afectivas, hasta donde sea posible.
- Se garantizará el medio y la educación para el uso de anticonceptivos adecuados.
- En caso de matrimonio entre personas con deficiencias mentales se valorará el riesgo de transmisión a la descendencia.

## **AFRONTACIÓN DE LA MENSTRUACIÓN POR LA MUJER CON DEFICIENCIA MENTAL**

En mujeres con un coeficiente intelectual entre 23 y 70 se les enseñó que cuando las niñas crecen, una <sustancia roja> aparecerá entre sus piernas; para ello, se ayudaron de muñecas rellenas de materia roja y se les instruyó que cuando esto sucedía, debía fluir sobre una compresa y no sobre la braga. Después, practicaban sobre como usar, cambiar y colocar las compresas adecuadamente.

Todo esto se practicaba una vez al mes, antes de la menarquia, apoyándose en las familias. Los posibles problemas de dolor, sangrado irregular o metrorragias son muy mal aceptados por estas jóvenes.

Muchos padres pueden llegar a solicitar la esterilización cuando el deterioro intelectual es grande y no afectará negativamente a la vida del joven.

## **ESQUIZOFRENIA**

Es la primera causa de minusvalía psíquica del mundo occidental y afecta al 1 % de la población, –en España entre 60.000 y 150.000 personas–. En la esquizofrenia hay un deterioro del pensamiento, lenguaje, afecto, autoestima y habilidades sociales que en la mayoría de los casos aparecen en el contexto de un síndrome psicótico caracterizado por alucinaciones, delirios y comportamiento extravagante. La conciencia y las capacidades intelectuales están preservadas, aunque aparecen algunas deficiencias de tipo cognitivo. La enfermedad no tiene porque afectar a la respuesta sexual.

Trastorno afectivo:

Puede haber disminución del deseo sexual con alteración en la fase de excitación y de la capacidad eréctil en el hombre y dificultad orgásmica en ambos sexos.

Fase maníaca:

Con hiperactividad y desinhibición, exaltación del deseo sexual y aumento de la actividad, asociado al aumento de la sensación subjetiva de la intensidad orgásmica.

Trastorno paranoide:

Se desarrolla una importante hostilidad hacia la pareja, aderezada con celo y sospechas de infidelidad. No es nada extraño que existan disfunciones.

Alteraciones sexuales:

- Confusión en la identidad.
- Pérdida de la inhibición.
- Alteraciones en el sistema neurotransmisor dopaminérgico y serotoninérgico.
- Conductas sadomasoquistas.
- Pérdida de la libido dirigida al objeto y la inhibición sexual.
- Obsesiones sexuales, hipersexualidad y conducta inapropiada. Lo cierto es que

no podemos identificar una determinada conducta sexual como síntoma de la esquizofrenia.

- El aislamiento y la falta de habilidades sociales, las limitaciones farmacológicas y socioculturales actúan como barreras a la expresión sexual.
- La farmacopea de esta enfermedad (Fenotiacinas, Tioridacina (meleril<sup>®</sup>), haloperidol) puede causar dificultades en la libido, erecciones y la eyaculación.

En estudios caso-control se ha observado que los esquizoides mantienen menos actividad sexual que el resto de la población, a excepción del autoestimulación.

### ***DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (específicos)***

#### **AFRONTAMIENTO INDIVIDUAL INEFICAZ (5.1.1.1) Y DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN (5.1.1.1.1)**

Es el deterioro que sufre una persona para adaptarse y solucionar problemas e incluso incapaz de modificar su estilo de vida y comportamiento de forma coherente o con el control alterado.

Intentaremos que la persona verbalice sus problemas, identificando aquellas necesidades que desea cubrir, ayudándole y orientándole donde dirigirse para recibir la ayuda necesaria a sus necesidades para adquirir el aprendizaje necesario, especificando los problemas que pueda tener con su entorno, ayudando a solucionarlos y a apreciar cuando estos avances son positivos.

Se le ayudará a cambiar en su estilo de vida tendentes al autoatención y a estilos de vida independientes, ayudando al control de sus emociones y al conocimiento de sus limitaciones.

Para cuidado podremos apoyarnos en la familia, a quien ayudaremos también.

### **TRANSTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

En los Transtornos de personalidad se pueden ver alterados la seguridad y la comunicación, lo que dificulta la relación con el medio, afectando a las relaciones sociales y el encuentro de pareja.

Un de los fármacos utilizado en la terapia suele ser el Litio.

### **TRANSTORNOS SOMATOMORFOS Y ALIMENTARIOS**

Incluiremos en este grupo la Vigorexia y bulimio-anorexia como más habituales. En estas patologías hay una percepción poco real del propio cuerpo, lo que suele causarles gran ansiedad, transtornos afectivos y obsesiones. A veces adoptan conductas autolesivas.

En los problemas de anorexia grave, la pérdida excesiva suele afectar a la libido en ambos sexos y en las mujeres además desaparecerá la menstruación.

Así mismo, puede haber alteraciones en las características sexuales secundarios, tanto en la forma de distribución de la grasa, como en la distribución del vello.

Trastorno de la imagen corporal

### **TRANSTORNOS DEL IMPULSO: LUDOPATÍA Y DROGADICCIÓN**

Suelen afectar a muchas de las esferas del ser humano de forma consciente o inconsciente, como la autorprotección, el autocuidado de higiene o incluso los ali-

mentarios, a veces por deficiencias económicas, las cuales pueden ser secundarias incluso a despidos de sus respectivos trabajos, ya que cuando la adicción deja de “ser controlada” por la persona (pensemos en el alcoholismo) se realiza incluso en horas de trabajo, lo que suele ser causa de expedientes y/o cese de sus tareas.

A nivel sexual, se pierde interés por el sexo, incluso se pierde la capacidad de lograr el clímax, lo que agrava aún más el desinterés hacia al sexo.

Puede haber casos de prostitución como medio para lograr dinero.

Será muy difícil romper el círculo de los trastornos por impulso sin ayuda especializada, especialmente psicólogos, y de apartar a estos enfermos del entorno que suele ser la causa de sus recaídas.

### ***ATENCIÓN DE ENFERMERÍA***

Todo ello puede desencadenar:

Trastorno del autoestima

Patrones alterados de la sexualidad

Trastorno de la imagen corporal

Nutrición alterada (inferior a las necesidades)

Alto riesgo de intoxicación

Alto riesgo de infección

Mantenimiento de la salud alterado

Proceso familiar alterado con paternidad o sin alterada

### **TRANSTORNOS DEL SUEÑO/VIGILIA (6.2.1)**

Las alteraciones del sueño pueden afectar al sujeto produciéndole mayor cansancio durante las horas de vigilia. Cada persona tenemos un reloj biológico que nos exige un mínimo de horas de sueño, que está entre las 5 y 12 horas, considerándose como normal las 7-8 horas, aunque este tiempo de descanso varía en función de la edad.

Hoy día hay una gran batería de productos farmacéuticos y fitosanitarios que pueden ayudar a la persona a dormir, pero es más interesante una buena higiene del sueño.

### ***ATENCIÓN DE ENFERMERÍA***

Es esencial enseñar a las personas técnicas y medidas de higiene del sueño, así como medidas de apoyo:

- Determinadas bebidas son o contienen productos excitantes, por lo tanto deberán evitarse al menos 6 horas antes de ir a dormir.
- Ante determinadas personas, sería recomendable que la ingesta hídrica a la hora del descanso fuera limitado (cuando existe poliaquiuria o incontinencia urinaria)
- Determinadas comidas o sus formas de prepararlos pueden causar incomodidad para descansar, (como las comidas demasiado grasas), lo cual hace más larga la digestión.
- Se suele recomendar la ingesta de algunas bebidas calientes para ayudar al sueño (leche, infusiones de algunas hierbas, etc.).
- Medidas ambientales que favorezcan el sueño: de humedad, temperatura, iluminación, ruidos, etc.

- Que la superficie sobre la que se descansa sea la adecuada para cada caso.
- Que la ropa que utilice la persona sea la adecuada.

## **LEGISLACIÓN**

Cuando se habla de delitos podrá suceder que veamos al minusválido como actor o como víctima. En los actos jurídicos, unos de los requisitos es la capacidad de obrar o de ejercicio, lo que supone un desarrollo intelectual poco volitivo que no todas las personas tienen y no todas en el mismo grado.

### **FRENTE AL MATRIMONIO:**

- a) Capacidad para celebrarlo.
- b) Punto de vista eugenésico.
- c) Punto de vista de la actitud intelectual.
- d) Capacidad para la convivencia.

La falta de aptitud puede ser causa suficiente para la separación y/o la nulidad.

### **PATERNIDAD-PATRIA POTESTAD**

Se basa en la capacidad para dispensar a los hijos la atención adecuada. Este punto es polémico ya que se duda que tenga capacidad para eso cuando a ellos, muchas veces, no se les reconoce. Sería interesante que se valorase siempre la situación real del discapacitado.

### **AUTOR DE DELITO**

Puede suceder que se aplique:

- Eximente completa de responsabilidad (Código Penal, Arte.8.1)
- Eximente incompleta (Código Penal, Arte.66 -sobre oligofrénicos- y art. 8.1 y 2 y 9.1 (atenuantes)

### **VÍCTIMA DE DELITO**

- Violación (Código Penal, Arte.429.2 y 430)
- Agravante genérica para el atacante (Código Penal, Arte. 10 - Abuso de superioridad)





## SEXUALIDAD EN EL ENFERMO DE CÁNCER

Los problemas sexuales pueden tener causas físicas, emocionales o una combinación de ambos. No olvidemos que la sexualidad de las personas tiene una base de transmisión de sentimientos, de dulzura. El cáncer afectará de una u otra manera en algún momento de la vida tanto del enfermo como de su familia, sobre todo cuando este afecta a zonas vitales o de alto contenido erógeno, como puede ser la existencia de estomas en alguna parte del cuerpo, la amputación de algún miembro (como la mama), cirugías faciales, metástasis dérmica, etc. El enfermo puede mostrar menos interés por el coito, pero crece su interés por la proximidad física, afectiva e íntima con su pareja.

Estos enfermos experimentan crisis existencial y se avergüenzan por su enfermedad; la cirugía, la quimio y radioterapia, el temor a la extensión y, en resumen, el riesgo mortal al que se asocia el cáncer obliga al enfermo y a la familia a un cambio en sus estilos de vida. Hay intervenciones que tienen un gran impacto en el enfermo—como el cáncer de mama— que tardan más en regresar a la actividad sexual que las operadas de cánceres genitales, lo cual suele hacer sentir al enfermo que se pone en peligro su identidad, su feminidad o su masculinidad, así como su función y respuesta sexual.

También influirán los tratamientos, como la quimioterapia, que afectará a la libido del enfermo y su pareja, por la composición del mismo o por sus efectos secundarios (náuseas, vómitos, anorexia, fatiga, malestar general, etc.). Pueden llegar a sentir que no se justifica preocuparse por un tema tan irrelevante como la sexualidad, sin valorar la carga afectiva que el sexo encierra como fuente de placer y de compartir con su pareja. Las caricias son una buena fuente de placer, al transmitir la sensación de que se es aceptado. Aún así la pareja puede desear tener relaciones íntimas por la ternura que encierran, la necesidad de estar cerca, abrazados, transmitiendo al enfermo sensaciones de amor, seguridad, aceptación, de “nunca estarás solo”, hasta distraer al enfermo de sus preocupaciones. Puede ser fuera conveniente considerar la estabilidad de la relación con su pareja. A veces puede ser necesaria le ayuda por personal especializado (psicólogos, enfermeros, médicos, sacerdote, asistente social, etc.), para aprender a disfrutar, quizá porque tengamos que buscar fórmulas nuevas de acercamiento, caricias, etc.

Los tratamientos de quimioterapia y radioterapia son causa de debilidad, fatiga, náuseas, vómito, y caída del cabello que van menguando la autoconfianza:

- Para las náuseas y vómitos podría recomendarse antieméticos al menos media hora antes de la relación, evitando comidas copiosas o demasiado pesadas, licores o café.

- Para evitar la fatiga, se le puede aconsejar dormir un poco, antes del acto y evitar las temperaturas extremas; Las múltiples hospitalizaciones atentan contra la privacidad necesaria.
- La quimioterapia y la radioterapia así como en algunas fases posteriores al tratamiento, pueden producir neutropenia, lo que le dejará susceptible a las infecciones, por lo que será conveniente desaconsejar absolutamente las relaciones orales y/o anales y cuando sea muy aguda, todo tipo de relaciones penetrativas, siendo conveniente relaciones afectivas, como caricias, abrazos, bañarse juntos, etc. Además, la mielosupresión puede ser causa de fatiga que afecte a la libido, infecciones vaginales y escozor durante el coito. Para prevenir todo eso sería conveniente que:
  - a) Tanto el enfermo como su pareja se ducharan antes del contacto sexual.
  - b) El enfermo debería orinar después e ducharse, incluso volver a ducharse después para evitar la colonización por determinados microorganismos.
  - c) Lavado de manso antes y después del contacto y después del ir al baño.
  - d) Evitar contacto con personas que puedan tener infecciones (gripe, aftas, etc.).
  - e) Si cree conveniente, uso de preservativos.
  - f) No hay inconveniente para el uso de maquillajes para mejorar el aspecto, porque le ayuda a aumentar el autoestima.

El enfermo y/o su pareja, puede tener obstáculos emocionales al placer o al funcionamiento normal. Otro factor psicológico es la ansiedad /depresión, cuyo origen es el miedo, el dolor, la mutilación y la muerte, y las culpabilizaciones (cuando ha existido promiscuidad). La depresión y la ansiedad pueden impedir que se puedan sentir atractivos y atractivas para sí o su pareja o incluso inhibir el deseo. Para adaptarse a los cambios emocionales es importante hablar desenvueltamente de los sentimientos, de las preocupaciones y procurar momentos para la intimidad que no sean interrumpidos.

Hay que hacerle ver la importancia de continuar participando en las actividades que tenía antes de la enfermedad: sus relaciones, trabajo, salir con los amigos, etc. Puede ser necesario hablar con la pareja para valorar los sentimientos.

Para algunos pacientes, la pérdida del pelo es vivido como una amputación que puede transtornar la función social y sexual de la persona. Esta no comenzará a ser evidente hasta después del segundo ciclo, en que el pelo ya habrá perdido su apariencia viva, por lo que será conveniente que el lavado del cabello se realice con jabones suaves y secar con golpes suaves. El peinado con un peine con espacios amplios, evitando tintes y aerosoles, aunque no hay inconveniente al uso de acondicionadores. Evitar el uso de secadores, ganchos, horquillas o colas de caballo. Es aconsejable cortar el pelo cuando la caída sea masiva y para evitar la reacción negativa que puede producir que esta suceda en cualquiera momento inesperado, además de prevenir ver "calvas" (vacíos aleatorios de pelo).

Hay peluquerías especializadas y tiendas de pelucas que ofrecen este tipo de servicios. Generalmente, se toman medidas y el rapado se realiza el mismo día que se suministra la prótesis de pelo, que incluso pueden ser adhesivas, lo cual permiten una mejora en la calidad de vida, ya que tiene la seguridad de poder realizar cualquiera actividad sin miedo a que se le caiga y, además, se encargan de la atención del cuero cabelludo.

Hay personas que prefieren sólo usar sombreros, turbantes o pañuelos para proteger lo cabeza. Sea cual sea el que utilicemos, no es preciso olvidar ciertos cuidados como el uso de protectores solares para la cabeza en zonas de muchas horas de sol, masajes al cuero cabelludo con la punta de los dedos, que estimulan la circulación y suelen ser muy relajantes para el enfermo, y formar parte del juego afectivo de la pareja.

En la mayoría de las ocasiones no cambia la capacidad básica de las personas para disfrutar de su vida sexual. Las disfunciones pueden ser consecuencia de factores orgánicos, psicológicos, sociales o farmacológicos. El diagnóstico de cáncer puede cambiar la motivación para el acto sexual. Por lo tanto, no debemos suponer que la familia no tiene preocupaciones en torno a este tema. Los tumores de los órganos con carga sexual causan disfunción sexual, pero se suele pasar por alto otros tumores.

Muchos pacientes plantean problemas sobre su capacidad reproductora. Los preocupa si es posible transmitir el gen portador y si además serán capaces de tener hijos por la alteración que puedan producir los tratamientos en las gónadas. En un simposio celebrado en Febrero de 2001 se anunciaba que está próxima la posibilidad del trasplante y autotrasplante de ovario o de folículos para pacientes que hayan recibido QT, RT, cirugía o fallo ovárico, aunque esto se ha logrado en animales de laboratorio, aún no en humanos.

Los testículos son más sensibles a estos tratamientos al contener células que se dividen por mitosis y son de crecimiento rápido, lo que puede causar desde oligo-espermia hasta esterilidad. No obstante, dependiendo de los fármacos utilizados, cabe la posibilidad de recuperar la capacidad reproductiva entre los 15 y 49 meses posteriores al tratamiento.

Los ovarios, por su parte, reaccionarán dependiendo en cierta medida de la edad de la mujer. Es más probable volver a tener función ovárica si los tratamientos de quimioterapia se aplican en mujeres menores de 25 años que por encima de esta edad. Estudios recientes han comprobado que los análogos de la Gn-rh protegen el ovario del daño causado por la quimioterapia en mujeres menores de 40 años, permitiendo en algunos casos que la mujer se pueda quedar embarazada.

En la mujer, además, hay un problema añadido: la posibilidad de detectar la enfermedad cuando está embarazada. Se plantean diversas posibilidades:

- a) La interrupción voluntaria del embarazo para recibir los tratamientos.
- b) Esperar al final de la gestación para recibir los tratamientos (si la enfermedad lo permite).
- c) Aplicar los tratamientos durante la gestación. En este caso, hay que acordar el alto poder teratógeno que tiene el tratamiento con quimioterapia, ya que las células fetales también son de crecimiento rápido y pueden verse afectadas por los mismos. En caso de haber recibido la QT y haber llegado a término, sería importante el seguimiento de estos niños para observar la normalidad en el crecimiento, el desarrollo y el rendimiento escolar.

En General:

- Está afectado al estado general por pérdida del apetito, cansancio, pérdida de peso e insomnio.

- Alteraciones hormonales, principalmente el hipogonadismo a causa de la extirpación quirúrgica o química de algunos órganos.
- Puede haber pérdida de interés por las pérdidas en la función orgásmica o eréctil, así como otras disfunciones físicas y sexuales. El potencial mortal de la enfermedad puede hacer que la persona se pueda sentir sexualmente inapetente al ver amenazada su imagen.
- Algunas creencias erróneas pueden ser aprovechadas para poner fin a una sexualidad no satisfactoria (como puede ser considerar la enfermedad como un castigo por los pecados cometidos).
- Cuadros ansioso-depresivos con origen en miedos (al dolor, mutilación y/o muerte) y sentimientos de culpa (por el daño que creen hacer a sus seres queridos y por creencias religiosas con respecto a algunas técnicas sexuales).
- Pueden existir efectos psicológicos adversos si la pérdida es de un órgano con alto valor simbólico.- (mama, útero, testículo, etc.).
- Hay un gran temor al abandono, al aislamiento y a la pérdida de la capacidad sexual. Para prevenir todo eso hay que reasumir esa función y hacer que el enfermo se pueda sentir deseable y tenga la capacidad de relacionarse.
- Los sentimientos de pertenencia y aprobación están asociados a dar y recibir placer. Desean las caricias más que la actividad completa, posiblemente relacionado con los efectos secundarios de los tratamientos que disminuyen la líbido.
- La pareja puede sentirse culpable de continuar sintiendo deseo y evita la intimidad y el contacto sexual.
- En los casos que puede haber pérdida de la capacidad reproductiva en el hombre, se puede recurrir a los bancos de esperma.
- En los casos de menopausia precoz no se altera el deseo, aunque sí que puede producirse un debilitamiento de la respuesta sexual.

### **Mujer:**

- Puede perder el deseo sexual durante el tratamiento, sobre todo si este afecta a estructuras como el clítoris o la vagina o percibe que pueda recibir el rechazo de su pareja.
- Amenorrea, menstruación irregular, oleadas de calor.
- A causa de las alteraciones hormonales puede afectar a la lubricación de la vagina (por el tratamiento con radioterapia o quimioterapia, así como por la menopausia temprana), lo que facilita la producción de traumatismos y algunas coitalgias. La solución es usar geles lubricantes.
- Si se ha producido un acortamiento quirúrgico de la vagina, quizá durante el coito no se puedan utilizar determinadas posturas por la profundidad de la penetración.
- Si se ha practicado una vulvectomía y se ha extirpado el clítoris puede dificultarse o incluso anular la capacidad de lograr el orgasmo, con lo que habrá que recurrir a técnicas de reeducación para su consecución.
- En las mastectomías, quizá la mujer no se pueda sentir apreciada o se pueda sentirse insegura, de hecho tienden a mostrar menos su desnudez y llegan a inhibir las mamas del juego sexual, así como a solicitar menos la actividad sexual.

Puede verse reducida la capacidad orgásmica. (Es curioso observar que inician la actividad sexual antes las mujeres con cánceres que afectan a los órganos genitales que las mastectomizadas, esto se debe a la importancia de la mama en el juego eroticosexual)

La RT abdominal puede producir vaginitis atrófica con estenosis vaginal, escasa lubricación y mayor facilidad para los traumatismos, lo que desencadena coitalgias/dispareunias.

A veces, hay la falsa creencia que después de la histerectomía es perjudicial el coito, lo cual aprovechan muchas parejas para poner fin a la relación.

### **Varón:**

La cirugía, quimioterapia o radioterapia pelvianas o de abdomen pueden afectar al sistema vascular y/o nervioso de la área genital, además de a los niveles hormonales, lo que afectará a la libido. Habrá que investigar si los cambios son temporales o permanentes. La pareja puede tener dudas sobre cuando debe reiniciar las relaciones sexuales, incluso si se verá disminuido el interés en las actividades o sentimientos.

- Puede afectarse los niveles de testosterona, lo que reducirá la libido.
- La afectación de vasos, nervios o algunas hormonas, pueden afectar también a la producción de esperma, aunque no tiene porque afectar a la capacidad orgásmica.
- Se puede afectar la erección por resultar dañados los nervios o vasos del área genital. Caso de que esta afectación sea permanente o incompleta, cabe la posibilidad de implantar de prótesis peneanas.
- En el cáncer testicular no es extraño encontrar alguna disfunción eréctil de causa psicológica, aunque la orquiectomía bilateral suele ir asociada a la pérdida de la libido y de la potencia.
- Pueden producirse dispareunias que deberán consultarse con el médico para buscar la causa.
- Se puede afectar a la eyaculación, retrasándola y por la lesión de vasos y/o nervios -sobre todo en las prostatectomías- produciéndose "orgasmos secos" al quedar afectado al esfínter de la vejiga, lo que puede hacer que el eyaculado se precipite a la vejiga (eyaculación retrógrada, sin emisión al exterior), y dará una orina turbia al estar mezclada al líquido seminal. Puede ser un problema serio cuando la pareja desea tener un hijo, pero no afecta a la respuesta orgásmica de la pareja. Con las técnicas de extirpación actuales, la incidencia de disfunciones eréctiles es baja, excepto en la prostatectomía radical donde puede llegar al 100 %.
- En el caso de verse afectada la capacidad reproductiva, se puede plantear la posibilidad de recorrer a los bancos de esperma para depositar el propio y aprovecharlo más adelante o para solicitar la fecundación con semen allí depositado.

### **POSTURAS**

En cada tipo de cáncer habrá una postura preferida por la pareja.

**Mama:**

La mujer prefiere la posición bajo, porque es la que menos evidente hace la pérdida de la mama o desde atrás para evitar la visión directa.

**Vagina:**

Cuando hay un acortamiento, la mujer arriba le permite controlar mejor la profundidad de la penetración y la velocidad de sus movimientos.

**Ostomizadas:**

Prefieren las penetraciones desde detrás (mahometana/perrito) porque evita lo contacto y la visión del estoma y/o su bolsa.

**PRÓTESIS**

El uso de prótesis fomentará la aceptación para si misma de la persona, un aumento del autoestima y de la seguridad en si mismo y en los casos en los que el órgano sea funcionante (como el pene y la prótesis peneanas) permitirá regresar a una cierta normalidad.

En España, la mujer mastectomizada recibe un trato discriminatorio con respecto a las ayudas para la compra de prótesis y/o material ortopédico, siente la prótesis dirigida a sustituir a la pérdida de un miembro, que mayor presión económica soportan, no habiendo razones por su carestía para que esto sea así. En cambio, otra prótesis -como la de testículo- está subvencionada completamente por la seguridad social.

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

La enfermera debe estar abierta a ayudar al enfermo en su rehabilitación tanto de los problemas locales de la enfermedad, como a la sexualidad, sin emitir juicios de valor, ayudándoles a que usen sus propias estrategias de afrontamiento. Las creencias de la pareja son importantes para utilizar diversas alternativas. Lo que es aceptable para unos, puede no serlo para otros. La sexualidad de cada persona es única.

Nuestra ayuda puede permitir que recuperan rápidamente la confianza en su imagen, autoestima y socialización.

La estimulación de sus sentidos (tacto, gusto, etc.) puede crear en la pareja su propia intimidad especial. Es interesante que expliquemos el riesgo de algunas técnicas sexuales a su enfermedad.

- Disfunción sexual relacionada con la impotencia, el afrontamiento ineficaz, la falta de conocimientos, el cambio a la pérdida de una parte corporal y las limitaciones fisiológicas.
- Alteración de la autoestima por el cambio en la imagen corporal, el autoconcepto, el cumplimiento de funciones y la identidad personal.
- Intolerancia a la actividad relacionada con la fatiga.
- Dolor, que disminuye el deseo sexual.

- Alteración en la comunicación verbal debida a la traqueotomía.
- Aislamiento social relacionado con el cáncer (incontinencia, desfiguración, supersticiones, etc.).

## **CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO**

La cara y la cabeza tienen gran importancia socializadora en tanto que es nuestro primer contacto con los otros. La sociedad actual da demasiada importancia a unos cánones de belleza y juventud, (incluso las imágenes públicas de los ancianos suelen ser los que resultan más atractivos). Con todo eso, cualquier intervención o tara en la cara tiene un impacto devastador en las relaciones sociales de las personas, sobre todo si además, estas intervenciones han podido afectar a funciones tan necesarias como hablar, comer o respirar.

Todo eso produce un aislamiento que a veces puede ser unilateral, bidireccional o multidireccional:

- El enfermo puede decidir, por vergüenza, miedo al rechazo, etc., un cierto aislamiento.
- El cónyuge puede sentirse rechazado, rechazar o distanciarse.
- La sociedad, por miedo, respeto, superstición, etc., también se aleja de él.

El enfermo en cambio tiene las mismas necesidades de relación (incluso más en estos momentos) y su deseo sexual sigue siendo el mismo, en cambio, suele reducirse en la cantidad, y a veces en la calidad de los contactos.

Una de las actuaciones pasan por rehabilitar a la persona por medio de prótesis o cirugía reconstructiva hasta donde sea posible. La rehabilitación cambia las prácticas y hábitos del enfermo.

Estos enfermos pueden estar sondados con un tubo de alimentación nasogástrica, tipo fleca, que puede ser molesto para las relaciones afectivas y sexuales como los besos y las caricias faciales. Podremos minimizar estas molestias:

- a) Sujetando firmemente el cabo externo de la sonda, de manera que no se interponga o resulte incómoda.
- b) Retirando la misma a petición del enfermo para la relación, para volver a colocarla cuando sea necesario.
- c) Si la actividad y la voluntad del sujeto inquirieran, sustituirla por un tubo de gastrectomía.

Los caramelos y la saliva artificial, junto a una higiene dental con pastas mentoladas y colutorios pueden ayudar a refrescar la boca y paliar el alitosis que puede provocar la sequedad de la boca por RT, así como a proteger los dientes.

Será importante limpiar y ocultar las traqueostomías durante la actividad sexual por medio de bandeletas o jerseys de cuello alto y/o buscar aquellas posturas sexuales que mejor ayuden tanto a la respiración, como a la libido de la pareja.

## **AMPUTACIONES DE MIEMBROS POR SARCOMAS Y OSTEOSARCOMAS**

Las amputaciones tienen también un gran impacto personal, familiar y social ya que, inicialmente, produce una pérdida en el autoestima y una autoimagen corporal negativa, que puede aislarlo. Puede existir algún grado de dificultad de socialización si estas amputaciones afectan a miembros relacionados con la deambulación y el rango del problema verse influido por la extensión de la misma.

Las personas que han sufrido la amputación tienen dudas sobre sus capacidades físicas, que desaparecen en cuanto comienzan la rehabilitación y el uso de las prótesis.

Todo eso, además, puede influir en la sexualidad de la persona por el valor sexual del miembro (como las piernas o la cadera) o el dolor de miembro fantasma, que puede reducir la libido y el deseo y, por lo tanto, disminuir la función sexual o, al contrario, aumentar el gasto de energía. Para mejorar el equilibrio y la movilidad, pueden usarse almohadas u otras formas de apoyo para la pelvis o el muñón amputado. También puede ayudar en amputaciones del miembro inferior en el hombre que la mujer asuma la posición superior o pueden ser recomendables posturas de lado para poder equilibrarse con el brazo sano.

Algunos dispositivos y prótesis pueden afectar al campo genital y/o sexual, como los de cadera o que se sujetan en la cadera, que dificultan la colocación correcta de compresas ginecológicas, y puede ser suplido por el uso de tampones, así como limitar la expresión de la sexualidad si su colocación afecta al abordaje de la área genital.

A veces, la pareja se puede sentir incómoda porque no les guste ver los colgajos o muñones, por lo que puede ser recomendable su ocultación, mantener la relación vestidos, o a oscuras.

## **CÁNCER DE MAMA**

Es el más frecuente en la mujer. La función de la mama es alimentar la descendencia, los hijos, pero además, tiene para la mujer y la sociedad un alto contenido erotizante y de feminidad. En teoría, su extirpación no debería menguar la libido, pero hay una pérdida de la capacidad en la iniciación de la actividad sexual. En el autoestima influirá como acepta la mujer y su pareja la intervención, su sentimiento de feminidad y el valor que la mama tuviera para ella y su pareja, las molestias físicas, su sentimiento de utilidad, la respuesta de su pareja, y el apoyo que reciba del profesional sanitario. Sería interesante implicar a la pareja en el cuidado de la enferma, así como en el afrontamiento de la pérdida o la cicatriz de la intervención.

Esta cirugía provoca cambios evidentes en el perfil de la mujer que afectan a su autoestima haciéndole sentir menos deseable, lo que la sume en gran ansiedad.

La radioterapia también puede causar gran ansiedad por los cambios que puede producir en la piel tanto su visión como la sensibilidad o afectación del mismo (quemaduras), lo que puede reducir el deseo sexual.

Mientras la pareja no asuman bien la pérdida, se puede realizar los contactos íntimos vestidos o con la zona tapada, o con iluminaciones de intensidad baja, incluso maquillajes corporales. No se ha perdido el placer que las mamas suelen aportar a muchas mujeres, por lo que la mama no afecta puede ser estimulada como lo era antes de la intervención, tranquilizando a la pareja de que la manipulación o cualquiera otro juego erótico sobre la mama no desarrollará un nuevo cáncer.

Los colectivos que pueden encontrar alguna dificultad de relación son los que no tienen pareja estable, como solteras, viudas y/o divorciadas, por el temor de no parecer atractivas para la conquista.

Siempre cabría la posibilidad de cirugía reconstructiva, con prótesis de mama internas, que no se recomiendan implantar hasta acabada la radioterapia para evitar que esta influya en el tratamiento y que no sea dañada durante el mismo, aunque



otros recomiendan que la mujer salga con la prótesis puesta para reducir los problemas psicológicos que pudieran afectar. El problema es que después de la RT la piel puede estar alterada y su adaptación puede ser más larga. Estas prótesis ayudarán a la mujer a mejorar su autoestima.

También hay prótesis externas de silicona que incluso se pueden adherir a la piel o llevarse con sujetadores especiales que permitirán a la mujer mejorar su autoestima y socialización. Puede ser una buena solución para aquellas mujeres que no quieren o no pueden pasar por el quirófano y a cuyas parejas no les importa. Estas prótesis cuentan además con pezón adhesivo, por si la mujer desea el máximo de normalidad.

#### Prevención de los linfodemas de miembros superiores

Es especialmente importante para la enferma y enfermería tiene un alto nivel de responsabilidad; cuando a una mujer intervenida de mama además le han realizado un vaciamiento axilar de los ganglios, toda agresión sobre el miembro del lado afecto podrá causar este problema, de gran importancia estética para las personas, porque es como el recuerdo continuado de su enfermedad. Consejos:

- Explicarle a la mujer que debe tener mucho cuidado con los trabajos en los que pueda quemarse o pincharse en el brazo del lado afecto, ya que su sistema de defensa está alterado.
- El profesional sanitario, en especial enfermería, se informará de cuál mama es la operada y evitará realizar las mediciones de tensión arterial o las técnicas invasivas -como sacar muestras, canalizar catéteres o realizar vacunaciones en ese brazo- excepto que una razón de urgencia vital así lo requiera.

Es cierto que las punciones a estas enfermas son especialmente difíciles debido a que normalmente siempre se recurrirá al mismo brazo tanto para punciones como para tratamientos, lo que hace que con el tiempo sea especialmente difícil trabajar con esas venas. Tampoco está de menos, sobretodo si está en tratamiento, preguntar si tiene algún tipo de catéteres centrales (como Port-a-cat o de Hemlich), que habrá que manipular escrupulosamente para evitar contaminaciones de los mismos (guantes estériles y asepsia de la zona cada vez que debamos trabajar sobre ellos, así como en la aplicación del sello de heparina o limpieza con suero heparinizado o heparinas diluidas.

### **CÁNCER EN REGIÓN UROGENITAL**

Una de las principales preocupaciones es que muchos de ellos tienen puesta una sonda vesical de Foley y desean mantener relaciones con su pareja. Para estas relaciones se puede decidir por:

- a) Apartar la sonda, pegándola a una de las piernas, de manera que no interfiera de manera importante la relación.
- d) Penetración vaginal por detrás (lo que se conoce como "a tergo").
- e) En el caso del hombre, se podrá doblarla y sujetarla en el pene.
- d) Se podrá retirar la sonda vesical si la pareja así lo desea y siempre que sea posible, para reimplantarla después de la relación sexual.
- e) Otras formas de relación. Si las relaciones coitales son imposibles o muy difíciles, se puede explicar que hay otro tipo de relaciones afectivo-sexuales que van desde los abrazos hasta las reacciones orales o anales.

## **MUJER**

Las intervenciones en la zona pélvica pueden hacer que la mujer vea amenazada su capacidad erotizante y reproductiva, lo que afectará a su autoestima y autoimagen. Así mismo, puede ver amenazada su respuesta sexual si el tratamiento afecta al clítoris o la vagina. Una de las razones que más le pueden influir puede ser la visión externa de la vulva y le amenaza para la vida que pueda suponer la enfermedad.

Puede suceder, además, que se vea afectada la capacidad de mantener una relación íntima por que tenga dolor o por que se haya acortado la vagina.

También hay temor sobre si se conserva la vitalidad y el potencial orgásmico.

## **HISTERECTOMÍA**

Puede haber acortamiento del canal vaginal secundario a la cirugía; en este caso sería conveniente que la mujer fuera la que dirigiera la penetración al estar arriba y/o simular un canal vaginal por medio de la penetración por detrás, entre los muslos apretados, o con la mano. Si el coito es imposible, pueden realizar otras técnicas afectivo-sexuales.

## **INTERVENCIONES DE LA VULVA Y VAGINA**

Las intervenciones en la vulva pueden reducir la sensación erótica y suelen tener un gran impacto sobre la imagen corporal y la identidad sexual. En las vulvectomías radicales, puede verse afectada la sensibilidad fina de algunas zonas, que se pueden suplir por la estimulación de otras zonas erógenas.

La solución puede ser una reconstrucción de la vulva o crear una nueva vagina. Si tuviera tumefacción y/o dolor del clítoris, podría disminuir la frecuencia de la actividad sexual y de su satisfacción y una pérdida de la autoconfianza. En estos casos es importante proporcionar alternativas a la relación.

Una vez se ha reconstruido la vagina, se le estimulará para que tenga relaciones inmediatamente. Si esto no es posible, se podrán poner unos tubos extensibles o penes artificiales para mantener la funcionalidad de la vagina y motivarlas para que se encuentre lo más normal posible.

## **CISTECTOMIA**

En la intervención de la vejiga suele ser necesario la extirpación de parte de la vagina y la construcción de una urostomía que puede afectar a la autoimagen.

### **Radioterapia**

Puede afectar a la vagina, produciendo irritaciones, estenosis, acortamientos y sequedad de la misma. Para eso, es conveniente explicarle otras alternativas sexuales. Para el coito, será necesario el uso de lubricantes con base de agua

## **HOMBRE**

La mayoría de estas intervenciones van a alterar la eyaculación, haciendo que esta sea retrógrada (próstata, cistectomía y colorrectal) o disminuyen la cantidad del eyaculado.

Muchas de estas técnicas también reducirán la libido debido a diversos grados de discapacidad física, cambios en la imagen corporal, dolor, temores, merma en el autoestima, etc.

Deberíamos orientar y apoyar al enfermo y su pareja. Para el hombre, su mayor preocupación es el estado del pene. El impacto de su imagen será mayor en cuanto que peligre su sexualidad, especialmente la erección. Puede haber problemas cuando el enfermo entienda que puede perder la capacidad reproductiva, sobre todo si la intervención es testicular o cuando las quimioterapias han sido muy intensas (sobre todo en los tratamientos de linfomas). El orgasmo no se verá afectado, aunque puede ser necesario enseñarle a disfrutar del mismo cuando se ha perdido la función genital.

## **PRÓSTATA**

La cirugía puede tener un gran impacto en la potencia sexual, ya que suele afectar a la inervación del pene, produciendo disfunción eréctil.

Algunos tratamientos endocrinos pueden producir ginecomastia, atrofia del pene o pérdida de la libido que pueden causar disfunción eréctil, ansiedad, debilidad física, etc.

Hay que modificar la actitud de la pareja hacia las relaciones sexuales. Una de las posibilidades es enseñar al enfermo la técnica de introducir el pene en la vagina sin que este esté en erección completa o hacerle comprender que la penetración no es la única opción. Los períodos largos de excitación, como puede ser el baño o ducha compartidos, pueden ser un buen método de iniciar la relación. Si además hay incontinencia, sería conveniente vaciar la vejiga y utilizar preservativo.

Como solución a la disfunción eréctil, hay prótesis penianas hinchables y semirrigidas, o inyecciones de papaverina en los cuerpos cavernosos que pueden ayudar a regresar a la normalidad de las relaciones.

El Transtorno habitual es la eyaculación retrógrada u orgasmo seco, lo cual produce una orina post-coital turbia y con abundantes espermatozoides.

## **CISTECTOMÍA**

Puede provocar disfunción sexual semejante a la prostatectomía al afectar a la inervación y vascularización del pene, así como por la necesidad de practicar una urostomía que puede provocar que la eyaculación se desvíe hacia al urostoma, pero eso no evita la satisfacción de la pareja, que siempre puede recurrir a artefactos y técnicas distintas.

Sería conveniente vaciar la bolsa de orina y/o cubrirla con ropa.

## **TESTÍCULO (ORQUITECTOMÍA)**

La cirugía del testículo suele tener tanto impacto en el hombre que puede producirle disfunción eréctil y orgásmica, ya que puede tener vergüenza de la ausencia del testículo. No es normal perder el deseo sexual ni la capacidad orgásmica. Aunque una disminución de la libido podría ser a causa de un descenso en los niveles de testosterona. En caso de que se quiera descendencia posterior, puede ser importante recurrir a los bancos de espermatozoides para una posterior inseminación.

Hay que decirle al enfermo y su familia que el cáncer no se contagia y la radioterapia no contamina.

## **PENE**

El cáncer de pene es poco común, pero con mayor riesgo de disfunción sexual y depende si es total o parcial. En los casos parciales, se puede aprovechar la erección

del muñón peneano para la relación; como suele existir urostomía, lo habitual es que la eyaculación se desvíe hacia al urostoma, pero eso no evita la satisfacción de la pareja, que siempre puede recurrir a artefactos y técnicas distintas, como la aplicación de prótesis con forma de preservativo que “alargan” el pene.

Es recomendable un examen citológico a la mujer, porque se ha detectado mayor incidencia de cáncer cervical en las parejas de estos enfermos.

## **CÁNCER COLORRECTAL**

La mayoría de estos enfermos tendrán estomas, uno de los problemas que más puede afectar a la autoestima de la persona y su pareja, al sentirse incómodos por las bolsas de colostomías y el miedo a un “desagradable” accidente, donde se escapen olores o manchas.

Puede haber un sentimiento de pérdida de control personal, ya que los excrementos salen libremente (al contrario de lo que sucede vía rectal, que podía controlar cuando defecaba).

Pueden utilizarse desodorantes para la bolsa, evitar alimentos flatulentos, elegir posiciones cómodas y cubrir la bolsa con ropa comodona. El método más sencillo para el coito es la “ocultación” de la bolsa (si se desea) por medio de una faja o con ropa cómoda que impidan la visión de la misma. Otro método muy sencillo puede consistir mantener la relación “a tergo” (esto es, vía vaginal pero desde atrás), de manera que si la colostomía la tiene el hombre, la mujer no la ve por darle la espalda y permite al hombre buscar la postura más comodona para no aplastar la bolsa, y si es la mujer, el hombre no podrá ver ni aplastarla. Existen, además, unos “tampones” que permiten retirar las bolsas de ostomía y no permiten la salida de materia fecales ni olores, y son muy cómodos y fáciles de utilizar.

En el ostomizado:

Hombre: Pueden aparecer Transtornos eyaculatorios (retrasos, ausencias, eyaculaciones retrógradas) o disfunción eréctil.

Mujer: dispareunias y alteraciones del orgasmo.

Aparecen Transtornos eyaculatorios en el hombre y dispareunias en la mujer.

## **CÁNCER DE PULMÓN**

Este cáncer suele venir acompañado de un pronóstico desolador, a menudo cuando la enfermedad ya está muy avanzada. La calidad y expectativas de vida serán muy reducidas y su tratamiento suele ser generalmente más paliativo que curativo. Si el enfermo ha sido fumador, tiene un gran sentimiento de culpa y si se somete al tratamiento, los efectos secundarios consumirán gran parte de sus energías, por lo que tiende a aislarse de la sociedad y mantener relaciones con su pareja.

Debemos motivar al enfermo a que experimente técnicas afectivo-sexuales que no exijan el coito, ya que requerirá mucha energía, lo cual aumenta la disnea y la fatiga.

Hay que tratar de evitar al enfermo como un inválido en los momentos que pueda sentirse bien. La intimidad física puede ser importante para la pareja y aumentar sus sentimientos de masculinidad/feminidad.

Los masajes y las caricias ayudarán a reducir el dolor y las molestias. La masturbación mutua puede ser una buena solución al promover la intimidad y conservar la energía.

## **AFRODISÍACOS**

Se considera afrodisíaco cualquier tipo de sustancia capaz de avivar y/o aumentar el deseo sexual. Su función sobre nuestro organismo aumenta la frecuencia cardíaca y la tensión arterial, aumentar la excitación cerebral y de la espina dorsal. Suelen funcionar estimulando algún sentido y se toman en forma de comida, bebida, “filtro” o preparado médico. Su nombre viene de la diosa griega del amor, Afrodita.

La mayoría actúa por impulso de la imaginación. En la asociación alimento-afrodisíaco ha funcionado el “saber popular” o signatura rerum que consiste en asociar la planta o elemento afrodisíaco a aquello a lo que se parece por su forma, olor, etc., por ejemplo, las trufas por su forma y el olor caprino que expelen o asociando sabores o situaciones “picantes” (cebolla) etc. En conclusión, en las sociedades patriarcales donde se da tanta importancia a la virilidad son el “puente a la lujuria”.

Inhibidores del deseo sexual hay muchos; lo que no se ha conseguido demostrar el poder afrodisíaco de algunas sustancias. De hecho, desde el punto de vista científico, el mejor afrodisíaco conocido es el deseo y se encuentra en el cerebro. Para los más románticos, el deseo y enamoramiento son los únicos “fármacos” afrodisíacos. La mayoría no hacen “surgir el deseo”, aunque sí puede aumentarlo en las personas que desean; lo que sí pueden provocar estas sustancias son respuestas orgánicas, que los hace más receptivos o que pueden ser interpretados como debidos al deseo, como aceleración del ritmo cardíaco, ruborización, excitación nerviosa lo que le facilitará la respuesta sexual.

### **AFRODISÍACOS VEGETALES**

#### **AJO**

Se le supone efecto afrodisíaco por el efecto calentador que ejerce sobre el cuerpo.

#### **ALBARICOQUES**

Durante la Edad Media el licor de albaricoques y el vino moscatel con albaricoques macerados en él durante dos semanas eran considerados afrodisíacos

#### **ALCACHOFA** (Del árabe Al-carxuf) (Cynara Scolymus)

Durante la antigüedad se consideró afrodisíaco por la signatura rerum (el parecido al pene).

#### **APIO** (Apium graveolens)

En Francia ya aparece en el Libro de Tristán como “Amic de la virilité”. Al parecer puede contener feromonas.

### **AZAFRÁN** (*Crocus Sativus*) (*Colchicum silvestre*)

Considerado como tal por griegos y romanos, se rociaban el pene con estambre del azafrán. En medicina se ha usado como estimulante. En el saber popular se ha supuesto que estimulaba la circulación sanguínea, en especial la del útero.

### **CACAO** (*Teobroma Cacao*) (*Arachis Hipogea*)

Originaria de Brasil y domesticada por los aztecas que le llamaron quacahault que quiere decir “Alimento de los dioses” (en griego *Theos Bromas*). De ella se extrae una de las xantinas principales: la teobromina.

Se ha utilizado, y se sigue usando, como afrodisíaco y antidepresivo. Hasta principios de este siglo, las personas que tenían “Mal de amores” eran tratadas con abundantes dosis de tazas de chocolate en la creencia que estimulaba.

### **CALABAZA**

La combinación de la calabaza y lavanda en forma de pastel se piensa que estimula la erección (por su olor).

### **CANELA**

Despierta la libido.

### **CASTAÑO** (*Castanea Sativa*)

Procede del Asia Menor y Grecia y fue introducida por los romanos en España.

### **CEBOLLA** (*Allium Cepa L.*)

De origen asiático. Alejandro Magno pensaba que acrecentaba el valor. Se basa en la sensación que puede producir sobre la uretra producto de la vasodilatación.

### **CORNEZUELO DE CENTENO** (*Claviceps Purpurea*)

Se cría sobre el centeno y otros cereales. Uno de sus alcaloides eleva los niveles de oxitocina, lo que puede aumentar la libido, la respuesta orgásmica, las contracciones uterinas e incluso, en el embarazo, acelerar el parto. Puede producir jaquecas y trastornos de la circulación periférica al contener ergotamina que puede producir espasmos en los vasos de las regiones distales y causar necrosis.

En la Edad Media se le asociaba también al Baile de San Vito, alucinaciones y esquizofrenia.

### **DAMIANA**

Supuestamente afrodisíaca porque irrita la uretra, aumenta la sensibilidad en la zona urogenital y aumenta la producción de hormonas sexuales.

### **ESPÁRRAGO**

Su forma es similar a la del pene, tallo más o menos largo y cabeza más o menos engrosada con un ligero surco que la distingue del tronco y que aparece siempre enterrada o “clavada” en la “madre tierra”.

### **GINKO**

Hierba usada para mejorar los problemas vasculares.

## **GINSENG**

Libidizante y estimulante

## **HABA** (Vicia Faba L.)

Considerado antiguamente como afrodisíaco

## **HIEDRA** (Hedra Terrera) (Hedra Helix) Trepadora

Es una planta excitante y en la antigüedad, además, símbolo de la fidelidad en el amor, vitalidad, alegría, amor.

## **JUDIAS**

Durante la Edad Media era considerado afrodisíaco.

## **MANDRÁGORA** (Mandragora Autumnalis)

Proveniente de Persia. Muy utilizado en la Edad Media para los brebajes amorosos y se creía que devolvía la virilidad y relajaba en el vaginismo. Emparentada con la Belladona y el Beleño. Es muy tóxica, sobre todo su raíz, al ser rica en atropina y escopolamina.

## **MENTA** (Menta Piperita)(M.Aquatica Viridisa)

Conocida también porque se utiliza para prepara una bebida alcohólica llamada piperment y en Valenciano alçapius.

Se daba como afrodisíaco y para el “desfallecimiento sexual”.

## **MORAS** (morus Alba L.)

Se considera la mora negra como afrodisíaca.

## **ORTIGA** (Urtica Dioica)(Urtica Ureus L.)

Libidizante. En romance se conoció como “Alcha Matris” (=alza matriz), porque se pensaba tenía el poder de retraer el útero. Antiguamente se tomaba con jarabe o como jarabe de ortigas o con miel.

## **REGALIZ**

Su olor también resulta excitante.

## **TOMATE** (Solanum Licopersicum Esculentum L.)

Originario de Chiapas, interior de América. Fue considera tóxico en Francia y Alemania.

## **TRUFA** (Tuber Brumale)

Se le creyó afrodisíaca por semejanza con los testículos del hombre y su hedor cabruno. Para algunos, contiene feromonas.

## **VAINILLA** (Vanilla Planifolia)

Antiguamente se utilizaba como perfume. Algunos lo consideran afrodisíaco menor.

## **VERBENA**

Libidizante.

## **YERBA BUENA O HIERBA BUENA (Menta Sativa L.)**

De la misma familia que la menta. Los árabes la utilizan para aromatizar el té (el Nah-nah árabe).

## **OTROS:**

Clavo, melocotón, pimienta, pimiento, higos, menta, almendras, chocolate, aguacate, nuez, zanahoria, Romero, tomillo, etc.

## **AFRODISÍACOS ANIMALES**

### **CANTÁRIDA**

Procedente de las alas del escarabajo y produce vasodilatación.  
Muy peligroso. Su abuso puede causar la muerte.

## **OTROS:**

Berberchos, Almejas, Buccino, boquerones, anguila, Arenque. caballa, Carpa, pez espada, Tiburón, Ostras, Vieiras, caviar, gambas, salmón.

## **ANAFRODISÍACOS**

Son sustancias capaces de inhibir el deseo.

## **CÁÑAMO (cannabis Sativa) MARIHUANA (Cannabis índica)**

Originaria de los mares del Caspio y Negro, de donde paso de Persia a la India y fue introducido por Napoleón en Europa al regresar de Egipto. La marihuana puede producir alteraciones sensoriales y de la conciencia. Su intoxicación puede provocar parada respiratoria. Su antídoto es la atropina o café amentado.

Se ha descrito que puede inhibir la erección. Produce esterilidad, reduciendo de forma evidente la producción de esperma.

## **LECHUGA (Lectuga Virosa)**

Se consideraba en la antigüedad como anafrodisíaca.

## **SAUCE (Salix Alba L.)**

Antiguamente se consideraba anafrodisíaca.



## INFLUENCIA DE LOS FÁRMACOS EN LA SEXUALIDAD

Los fármacos y sustancias de abuso, pueden tener efectos adversos muy importantes en cualquiera de las fases de la Respuesta Sexual y alterar cualquiera de sus fases produciendo alteraciones que puedan llegar a imposibilitar la relación sexual. Estos efectos adversos pueden provocar su abandono, lo que en ocasiones puede ser peligroso. Aquí vamos a ver algunas de las importantes.

### ANTIHIPERTENSORES (HIPOTENSORES)

Los efectos de la inhibición de la respuesta sobre la sexualidad son precoces. Tienen acción los Beta-bloqueantes y antiadrenérgicos.

**Atenolol** - (Tenormin, Blokium, Tenormin, Neatenol) Afecta la erección

**Alfa-Metil-dopa** (Aldomet, Rulum) - Disminuye la libido, afecta la erección e inhibe la eyaculación

**Betanidina** - Afecta la respuesta eréctil y la eyaculatoria

**Bendofluacida** (Neatenol) - Afecta a la erección

**Benzotropina** (Cogentin)

**Betamidina**

**Clonidina** (Catapresan, Catapress) – Son antiadrenérgicos de acción central. Afecta la erección

**Clortalidona** (Higrotona) - Afecta la erección

**Debrisoquine** - Afecta la eyaculación

**Espironolactona** (Aldactone, aldactacine, spirometan, aldoleo, miscidon) - Aumenta la libido y afecta la respuesta eréctil

**Fenoxibenzamina** (Benoral, Dibenycine) - Afecta la eyaculación.

**Fentolamina** (Regitine)

**Guanetidina** - Afecta la libido, la erección y la eyaculación.

**Guanoxan** (Nutracel) - Afecta la erección y la eyaculación

**Guanoclor** - Afecta la erección y la eyaculación

**Hidralazina** (Neatenol, Hidrapres) – Vasodilatador arteriolar. Afecta al erección.

**Hidroclorotiazida** (Hidrosaluretril, Hipoarte y lo llevan asociado: Acediur, Alopresin din, Ameride, Bitensil din, Cesplon plus, Dilabar din, Doneka plus, Neotensin din) - Disminuye la libido y la erección

**Indoramina** - Afecta la eyaculación

**Oxprenolol** (Tertensif, Trasicer) - Disminuye la libido

**Pindolol** - Afecta la erección  
**Prazosin** (Minipres) - Afecta la erección  
**Propanolol** (Sumial) - Disminuye la libido y afecta la erección  
**Reserpina** (Rulum) - Disminuye la libido, la erección y acelera la eyaculación.  
**Tioridazina** (Meleril)

No tienen demostrados efectos adversos:

- Los IECA
- Los antagonistas de los canales del calcio (Verapamil)

## PSICOFÁRMACOS

Neurolepticos, antidepresivos y los que actúan frenando la actividad dopaminérgica; la dopamina inhibe a la prolactina, con lo cual mejora la respuesta erectil, ya que la prolactina inhibe la erección.

**Amitriptilina** (Tryptizol) - Afecta a la erección y la eyaculación y no se tiene claro si a la libido  
**Amoxapina** - Existen dudas de si afecta a la libido y la erección  
**Butaperazina** - Afecta a la eyaculación  
**Butifenones** - Afecta a la eyaculación  
**Cloracepato** (Tranxilium, Dorken) - Existe dudas si afectas a la libido  
**Clordiacepóxido** (Huberplex) - Afecta la eyaculación y se tiene dudas si a la erección  
**Clormipramina** (Anafranil) - Afecta la libido, la erección y retrasa la eyaculación  
**Clorpromazina** (Largactil) - Afecta la eyaculación  
**Clorprtxine** - Afecta la eyaculación  
**Desmetilimipramina** - Afecta la erección y la eyaculación  
**Diacepan** - Se tiene dudas si afecta a la libido.  
**Phenelzina** - Afecta a la erección y la eyaculación  
**Fenotiacinas** - Mejorar la respuesta sexual al mejorar los síntomas  
**Flupenazina** (Celesemine) - Afecta a la libido y la erección  
**Haloperidol** - Reduce la libido, la potencia y causa eyaculación retardada.  
**Imipramina** (Tofranil) - Afecta a la erección y la eyaculación  
**Iproniazida** - Afecta a la eyaculación  
**Isocarboxiacido** - Afecta a la eyaculación  
**Litio** (Plenur) - Afecta al a erección y retrasa la eyaculación.  
**Mebanazina** - Afecta la eyaculación  
**Mesodirazina** - Afecta la eyaculación  
**Pargilina** - Afecta la eyaculación  
**Paroxetina** (Motiván) - Provoca disfunción sexual.  
**Perpenazina** (Deprelio, Muiatabase) - Afecta la erección y la eyaculación  
**Protriptilina** - Afecta la erección  
**Tioridazina** (Meleril) - Inhibe la libido y actúa sobre la erección y produce eyaculaciones secas por los efectos paralizadores en el esfínter vesical interno.  
**Tiotixine** - Afecta la erección  
**Trifluorperazina** (Eskazine) - Afecta a la eyaculación

## **TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA**

**Tamsulosina** (Omnice) - Produce alteraciones de la eyaculación al disminuir la tensión sobre el músculo liso de la próstata y la uretra

**Terazosina** (Magnurol) - Provoca impotencia, eyaculación retrógrada (por relajación del cuello de la vejiga) e incontinencia urinaria. (bloqueante alfa-adrenérgico)

## **OTROS FÁRMACOS**

**Acetato de Niprotezona** (Anti-andrógeno)

**Cimetidina** (Fremet, Tagamet, Ali-veg, Duogastril, Mansal) - Afecta a la libido y reduce la erección

**Digoxina** (Lanacordin) - Afecta a la erección y se duda sobre la libido

**Dihidroepiandrosterona** (DHEA) - Es una hormona esteroide relacionada con la testosterona y los estrógenos y útil en el síndrome de deficiencia de andrógenos

**Heparina** (Boxol, Fragmin, Meneven) - Puede producir priapismo

**Clofibrato** (Neo-atromid) - Reduce la libido y afecta a la erección

**Disopiramida** - Afecta a la erección

**Acetazolamida** (Edemox) - Afecta a la libido

**Metazolamida** - Afecta a la libido y se duda si a la erección

**Etozolamida** - Afecta a la libido

**Diclorfenamida** (Diclofenaco?) - Afecta a la libido y se duda si a la erección

**Metanteline Brómido** - Afecta a la erección

**Baclofen** (Lioresal) - Afecta a la erección

**Ácido épsilon-aminocaproico** (Caproamin, Caprofides) - Afecta a la eyaculación

**Dietilpropion HCl** - Se duda si afecta a la erección

**Disulfiram** - Afecta a la erección

**Quimioterápicos anticancerígenos** - Afectan a la libido y la erección

**Ketamina** - Afecta a la erección

**Naproxeno** (Lundiran, Antalgin, Naprosin, Denaxpren, Aliviomas) - Afecta a la eyaculación

**Tiabendazola** - Afecta a la erección

**Ciproterone acetato** (Diane 35, Androcur) - Afecta a la libido y se duda si a la erección

**Finasteride** (Propecia) - Disminuye la libido, produce disfunción eréctil y disminución del eyaculado.

**Medroxi-progesterona** (Farlutal, Progevera, Colicursi) - Afecta a la libido y puede afectar la erección.

**Medrogestrona** (Colpro) - Reduce la libido y puede afectar la erección.

**Gesterona** - Afecta a la erección

**Hidroxiprogesterona** - Afecta a la erección

**Etinil-Estradiol** (Diane 35, Gynovin, Microdiol, Microcynon, Minulet, Neolyndial, Neogynona, Ovoplex, Tri-minulet, Tryagynon, Triciclor, Triginovin) Reduce la libido

**Fenfluramina** (Ponderal) - Inhibe la libido y afecta la erección

**Perhexilina** - Afecta la erección.

**Estatinas** - Existía la sospecha de cómo podía influir en la reproducción estos fármacos anticolesterol ya que las hormonas reproductoras se derivan del colesterol. Aparentemente, estudios recientes indican que no afecta a la reproducción.

## **DROGAS DE ABUSO**

Desinhiben del entorno social, disminuyendo la respuesta sexual, aunque subjetivamente el sujeto crea que no. Para el toxicómano, la sexualidad pierde el carácter fundamental de relación y su afectación sobre algunas conductas es indirecta. Sus efectos como estimulantes es más por un efecto placebo que real

En general, las drogas producen impotencia, trastornos de la eyaculación y a largo plazo disminuyen la fertilidad y en la mujer, disminución de la sensación orgásmica y desarreglos menstruales.

En caso de embarazo, el niño puede padecer síndrome de abstinencia a algunas drogas.

### **Drogas depresoras (Alcohol, hachis, etc.):**

Pueden desinhibir al sujeto inicialmente, lo que facilitará el contacto sexual; pero a dosis superiores puede inhibir también el deseo y la respuesta de excitación.

### **Drogas estimulantes (Cocaína, anfetaminas):**

Pueden provocar euforia, lo que puede afectar positivamente la capacidad relacional.

### **Alucinógenos (LSD, Mescalina, etc.):**

Alteran el concepto de la realidad, y por tanto, la actividad sexual.

**Extasis** - A medio y largo plazo la sexualidad pierde importancia.

**Anfetaminas** - Retrasa la eyaculación y se cree que inhibe la libido y la erección

**Marihuana** - Se cree que inhibe la libido

**Cocaína** - Afecta la erección y se cree que también la libido

**Heroína** - Puede afectar la libido, la erección y la eyaculación

**Metadona** - Puede afectar la libido, la erección y la eyaculación

**Metadil acetato** - Afecta la libido.

## **FARMACOTERAPIA SEXUAL**

A continuación vamos desplegar que tipo de fármacos se utilizan como apoyo para el tratamiento de algunos problemas sexuales.

### **AVERSIÓN SEXUAL**

Son fármacos sexodimórficos, esto es, que nos van a servir tanto en el hombre como en la mujer. Facilitan el tratamiento.

1) Ansiolíticos: Alparzolan (Trankimzin)

2) Antidepresivos: Tricíclicos: Imipramina

IMAO

## **DESEO SEXUAL INHIBIDO O HIPOACTIVO**

### 1) Antidepressivos (Inhibidores de la 5-HT-serotonina)

Pueden provocar dificultades en la erección, retrasan la eyaculación e inhiben la respuesta orgásmica del hombre y la mujer

- Imipramina
- Clomipramina
- Fleroxetina
- Fluvoxamina

Los fármacos siguientes, tienen menor efecto anticolinérgico, aunque su acción sobre el sodio puede exacerbar los efectos de síntomas prostáticos, hipomanía y conducta agresiva:

- Mianserina
- Nomifensina
- Viloxacina

### 2) Testosterona:

En el hombre se utiliza cuando tiene los niveles de testosterona bajos.

En la mujer se utiliza en los tratamientos del climaterio asociado a la TSH.

### 3) Agentes Dopaminérgicos:

Inducen la erección: Apomorfina (El alcoholismo tiene inhibida la secreción de GH)

Pergolida

Agonistas D2:

- Bromocriptina
- Lismina

Puede producir hiperprolactinemia

Trastornos erectivos apomorfínicos de respuesta (275-375 mgr./día)

Anti-parkinsonianos: Levodopa

En los casos de tratamiento de párkinson hay un aumento del deseo, erección espontánea y poluciones nocturnas.

Se utiliza en los transtornos erectivos para recuperar la capacidad eréctil

### 4) Eritropoyetina recombinantes humanas (gamma-HuEPO)

Se utiliza en Insuficiencia Renal aguda cuando esta inhibido el deseo en hombre y mujeres y trans-tornos erectivos en el hombre.

### 5) Cariogonadotrofina humana (HCG)

Estimula la producción de hormonas sexuales masculinas y femeninas y dependen de la dosis:

- 3.000 UI semanales durante 3 meses - Incrementan el deseo sexual, como dopantes sexuales
- 5.000 UI dos veces a la semana - Actúa en el deseo sexual inhibido y en los transtornos eréctiles

- 6) Hormonas sexuales Se utiliza en mujeres
- TRH - Se utiliza en dispareunias, anorgasmias y disminuciones del deseo
  - Como anticonceptivos
  - Antiandrógenos - Acetato de ciproterona - Se utiliza contra el hirsutismo climático para inhibir la secreción de hormonas de las glándulas suprarrenales

## **FASE DE EXCITACIÓN**

### **HOMBRE - TRANSTORNOS ERECTIVOS**

Recursos farmacológicos específicos para el tratamiento del deseo inhibido, asociado a trastornos erectivos:

- 1) Antidepresivos *Ver fase anterior*
- 2) Testosterona *Ver fase anterior*
- 3) Antagonistas DA *Ver fase anterior*
- 4) Eritropoyetina (gamma-HuEDO) *Ver fase anterior*
- 5) Gonadotrofina (HCG) *Ver fase anterior*

6) Ansiolíticos:

Buzpirozona (Antagonista de la 5-HT<sub>1a</sub>): Se utiliza en ansiedad generalizada, mejorando la disfunción sexual, los trastornos erectivos asociados con la ansiedad. Hay que actuar con cautela en las mujeres.

7) Fármacos intracavernosos

Sustancias vasoactivas que actúan como relajantes de la musculatura lisa, utilizados en el tratamiento de la impotencia.

- Papaverina
- Fentolamina
- Prostaglandinas E (PGE<sub>1</sub>)

Alfa-Bloqueantes: Trazodona - Provocan la erección completa, pero ineficaces para iniciarlas

8) Yohimbina (6 mgrs. cada 8 horas durante 2-3 semanas)

Bloquante alfa<sub>2</sub> adrenérgico presináptico

9) Ciproheptadina (12 mgrs , una hora antes de la relación sexual)

Antagonista 5 HT, contrarresta los efectos no deseados sobre la erección de los antidepresivos agonistas 5HT.

10) Sildenafil (Viagra)

Fue desarrollado y evaluado como antianginoso al inhibir la fosfodiesterasa 5 (PDE-5), lo que causa un efecto vasodilatador, que en el pene evita la degradación del GMPc, lo que favorece el llenado de los cuerpos cavernosos de sangre, lo cual causa la erección. No relaja el cuerpo cavernoso, sino que aumenta el efecto del óxido nítrico. Es el primer fármaco oral desarrollado para tratar la disfunción eréctil y muy útil en afectados por paraplejía, diabéticos, espina bífida, depresión, estrés, HTA, enfermedades cardiovasculares, reumáticas y respiratorias, así como en afec-

ciones prostáticas, incluso después de radioterapia en cáncer de próstata. De absorción rápida, alcanza sus máximas concentraciones entre 30 y 120 minutos, con vida media de 3-5 horas, metabolización hepática.

Es un buen remedio coadyuvante en psiquiatría para contrarrestar los efectos adversos de muchos de los fármacos que tienen como efecto secundario disfunción eréctil.

Efectos adversos: Cefaleas, rubor facial, dispepsia y congestión nasal.

No hay riesgo cardiovascular ni es causa de infarto o angina.

La única contraindicación absoluta es en los tratamientos con NITRITOS.

10) Otros: Se realizan investigaciones sobre la oxitocina y el óxido nítrico.

## **MUJER - TRASTORNOS DE EXCITACIÓN**

1) Hormonas sexuales *Ver fase anterior*

2) Lubricantes Vaginales

3) Estrógenos locales

## **FASE ORGÁSMICA**

### **DISFUNCIÓN ORGÁSMICA FEMENINA (Anorgasmia)**

1) Antidepresivos

2) Ciproheptadina

Antagonista 5 HT

### **DISFUNCIÓN ORGÁSMICA MASCULINA (Eyaculación)**

#### ***EYACULACIÓN PRECOZ***

1) Antidepresivos

2) Antipsicóticos

3) Alfa-Bloqueantes

4) Vasoactivos

#### ***EYACULACIÓN RETARDADA***

9) Ciproheptadina (12 mgrs , una hora antes de la relación sexual)

Antagonista 5 HT, contrarresta los efectos no deseados sobre la erección de los antidepresivos agonistas 5HT.

#### ***EYACULACIÓN RETRÓGRADA***

1) Antidepresivos

2) Simpatico-miméticos





## BIBLIOGRAFÍA

- **Alario, Salvador** - Homosexualidad - Ed.promolibro (1993)
- **Alonso Fernández, Francisco** - Las otras drogas - Ed. Temas de Hoy (1996)
- **H. Alonso-Navarro, a, y F.J. Jiménez-Jiménez b** - Amnesia global transitoria durante el coito. Revista de Neurología nº 46 (2006)
- **Bataller i Perello, Vicent** – Transexualidad, tranornos de la identidad sexual, transgenerismo e identidad transexual masculina y femenina ¿De qué estamos hablando? - Revista Viure en Salut – nº 57. Generalitat Valenciana – noviembre 2002
- **Bayes, A. y Linarzoroso Cristobal, G** - Vivir con la enfermedad de Parkinson - Ed.Meditor (1997)
- **Bevan, James et al.** - El sexo y la salud - Ed.Planeta,1985
- **Benenson, Abram S.** - El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. - CIE-9
- **Bordón, Verónica** - La violencia de género y los malos tratos a las mujeres - Asociación de mujeres por la paz (2001)
- **Botella Llusá, J.** - Pubertad precoz: etiología, clasificación y nuevos aspectos del tratamiento. Rev. Acta ginecológica Vol. XLVIII pag. 171-9 (1991)
- **Bou y Camps, Dolors** - Guia de la salut - Diari Avui en col-laboració del col·legi de metges de Barcelona (1990)
- **Bly, Robert - Iron John.** Una nueva visión de la masculinidad - Ed.Gaia (1994)
- **Cádiz i Ródenas, Ximo** – L'homofòbia: una malaltia de la societat - Revista Viure en Salut – nº 57. Generalitat Valenciana – noviembre 2002
- **Campoy Martínez, Pedro** - Incontinencia urinaria de esfuerzo femenina - Ed.Madaus (1997)
- **CC.OO.** - La violencia contra las mujeres: Un problema social (2002)
- **Comite de expertos de la OMS** - Serie de informes técnicos nº 262 (1963)
- **Cornec, A.** - **Dysménorrhée** - Rev.Encyclopédie Médico-chirurgicale - (1986)
- **Cortejoso Hernández, F.J.** - Embarazo y anticoncepción en la adolescencia: anticoncepción, aborto y Educación sexual. - 1990.
- **Cristobal, Pilar** - Prácticas poco usuales del sexo - ed. La Esfera (2002)
- **De Ángelis, Barbera** - ¿Eres mi media naranja? Cómo reconocer a tu pareja ideal. Ed. Círculo de lectores (1996)
- **Diamond , Jared** - ¿Por qué es divertido el sexo? Ed. Destino - 2000
- **Dumay, Regine** - El placer de las mujeres. Plaza & Janés - 2000
- **Duby, Georges** - El caballero, la mujer y el cura - Ed. Taurus
- **Emme, Mark (Boisson-Jacob,Christian)** - El arte de la felación - Ed. Martínez Roca - Junio de 2000
- **Esteve Mora, Fernando** - La economía de la violencia doméstica
- **Ficher, Helen** - El contrato sexual - Ed. Biblioteca Científica Salvat
- **Ficher, Helen** - El primer sexo -
- **Flores Ginés , Julian et al.** - Embriología del aparato genital - Ed. Madaus (1996)

- **Gala León, F.J., et al** - Los métodos de educación maternal - Rol de enfermería nº 173 (Enero,1993)
- **García, José Luis** - Educación sexual en la escuela: Realidad o ilusión - Rev. Comunidad Educativa nº 205 - Abril 1993
- **Garnier, Gerard y Gandonneau, J** - Sexualidad y embarazo - Ed. André Balland, 1975
- **Garrido, Vicente** - Amores que matan. Acoso y violencia contra las mujeres - Ed. Algar (2000)
- **Gastiain Saenz, Fabiola** - La mujer en los cuidados de la menopausia. (2006) Generalitat Valenciana – Intervención con mujeres víctimas de violencia de género 1999. Generalitat Valenciana – Transtornos adictivos
- **Gray, John** - Los hombres son de Marte, las mujeres de Venus - de. Grijalbo
- **Guasch , Oscar** - La medicalización del sexo - Rev. ROL de enfermería nº 179-180 (Julio-Agosto 1993)
- **Hayman, Suzie** - Guía de los métodos anticonceptivos - Ed.Paidós (1995)
- **Hessel, Lasse** - Ventana al amor - Ed.Integral (1991)
- **Jiménez, P** - Sexualidad y cardiopatía isquémica - Rev.Enfermería en Cardiología - Nº 19 - 1ª Cuatr. 2.000
- **Kahn Ladas, Alice et al.** - El punto G y otros descubrimientos sobre sexualidad. Ed. Grijalbo Mondadori - 1982
- **Kaplan, Helen Singer** - Disfunciones sexuales (Diagnóstico y tratamiento de las aversiones, fobias y angustias sexuales - Ed. Grijalbo - Octubre 1992 - 87
- **Kaplan, Helen Singer** - Manual ilustrado de terapia sexual - Ed.Grijalbo Mondadori - (Mayo de 1997)
- **Kim, Mi Ja et al.** – Diagnóstico en enfermería y plan de cuidados – Ed.Doyma (5ª ed.) (1993)
- **Kirby, R.S.** - La terazosina en la HBP: efectos en la T:A: de pacientes normotensos e hipertensos. Rev. British Journal of Urology (BJU) Vol. 82 nº 3 - J&C Ediciones médicas (Sept 98)
- **Kolosimo, Peter** - Psicología del erotismo - Ed.Plaza & Janés (1967)
- **Labrador, Francisco** - Guía de la sexualidad - Ed.Espasa-Calpe (1994)
- **Liaño, Hugo** - Cerebro de hombre, cerebro de mujer (anotaciones de DM del 14 de Julio de 1999)
- **López, Félix** - Para comprender la sexualidad - Ed. Vebo divino
- **López Sánchez, Félix** - La educación sexual en la LOGSE - Rev.Comunidad Educativa nº 205 - Abril 1993
- **Lloyd, Joan** - Los 5 sentidos del sexo - Ed.Martínez Roca (1993)
- **Maynar, M. et al.** - Efectos del ejercicio físico de baja intensidad sobre el perfil lipídico de mujeres postmenopáusicas - Rev. Acta ginecológica - Vol.XLVIII - Pag. 211-5 (1991)
- **Marina, Simon** - Cómo ser padres de un bebé probeta - ed.Tibidabo
- **Marín, Àngels** - ¡Se acabó! - Ed. Plaza & Janés (Col. Mujer tenías que ser) (2002)
- **Martínez Molina, Ana et al.** - La salud de la mujer en el climaterio según las creencias y costumbres populares - Ed.CECOVA (2001)
- **Masters & Johnson** - Respuesta Sexual Humana - Ed. Inteamericana (1978-81)
- **Mau, Nancy M. y Vakabins, Peter** - Cuando el día tiene 36 horas - Ed.Pax Mejico (1997)
- **Mead, Margaret** - Masculino y femenino - Ed.Minerva (1994) Ministerio de sanidad y consumo
- **Nota sobre anticonceptivos orales que contienen Gestodeno y Desogestel** - Boletín de farmacovigilancia de la C.Valenciana - Nº 32 - Jul/sept. 1995
- **Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos** - (Agenda , 2000)
- **Mitjans Lafont, Lluís** – La sexualidad humana: una construcción biológica – Revista Viure en Salut – nº 57- Generalitat Valenciana – noviembre 2002

- **Moore, John** - ¿Y qué pasa con los hombres? - Ed. Cuatro vientos (1994)
- **Nilsson, Lennart** - Nacer la gran aventura - Ed. Salvat (1990)
- **NANDA (Luis Rodrigo, M<sup>a</sup> Teresa)** – Definiciones y clasificación 1992-3 – Ed.Doyma (1993)
- **Otto et al.** – Cáncer - Ed. Paradigma
- **Pérez Conchillo, M. y Borrás Valls, J.J.** - Sexo a la fuerza - Ed. Aguilar (1996)
- **Perry et al.** - Los ritmos de nuestro cuerpo - Ed. Martínez Roca (1990)
- **Pichot, Pierre** - DSM-III-R y DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) 1<sup>a</sup> Ed. 1<sup>a</sup> reimpresión Ed.Masson (1995)
- **Piedrola, G.** – Medicina preventiva y Salud Pública - De. Salvat
- **Reinisch, June M.** - Nuevo informe Kinsey sobre el sexo - Ed.Paidós
- **Riso, Walter** – Amar o depender – Ed. Granica (2004)
- **Ritzinger, Shela** - La mujer y su experiencia sexual - Ed. Folio, 1985
- **Rey Calero, J. y Piedrola, G.** - ETS de repercusión social - (1983)
- **Rol de enfermería** - Lactancia materna - Revista ROL de enfermería nº 161 (Enero,1992)
- **Rodríguez Luna, Estrella et al.** - Vaginismo y matrimonios no consumados sexualmente. una visión psicológica. (2006)
- **Romero, María Bernarda** - Adicción sexual y trauma temprano. (2006)
- **Rubi, M<sup>a</sup> Luz** - Los anticonceptivos - Ed. Aguilar (1996)
- **Sánchez Llopis, Elvira et al.** - Violencia de género. Apuntes de intervención sindical - Ed. CC.OO. (Feb. 2002)
- **Sanmartín, José** – La mente de los violentos (2002)
- **Santidrián Padilla, Rosa María** – Mujeres malas y perversas – EDIMAT (2002)
- **Scheld, Robert** - Encontrar tu media naranja - Ed.Obelisco (1996)
- **Selmes, J. y Antoine, M** - Vivir con... La enfermedad de alzheimer - De. Meditor (1998)
- **Thornhill, Randy** - El atractivo erótico de la simetría en los humanos - Ponencia en Noviembre de 2000 en Valencia.
- **Varios Autores** - Cómo incluir la Educación sexual en la escuela - De. Graó (1990)
- **Varios Autores** - Guía de amor y sexo - E.Globus Comunicación (1992)
- **Varios Autores** - Guía de la sexualidad - Ed.Espasa Calpe (1994)
- **Varios Autores** - La homosexualidad: Un debate abierto - Ed.Gafo (1997)
- **Varios Autores** - Síntomas del tracto urinario inferior. Implicación de la próstata y la vejiga. Efecto de la tamsulosina a corto y largo plazo. - Rev. DRUGS OF TODAY (vol. 36 suplemento 6) de marzo de 2000 - Ed. Prous Science (2000)
- **Varios Autores** - Protocolo de facilitación de la detección de los malos tratos a mujeres y menores Servicio Canario de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo (2001)
- **Varios Autores** - Micosis Vulvovaginal – Bibliomed
- **Wollstonecraft, Mary** – Defensa de los derechos de la mujer

## LEGISLACIÓN

- Constitución española – 1978
- Estatut d'Autonomía de la Comunitat Valenciana
- Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del art. 417-bis del Código Penal
- Real Decreto 1409/ 1986
- Sentencia del Tribunal Constitucional de 11-4-85, nº 53/85









