

**UNIVERSIDAD DE ALMERÍA.**

**Escuela de CC de la Salud**



**MÁSTER OFICIAL DE SEXOLOGÍA.**

**CURSO ACADÉMICO 2011/2012**

**TRABAJO FIN DE MÁSTER:**

**ABORDAJE DEL PATRÓN SEXUAL ENFERMERO**

**AUTORA: INMACULADA BARROS PLAZA**

**TUTORA: DRA. ROSA MARÍA ZAPATA BOLUDA**

## ÍNDICE

1. Introducción.	
1.1 Justificación y relevancia.....	pág. 4
2. Estado en cuestión	
2.1 Modelos disciplinares del cuidado. Repaso histórico.....	pág. 5-7
2.2 Metodología enfermera. Proceso de Atención de Enfermería (PAE)..	pág. 7-9
2.3 Patrones funcionales.....	pág. 10
2.4. Salud sexual y enfermería.....	pág. 10-12
2.5 Patrón sexual – reproducción. Abordaje actual.....	pág. 12-17
- 2.5.1 Valoración	
- 2.5.2 Diagnósticos enfermeros NANDA	
- 2.5.3 Planificación – ejecución. NIC	
- 2.5.4 Resultados NOC	
2.6 Investigaciones previas.....	pág.18-21
2.7 Sistema de apego y sistema de cuidados.....	pág.22-26
3. Metodología	
3.1 Objetivos.....	pág. 26
3.2 Diseño.....	pág. 27
3.3 Muestra.....	pág. 27
3.4 Instrumentos.....	pág. 28
3.5 Procedimiento.....	pág. 29
3.6 Definición de variables.....	pág. 29
3.7 Aspectos éticos.....	pág. 29
3.8 Procedimiento para el análisis de datos.....	pág. 30
4. Análisis de datos y resultados	
4.1 Características de la muestra.....	pág. 30
4.2 Resultados.....	pág. 31-40
5. Discusión y comentarios.....	pág. 41-46
6. Conclusiones.....	pág. 46-47
7. Bibliografía.....	pág. 48-51
8. Anexos.....	pág. 52-69

*“Si escuchas mi voz, cuídame.  
Siento que estas aquí.  
Si escuchas mi voz, cuida de mi...”*

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1 INTRODUCCIÓN Y RELEVANCIA.

El profesional de enfermería es un pilar básico en el cuidado de las personas. La enfermera dentro de un equipo multidisciplinar acoge en de manera holística todos los aspectos del ser humano.

*Los seres humanos nacemos predispuestos al contacto, para la vinculación, el amor, ¿Se pueden considerar los cuidados que uno dedica a otro como parte del sistema de apego?*<sup>1</sup>

La función sexual de la persona, es uno de los aspectos fundamentales para restablecer y mantener un correcto estado de salud, por ello me pareció interesante investigar como el papel de la enfermería en su práctica asistencial aborda el patrón sexual de sus pacientes.

Todo ello debe recogerse en todos los procesos asistenciales dentro de la metodología científica de enfermería que más tarde desarrollaremos.

En cómo se enfrenta el profesional de enfermería a esta situación es lo que pretendemos indagar con el presente trabajo, centrándonos en la vivencia de los profesionales en su práctica asistencial en su abordaje del patrón sexual.

Nos enfrentamos cada día a nuevos retos y nuevas exigencias. La sexualidad, gracias a los medios de comunicación y desarrollos tecnológicos hacen que los pacientes sienta cada vez más necesidad de ser bien informados. No debemos dar por sabido nada, todas las personas tienen derecho a ser bien asesoradas e instruidas.<sup>2</sup>

La relevancia de este trabajo viene determinada por la constatación de la inexistencia en la mayoría de procesos asistenciales de enfermería del uso de diagnósticos de salud sexual en los pacientes hospitalizados en general.

Esta investigación trata de hacer un análisis acerca de los diagnósticos de la función sexual utilizados por los profesional de estudio, que en caso de confirmar la falta de abordaje por parte de los mismos en su práctica asistencial hospitalaria, obligaría a reflexionar sobre la ausencia de recursos para derivar a estos pacientes a profesionales

competentes para ofertar consejo, asesoramiento o terapia sexual, o sobre las necesidades que existan profesionales de sexología en el sistema sanitario.

De los conocimientos que los profesionales de enfermería tengan en relación a los diferentes procesos de enfermedad o cirugía, depende volver a vivencia la sexualidad como al estado previo al problema que ha suscitado el ingreso.

## **2. ESTADO EN CUESTIÓN**

### **2.1 MODELOS DISCIPLINARES DEL CUIDADO. REPASO HISTÓRICO.**

El desarrollo del corpus doctrinal o cuerpo de conocimientos constituye la base de toda profesión o disciplina.

Desde el punto de vista de la enfermería, a lo largo de la historia y situándonos en el pasado, esta profesión aceptó teorías de otras disciplinas. Pero se hacía necesaria la construcción de un cuerpo de conocimientos propio, en el que se definieran sus competencias y que permitiera el desarrollo de su investigación. Este conjunto de conocimientos puede ser representado como Modelos y Teorías <sup>3</sup>

El cuidado es definido por la Real Academia de la Lengua Española (R.A.E) <sup>4</sup> en su segunda acepción como la “acción de cuidar” entendiéndose por cuidar tanto “asistir, guardar o conservar”. Como es evidente, se precisa recurrir a las definiciones aportadas desde la disciplina enfermera para comprender la profundidad de este término.

La enfermería como toda disciplina comprende diferentes escuelas de pensamiento, que se han ido sumando unas a las otras para formar un corpus de conocimiento:<sup>5</sup>

- *Escuela de las necesidades*; fundamentada en la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales, o en su capacidad de llevar a cabo los autocuidados. La jerarquía de necesidades de Maslow y las etapas de desarrollo de Erikson son sus referentes. Pertenecen a esta escuela de pensamiento autoras destacables como: V.Henderson, D.Orem, F. Abdellah, J. Peterson y L.Zderad.<sup>6</sup>

- *Escuela de interacción*; el cuidado es considerado como una acción humanitaria, no mecánica. Desarrollándose la teoría fenomenológica y la del existencialismo. Algunas de las figuras destacadas en esta escuela son: H. Peplau, I. Orlando, I. Trevelbee, E. Wiedenbach, I. King.<sup>6</sup>

- *Escuela de los efectos deseables*; esta escuela ha intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros, cuyo fin es, restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasis o preservar la energía. La teoría de adaptación y desarrollo, así como la teoría general de sistemas, constituyen la principal influencia para estas autoras que son: D. Johnson, L. May, M. Levine, C. Roy, B. Neuman.<sup>6</sup>

- *Escuela de promoción de la salud*; la concepción del cuidado se extiende al entorno familiar de la persona. Según esto, la familia aprende de sus propias experiencias de salud. La filosofía de los cuidados de salud primarios y la teoría del aprendizaje social de Bandura son las principales fuentes sobre las que se asienta esta concepción. M. Allen es la máxima representante de esta vertiente de pensamiento.<sup>6</sup> Los profesionales de enfermería ejercen una importante contribución a los conocimientos, actitudes y comportamientos de la población. Desde la declaración o carta de Ottawa (Ginebra 1986), reconoce la salud como derecho humano fundamental, pone asimismo de relieve la importancia de la contribución del sector sanitario para alcanzar la salud. La educación para la salud es un proceso planificado y sistémico de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a facilitar la adquisición, elección y mantenimiento de estilos de vida saludables. El objetivo de la enfermera es lograr que el individuo elija de forma voluntaria e informada buenas prácticas para mantener su salud, de modo que, la finalidad última es la prevención de la enfermedad y la promoción de salud.<sup>7</sup>

- *Escuela del ser humano unitario*; se encuentra en el contexto de la orientación de apertura hacia el mundo, incluida en el paradigma de la transformación. Marthe Rogers, como teórica destacada en esta escuela, propone una concepción de la persona y de los cuidados enfermeros procedente de trabajos filosóficos, de teorías de la física y de la teoría general de los sistemas de von Bertalanffy.

- *Escuela del caring*; las autoras pertenecientes a esta escuela, M. Leininger y J. Watson, afirman que, si la enfermera se abra a dimensiones como la cultura, y la espiritualidad e integra los conocimientos vinculados a estas dimensiones, puede mejorar la calidad de los cuidados a las personas.<sup>7</sup>

La disciplina enfermera, responsable del estudio del cuidado, se fundamenta en este amplio sistema de filosofías, modelos conceptuales y teorías de ellos derivadas que le conceden la entidad necesaria para su desarrollo autónomo.

Por este motivo, la profesión necesita utilizar un sistema propio de trabajo ordenado y sistemático de abordaje y resolución de los problemas de cuidados que figuran dentro de su marco de competencia.

Es necesario recordar que la aplicación de los cuidados de manera estructurada, va a permitir ofrecer respuestas efectivas ante la aparición de las diversas situaciones que puedan presentarse a lo largo de un proceso de salud o enfermedad, no es un proceso estático, si no que es cambiante y modificable (3)

## 2.2 METODOLOGÍA ENFERMERA. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

Se conoce que el Proceso de Atención de Enfermería, tiene sus orígenes cuando, por primera vez, Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron tres etapas (valoración , planeación y ejecución ) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación ) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.<sup>8</sup>

El PAE (proceso de atención enfermera) es el modelo profesional que permite implementar el conocimiento científico acerca del cuidado en la práctica asistencial, al disponer de una estructura basada en el método científico, donde se reflejan todas las fases de dicho método en su aplicación a los cuidados.<sup>9</sup>

Podemos comparar el método científico con la metodología enfermera. La observación de los hechos o formulación del problema, se denomina, recogida de datos y la determinación de problemas de cuidados, es decir, la valoración enfermera. La formulación de los diagnósticos de enfermería, sería la hipótesis. La planificación de los cuidados de enfermería o fijación de resultados, se equipara, a la planificación de la investigación. La realización del plan de cuidados, desarrollando las intervenciones de cuidados, sería la ejecución de la investigación. Finalmente la evaluación de la investigación, es paralela a la evaluación del plan del cuidado, haciendo una comparación de la situación anterior a la intervención del profesional.<sup>10</sup>

Como todo método, el Proceso de Atención Enfermera (PAE) configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Estamos ante, un sistema de planificación

en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- *Valoración*: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores. Se pueden recoger de distintas fuentes; el paciente, familia, historia clínica, etc. En la actividad asistencial, este proceso suele estar estandarizado y adaptado según la unidad de trabajo.<sup>11</sup>

- *Diagnóstico de Enfermería*. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de intervención con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente. Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro. Según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación. Para ello existe la taxonomía NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) es una sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería. Fue fundada en 1982 para desarrollar y refinar la nomenclatura, criterios y la taxonomía de diagnósticos de enfermería. En 2002, NANDA se convierte en NANDA International. Otras asociaciones internacionales son AENTDE en español, AFEDI (Asociación Francófona Europea de Diagnósticos de Enfermería) y ACENDIO (Europa). universal. (Gordon, 2003)<sup>12</sup>

- *Planificación de intervenciones enfermeras*. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud. Vienen determinadas por la taxonomía Nursing Interventions Classification».NIC En 1987, el centro para la clasificación de enfermería en la universidad de Iowa introdujo la NIC (Nursing Interventions Classification) y en 1991 la NOC (Nursing Outcomes Classification), estas dos clasificaciones adicionales fueron desarrolladas para el uso con la NANDA y otros sistemas de diagnósticos. Se esperaba que la eficacia de los términos de diagnóstico fuesen mejoradas con la disponibilidad de

intervenciones y de resultados estandarizados. La traducción de la sigla NIC es CIE (Clasificación de las Intervenciones de Enfermería). La NIC es la sigla de los tratamientos que las enfermeras realizan en todas las especialidades. Las intervenciones de la NIC incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Hay intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Las intervenciones no están solamente diseñadas para los individuos sino que contempla la familia y la comunidad.<sup>10</sup>

- *Resultados.* La clasificación de los resultados de enfermería (NOC) presenta terminología y las medidas estandarizadas para los resultados obtenidos de los pacientes que resultan de las intervenciones que se han aplicado. Convertido en un equipo de investigación en la universidad de Iowa, la clasificación se puede utilizar por los clínicos, los estudiantes, los educadores, los investigadores, y los administradores en una variedad de lugares clínicos, educativos, y de la investigación. La comprensión de los resultados, y la inclusión de los indicadores específicos que se pueden utilizar para evaluar y para clasificar al paciente en lo referente al logro del resultado, hacen este libro un recurso inestimable para los profesionales enfermería. La traducción de la sigla NOC, es CRE (Clasificación de los Resultados de Enfermería). La NOC es una sigla definida como "estado del paciente después de una intervención de enfermería." (Johnson y Maas, 2000). Los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir los efectos de las intervenciones de cuidados se utilizan en todos los ajustes y con todas las poblaciones del paciente. Por lo que pueden medir el estado de salud. Existen siete dominios del NOC, que describen la respuesta deseada del paciente: salud funcional, salud biopsicosocial, tanto conocimiento de la salud y comportamiento, como percepción de salud, salud de la familia, y salud de la comunidad.<sup>13</sup>

Este método permite a los profesionales enfermeros prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

### 2.3 PATRONES FUNCIONALES.

Existen diversos tipos de valoración dependiendo del modelo enfermero; en nuestra Comunidad Autónoma se ha optado por el modelo de los Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más ó menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados ó la patología.

De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno, biológicos, culturales, creencias,..), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos. La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica ó informes de otros profesionales. .

Los once patrones son una división artificial y estructurada del funcionamiento humano integrado, no deben ser entendidos de forma aislada; la interrelación que se produce entre ellos es lógica, las personas somos un TODO sin compartimentar, todo influye en todo (el entorno, la cultura, el nivel social, los valores, las creencia...).<sup>12</sup>

### 2.4 SALUD SEXUAL Y ENFERMERÍA

Se puede entender con todo lo expuesto que la sexualidad en el ser humano ha estado siempre implícita en el campo de estudio de enfermería, como una necesidad básica e imprescindible en el desarrollo evolutivo de la persona. Es un aspecto controvertido y que ha ido avanzando a medida que evolucionaba la sociedad. De pasar a ser un concepto puramente reproductivo a entender la salud sexual como la conocemos hoy.

Podemos decir que el nacimiento del concepto de salud sexual se puede fijar en febrero de 1974, sobre las bases de carácter educacional y terapéutica de la década de los 60, donde comenzó a regularse el concepto de salud sexual. En este sentido, es fundamental el nacimiento del Sexuality Information and Education Council of the United States, S.I.E.C.U.S, (Consejo para la Información y Educación Sexual de

Estados Unidos), como organismo que va a extender esta educación sexual, primero por Estados Unidos y, poco a poco, por Europa.

Otra contribución decisiva al concepto de salud sexual, que llegará posteriormente, es la realizada, también en los 60, por Masters y Jonhson,<sup>14, 15</sup> con la publicación de sus estudios sobre el Modelo de Respuesta Sexual Humana, profundizando en este conocimiento, así como en el tratamiento.

A partir de este hecho, se definen los problemas relacionados con la sexualidad disfuncional de una forma estructurada y homologada. La sexualidad humana que había estado enjuiciada en todos sus aspectos se convierte en un objeto de estudio

De esta manera, la O.M.S, en 1975 define la salud sexual como *“la integración de los elementos somáticos, emotivos, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor. Toda persona tiene derecho a recibir información sexual y a considerar que las relaciones sexuales sirven para el placer además de servir para la procreación.”*<sup>16</sup>

Esta definición estará en vigor hasta la década de los 90. El debate entre sexualidad, reproducción y amor, se sigue planteando. Bauman advierte: *“a lo largo de la época moderna han rivalizado entre sí por el dominio de estrategias culturales. Una (...) era la estrategia de reforzar los límites impuestos por las funciones reproductoras del sexo a la libertad de la imaginación erótica (...). La otra (...) era la estrategia romántica de cortar las ataduras que unen al erotismo con el sexo y atarlo con el amor”*<sup>17</sup>

Poco a poco, se va configurando la sexualidad como una “experiencia”,

La nueva definición de salud sexual de la OMS, en 2002:

*“Salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos.”*<sup>16</sup>

La O.M.S. elimina de la definición la relación entre sexualidad “sana”, o salud sexual, con términos como amor, personalidad o comunicación. Ahora, predica la salud de las experiencias sexuales, con el hecho de ser seguras, libres de discriminación, coerción y violencia. Del mismo modo, elimina la alusión al término de procreación o reproducción situándolo como criterio de salud sexual, sustituyéndolo por el placer.<sup>18</sup>

Desde la profesión enfermera, se obliga a la revisión para que el concepto actual de la OMS, actualización de diagnósticos, de intervenciones y de resultados. Para poder abordar el termino de salud sexual más específicamente.

El abordaje de la sexualidad de los pacientes no es fácil, pues es un fenómeno muy complejo, por su diferencia en el tiempo y en los diferentes grupos humanos, así como las variaciones individuales. Además la falta de acceso y, en algunos casos, descocimiento de escalas para valorar la función sexual aumenta su complicación.

## 2.5 PATRÓN SEXUAL – REPRODUCCIÓN. ABORDAJE ACTUAL.

### 2.5.1 VALORACIÓN:

La sexualidad de una persona tiene componentes físicos, psicológicos, sociales y culturales, la enfermera debe valorar todos los elementos relevantes para determinar el estado de bienestar sexual del paciente. Este patrón describe la satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y el patrón reproductivo. Comprende la satisfacción percibida por el individuo o informa de los trastornos en su sexualidad. También incluye la fase reproductiva de la mujer (premenopáusica o posmenopáusica), del hombre y cualquier problema subjetivo.<sup>12</sup>

La mayoría de los servicios de los hospitales de nuestra comunidad tienen estandarizadas los aspectos a tener en cuenta en la valoración. Deberíamos de tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad.
- Alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales.
- Seguridad en las relaciones sexuales.
- Patrón reproductivo.

- Premenopausia y posmenopausia.
- Andropausia.
- Problemas percibidos por la persona.<sup>12</sup>

El Sistema Andaluz de Salud, pone a nuestra disposición diferentes escalas de valoración de enfermería del patrón sexualidad- reproducción.

- Cuestionario evaluador de la función sexual de la mujer.
- Cuestionario de screening para la disfunción eréctil
- Índice internacional de función eréctil
- Cuestionario de funcionamiento sexual masculina del hospital general de Masschussets<sup>20</sup>

### 2.5.2 *DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS*

Los diagnósticos asociados en la valoración del patrón sexual pertenecen al dominio 8, Sexualidad. Identidad sexual, función sexual y reproducción.

Identidad sexual. Estado de ser una persona específica respecto a la sexualidad o género.

Función sexual: Capacidad o habilidad para participar en las actividades sexuales.

---

<sup>20</sup>

[http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr\\_desa\\_Innovacion5#PT9](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5#PT9)

*Diagnósticos aprobados:*

- *0059 Disfunción sexual(1980)*

Definición: cambio en la función sexual que se ve como insatisfactorio, inadecuado o no gratificante.

**CARACTERISTICAS DEFINITORIAS:** Cambio del interés por sí mismo o por los demás. Limitaciones reales o percibidas impuestas por la enfermedad o terapia. Cambio del interés por sí mismo o por los demás. Limitaciones reales o percibidas impuestas por la enfermedad o terapia. Conflicto de valores. Búsqueda continúa de confirmación de ser sexualmente deseable. Incapacidad para lograr el nivel deseado de satisfacción. Percepción de alteraciones en el logro del rol sexual. Alteración en la relación de pareja. Verbalización del problema. Alteración en el logro sexual

**FACTORES RELACIONADOS:** Conceptos erróneos o falta de conocimientos. Vulnerabilidad Conflicto de valores Abuso psicosocial (p.ej., relaciones lesivas). Abuso físico Falta de intimidad Inefectividad o ausencia de modelos del rol. Alteración de la estructura o función corporales (p.ej., embarazo, parto reciente, fármacos, cirugía, anomalías, procesos patológicos, traumatismos, radiación. Falta de una persona significativa. Alteraciones biopsicosociales de la sexualidad

- *0065 Patrón sexual inefectivo(1986)*

Definición: Expresión de preocupación respecto a la propia sexualidad.

- **CARACTERIZAS DEFINITORIAS** Manifestación de divulgad, limitaciones o cambios en los comportamientos o actividades sexuales.

- **FACTORES RELACIONADOS** Falta de una persona significativa.

Falta de intimidad. Conflictos con la orientación sexual o variación de las preferencias. Miedo al embarazo o a las enfermedades de transmisión sexual. Deterioro de las relaciones con la persona significativa. Falta de modelos del rol o ineficacia de los existentes. Déficit de conocimientos o habilidades sobre respuestas alternativas con la salud, alteración de la estructura o función corporal, enfermedad o tratamiento médico<sup>21</sup>

### 2.5.3 PLANIFICACIÓN/EJECUCIÓN NIC:

#### Intervenciones NIC(33)

- 0065 Patrón sexual inefectivo(1986)

#### Intervenciones enfermeras sugeridas par la resolución del problema:

---

- Asesoramiento sexual
  - Disminución de la ansiedad
  - Enseñanza: sexualidad
  - Manejo de la conducta sexual
  - Manejo de la tecnología reproductora
  - Potenciación de la autoestima
  - Potenciación de la conciencia de sí mismo
  - Potenciación de roles
- Intervenciones opcionales adicionales

---

- Apoyo en la protección contra abusos	- Apoyo en toma de decisiones
- Asesoramiento	- Clarificación de valores
- Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial	- Enseñanza: individual
- Enseñanza sexo seguro	- Manejo de la energía
- Manejo de la medicación	- Manejo del dolor
- Manejo del síndrome premenstrual	- Mantenimiento en procesos familiares
- Planificación familiar:	- Preservación de la fertilidad

- Terapia de sustitución hormonal
- Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas

- 0065 Patrón sexual inefectivo(1986)

*Intervenciones NIC:*

- Intervenciones enfermeras sugeridas par la resolución del problema:
- 

- Asesoramiento
- Aumentar el afrontamiento
- Disminución de la ansiedad
- Enseñanza del sexo seguro
- Enseñanza: sexualidad
- Guía de anticipación
- Manejo de la tecnología reproductora
- Planificación familiar: infertilidad
- Planificación familiar: anticoncepción
- Potenciación de la conciencia de sí mismo
- Potenciación de la imagen corporal
- Preservación de la fertilidad

- Intervenciones opcionales adicionales.

---

Apoyo en toma de decisiones	Manejo de la conducta: sexual
Aumentar los sistemas de apoyo	Potenciación de la autoestima
Grupo de apoyo	Preservación de la fertilidad

22

#### 2.5.4 OBJETIVOS NOC.

La traducción de la sigla NOC, es CRE (Clasificación de los Resultados de Enfermería)

La NOC es una sigla definida como "estado del cliente después de una intervención de enfermería." Los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir los efectos de las intervenciones de cuidados se utilizan en todos los ajustes y con todas las poblaciones del cliente. Por lo que pueden medir estado del cliente con varios acontecimientos de la salud extendidos demasiado los períodos del cuidado. Hay siete dominios del NOC, que describen la respuesta deseada del cliente: La salud funcional, la salud psicológica, salud sicosocial, conocimiento de la salud y comportamiento, percepción de salud, salud de la familia, y salud de la comunidad. Para evaluarlos, contamos con unos indicadores que son evaluados con una escala Lickert que va desde 1 (nunca positivo) a 5 (siempre positivo). El patrón sexual se incluye dentro del dominio salud psicosocial. Dentro de la NOC encontramos 2 resultados para el patrón sexual:

- El funcionamiento sexual lo define como integración de los aspectos físicos, socioemocionales e intelectuales de la manifestación y función sexual. Este resultado tiene indicadores como: Consigue la excitación sexual, erección sostenida del clítoris/pene hasta el orgasmo, adapta la técnica sexual cuando es necesario, etc.

- Para el resultado identidad sexual, lo define como reconocimiento y aceptación de la propia identidad sexual. Tiene indicadores como: afirmación del yo como un ser sexual, sentido claro de la orientación sexual, aceptación de la orientación sexual, etc.<sup>23</sup>

## 2.6 INVESTIGACIONES PREVIAS

Existen diferentes estudios que evalúan la función sexual de pacientes según patologías, pero tras la revisión bibliográfica, no se han hallado ningún estudio actual del patrón sexual enfermero en general, investigado y estudiado por enfermeros.

La Oncology Nursing Society ha identificado explícitamente la sexualidad como un tema a ser incluido en la prestación de cuidados a pacientes con cáncer.<sup>24</sup>

Judith A., destaca el malestar clínico al hablar con los pacientes acerca de las preocupaciones sexuales. La información sexual se suele centrar en pacientes jóvenes, o en pacientes que debido a las enfermedades en las que la función sexual puede ser directamente impactada (como por ejemplo, cáncer de mama, cuello uterino, próstata,...). Sin embargo, otros pacientes con patologías diferentes quedan al margen de la discusión sexual. Las enfermeras que tratan y cuidan a pacientes con enfermedades crónicas pueden ayudar a fomentar una autoestima más positiva para el paciente y pueden influir sobre su imagen corporal, así como proporcionar oportunidades para hablar de sus sentimientos y temores acerca de cómo el tratamiento y la enfermedad en sí misma puede afectar a su sexualidad.<sup>25</sup>

Los pacientes suelen buscar consejos prácticos para que puedan tomar el control de su salud y reafirmarse a sí mismos como seres sexuados y quieren que este consejo lo de un profesional. Muchas veces el profesional de enfermería se encuentra en una situación de iluminar con información valiosa.<sup>26</sup>

Un estudio realizado por Filman- Stewart et al. Examinó a pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata. El estudio concluyó, que el 65% de los pacientes preguntaron ¿cómo el tratamiento podría afectar el funcionamiento sexual y por cuánto tiempo? y ¿podré mantener relaciones sexuales durante el tratamiento? A un 45% de los encuestados.<sup>27</sup>

En el estudio de Bourgeois-Law F. y Lotocki R. con 73 mujeres con cánceres ginecológicos se supo que el 60% quería más información y que el 50% refería haber recibido poca o ninguna información acerca de cómo su sexualidad puede ser afectada por el cáncer. De estas mujeres,- el 60,3% prefiere mantener una conversación personal con las personas que le dan atención sanitaria.<sup>28</sup>

Hordern A. añadió que si el/la paciente tiene pareja, es importante la comunicación con la pareja para obtener resultados del tratamiento y alivio de las preocupaciones sexuales. La enfermera desempeña un papel clave para explorar los cambios en sexualidad e intimidad con sus parejas. Proporcionar la evaluación y orientación en la relación con los diferentes tipos de tratamiento, la reanudación de la actividad sexual y los sentimientos porque la mayoría de los pacientes se plantean estas preguntas.<sup>29</sup>

Kneece afirma que sólo el 33% de una muestra de 126 mujeres que se sometieron a cirugía y quimioterapia para el cáncer de mama preguntó acerca de los efectos secundarios sobre su sexualidad, y las respuestas fueron calificadas como insuficientes y concluye, los profesionales sanitarios no deberíamos olvidar ni evitar estas cuestiones.<sup>30</sup>

Wilmoth MC. Reconoce que los profesionales de enfermería deberían dejar sus prejuicios y abordar el patrón sexual como cualquier otro, entendiendo la sexualidad humana como una necesidad más. La sexualidad no es un concepto estático y varía en el tiempo y lugar. Las ideas actuales sobre el comportamiento sexual adecuado, tanto si se trata de roles de género, identidad sexual, experiencia y expresión de los deseos, se originan de la interacción de las fuerzas sociales y culturales. Aunque la enfermera puede reconocer el papel de los factores sociales en los temas sexuales de sus pacientes, debería de dejar de ver sus propios prejuicios culturales. A estos sesgos hay que añadir el malestar e de hablar sobre la sexualidad del paciente.

Wilmon MC., añadió que *“los profesionales de enfermería rara vez tienen dificultad para hablar de temas intestinales, de todo tipo de efectos secundarios, de muertes inminentes pero debajo de la discusión de temas de naturaleza sexual, la actitud a menudo es: “No es mi trabajo”, “Es muy personal”, “Yo no lo aprendí en la carrera”, “yo no lo pregunto, porque podría ofender a mi paciente”.*<sup>31</sup>

Más tarde Haffner *“...en un intento de estar a gusto con una conversación acerca de la sexualidad, la enfermera debe de formarse en la sexualidad relacionada o no con la patología, así como su papel imprescindible en la promoción de la salud, y como no en la salud sexual... la práctica, aumenta la comodidad y se hace más fácil hacer preguntas o llevar a cabo una discusión acerca de temas sexuales”.*<sup>32</sup>

Según Carpenito-Moyet; *“la enfermera no tienen una historia adecuada, con las cuestiones adecuadas ni tiempo, para hacer una buena valoración del patrón sexual.” El escaso personal y los recursos deficientes influyen a la hora de abordar este tema...*”<sup>33</sup>

Existen 2 modelos americanos para proporcionar información sobre la sexualidad.

El modelo PLISSIT . El significado de los ítems , *P* representan el Permiso, ya que muchos problemas sexuales son causados por ansiedad, sentido de culpa, o inhibiciones. Se establece que el terapeuta, usando su autoridad profesional, simplemente " da permiso " para hacer lo que el paciente está haciendo ya, esto puede aliviar mucho sufrimiento innecesario. (Ejemplo: Sentido de culpa y ansiedad debido a la masturbación)

El próximo paso de intervención terapéutica es llamado el *LI* o información limitada. A menudo es suficiente dar a los pacientes información anatómica y fisiológica correcta para restaurar su función sexual. Es común que los pacientes tengan nociones erróneas sobre el funcionamiento de sus propios cuerpos y así caen víctimas a expectativas poco realistas. En tales casos, algo de información basada en hechos y educación son necesarias.

El próximo paso - *SS*, los Sugerencias Específicos, requiere recomendaciones prácticas o ejercicios diseñados para cada caso individual. Muchos de los ejercicios de intercambio de mutuo placer recomendados por Masters y Johnson pertenecen a esta categoría.

Sólo el último paso - *IT* o la Terapia Intensiva, requiera una intervención a largo plazo dirigidas hacia las causas subyacentes complejas. Annon está convencido, sin embargo, que estos casos son relativamente raros.<sup>34</sup>

El siguiente modelo es el denominado BETTER,(Mick, Hughes y Cohen 2004). Este modelo trata de extraer la función sexual de la valoración del paciente, en el cual se pretende promover la sexualidad como parte integral de la calidad de vida de los pacientes y es importante dialogar sobre ello. Se debe de explicar a los pacientes los recursos disponibles, y proporcionar asistencia en caso de que sea necesario. Educar al paciente sobre los posibles cambios esperados en la sexualidad y la función sexual es crucial en el correcto desenlace de su proceso de enfermedad.<sup>35</sup>

Ambos modelos lo que promueven es la comunicación de manera uniforme, o que ayudara a la enfermera y paciente.

Spaulding, explica, que ella utiliza una simple pregunta durante su valoración inicial que es “... *¿Cree usted que su sexualidad ha cambiado desde su diagnóstico? Una pregunta abierta es preferible, o ¿Qué preguntas puedo responder para usted acerca de cómo el medicamento puede afectar a su sexualidad?...*”<sup>36</sup>

Mallinger y sus colegas de acuerdo con estos resultados y estuvieron de acuerdo que durante el diagnóstico y tratamiento, los pacientes pueden ser incapaces de verbalizar sus necesidades. Estos investigadores abogan por la discusión de la sexualidad en varios puntos a lo largo de la trayectoria de los tratamientos, en lugar de en un punto determinado en el tiempo.<sup>37</sup>

Sanders y su equipo reveló que los hombres piensan y responden de manera diferente a las mujeres, respecto a las relaciones sexuales en procesos parecidos. Por lo tanto, podíamos decir que no podemos abordar los mismos temas o hacerlos de diferente manera según nos encontremos con pacientes hombres o pacientes mujeres.<sup>38</sup>

Wilmonth expresa: *...Una advertencia importante, para hablar de sexualidad con sus pacientes debe ocurrir de manera casual, de manera informal, lo inesperado. Usted debe de ser sensible a las pistas ocultas en las conversaciones con sus pacientes que pueden enmascarar los problemas sexuales con preguntas abiertas...*<sup>39</sup>

Pocas investigaciones abordan los temas de la sexualidad en las minorías <sup>40</sup>. Esta falta de investigación hace, a su vez, que sea más difícil para la enfermera estar segura acerca de cuándo y cómo hablar con el paciente, o para saber si él /ella pueda ser receptor/a de esta información. Wilmonth y Sanders<sup>40</sup> en su estudio de 16 mujeres afro-americanas, con cáncer de mama, en su entorno, informó que las participantes admitieron que en su cultura, no está bien visto hablar de enfermedad y sexualidad en grupo, que prefieren ser informadas una a una de manera individual. Siguiendo con este estudio, se planteó a 12 parejas Afroamericanas heterosexuales cuáles eran sus problemas sexuales y sorprendió porque el mayor problema era que los maridos estaban preocupados por sus esposas, mientras que las mujeres estaban más preocupadas por su aspecto físico <sup>41</sup>

## 2.7 SISTEMA DE APEGO Y SISTEMA DE CUIDADOS.

El sistema de apego se activa cuando un individuo siente una amenaza. Este siente la necesidad de buscar la proximidad con una figura de apego externa o internalizada.

Un sistema es un conjunto de respuestas o repertorio de conductas cuyo objetivo es satisfacer un tipo específico de necesidad y que cada sistema puede ser activado en contextos diferentes y en respuesta a estímulos internos o externos, entonces podemos aceptar el sistema de cuidados como un subsistema del sistema de apego. Este sistema se activa en situaciones de peligro o desvalijamiento provocando la búsqueda de la proximidad a la figura de apego.

El sistema de cuidados es un conjunto de comportamientos y actitudes que permiten proveer a la pareja de los cuidados que requiere, al tiempo que se solicita de ella los cuidados que uno necesita. Este sistema motiva a al cuidados a atender y a responder a las señales de necesidad de la persona con la que está vinculada y a la persona cuidada a expresar cognitiva y emocionalmente su estado de vulnerabilidad. La relación entre adultos que forman una pareja debería de ser simétrica, los miembros de la pareja adulta cuidan y son cuidados recíprocamente, cada miembro debería poder cambiar flexiblemente de rol, pudiendo activar el sistema de apego y el de cuidados indistintamente conforme a las demandas concretas de las diversas situaciones. Los cuidados que presta la enfermera en esta situación es la de informar y asesorar para que puedan autocuidarse lo antes posible. Este es un objetivo básico de las competencias enfermeras. Simpson (1992)<sup>42</sup> y más recientemente por Collins y Feeney (2000)<sup>43</sup>, Shaver y Mikulincer (2006)<sup>44</sup> y Sternberg (2006)<sup>45</sup>. Los resultados de estas investigaciones indican que las personas seguras interpretan mejor las necesidades del otro, ofrecen mayor apoyo emocional y más eficaz en situaciones de amenaza o desasosiego que las personas ansiosas o evitativas.

Es una especie de compromiso de amistad firme que tiene grandes analogías con el vínculo del apego.

Zapiain hace una analogía con el vínculo del apego y el compromiso de amistad del triangulo de Sternberg. Sternberg<sup>45</sup> encontró tres factores principales de la experiencia amorosa; pasión, intimidad y compromiso, se denomina triangular:

- Pasión: se refiere al deseo erótico, a la atracción sexual y al gozo en la experiencia erótica
- Intimidad: hace referencia a la comunicación, a la comprensión y al respeto. También a los sentimientos de vinculación, unión, proximidad y apoyo emocional, al deseo de bienestar del otro, etc.
- Compromiso; implica la decisión de querer al otro, la voluntad expresada en conductas de mantener la unión y los compromisos implícitos y explícitos de carácter personal y social.

De la combinación de estos tres componentes surgen siete combinaciones amorosas o tipos de amor, destacando para el tema que nos ocupa; amor amigable, lo esencial es la relación de comunicación, comprensión y apoyo emocional. Los miembros de la pareja son más amigos que amantes. Amor apego; en este tipo los contenidos de intimidad y compromiso llenan de comunicación y seguridad la relación, aun en ausencia de pasión.

Bowlby<sup>46</sup> indicó en la teoría del apego, que la evolución humana se desarrolla a través de la interacción de diversos sistemas motivacionales que permiten al individuo satisfacer sus necesidades básicas. El sistema motivacional de heteropreservación responde a la necesidad de cuidar y proteger al grupo. Este tipo de comportamientos tiene sentido evolutivo a medida en que protegiendo al grupo y a la prole se optimiza la probabilidad de supervivencia de la especie. Resulta obvio pensar que un elemento esencial para la función de cuidar es la *empatía* que hace posible leer adecuadamente las necesidades de los demás y obrar en consecuencia.

Clulow<sup>47</sup> mantiene que los miembros de una pareja deberían de ser capaces de pasar de manera flexible de la posición de soporte a la posición de dependencia.

Anteriormente Carnelley, Pietromonaco y Jaffe<sup>48</sup>, estudiaron la relación entre los estilos de apego y la capacidad de aportar cuidados y encontraron que tanto hombres como mujeres mostraban pautas de cuidados hacia sus parejas similares a las de sus padres, especialmente, del padre del mismo sexo. Las personas más capaces de cuidar fueron menos evitativas y menos ansiosas. Estos autores sugieren en función de los resultados, que el aprendizaje de los cuidados durante las relaciones de apego en la infancia se traslada a las relaciones de pareja en la vida adulta y que el apego y los cuidados se convierten en componentes esenciales en las relaciones amorosas. Cada

miembro de la pareja debe saber expresar cognitiva y emocionalmente su estado, sus necesidades; sobretodo en situación de precariedad emocional.

La aportación efectiva de cuidados requiere de una regulación emocional tanto intrapersonal como interpersonal, que intervendría del modo siguiente:

a) El proceso de regulación emocional ayuda al cuidador a hacerse cargo del desasosiego que le causa el hecho de ser testigo del malestar de la otra persona. Una deficiente regulación emocional podría impedir al cuidador activar su sistema de cuidados. El factor personal de estrés propuesto por Davis<sup>49</sup> en sus estudios acerca de la empatía hace referencia a este aspecto. Se refiere al efecto que se produce por el “contagio emocional”, efecto de la propia empatía. Algunas personas son incapaces de empatizar porque la sintonía con el dolor de la otra persona les paraliza emocionalmente, impidiendo de este modo una adecuada interacción. La enfermera en este sentido apoya tanto al paciente como la pareja

b) Un buen cuidador requiere de la capacidad de regular sus emociones en relación con los propios fines y motivaciones. Cuidar a otra persona, es decir, hacerse cargo de sus problemas, sintonizar con ellos, supone poner en segundo plano los propios planes y objetos. Las personas inseguras, es decir con un Yo débil, entrarán inconscientemente en competencia con el otro y estarán, por ello incapacitadas para ser eficaces en los cuidados. Esto es igualmente aplicable a la información que proporciona la enfermera. La comunicación con los pacientes y familia es fundamental en sus actividades

c) La aportación de cuidados, de modo efectivo, requiere de la regulación interpersonal que incluye la sincronización y la coordinación entre los comportamientos del cuidador y del cuidado para resolver el problema y poder manejarlo. Este tipo de coordinación puede ser alcanzada solo si el cuidador puede establecer una distancia eficaz entre la lejanía y la proximidad, entre el dominio y sumisión tanto en su propia situación de pareja como en la relación de los enfermeros con sus pacientes.

Cassidy<sup>50</sup> propone para llegar a estar cómodo en la intimidad disponer de 4 necesidades: la capacidad de buscar cuidados, la capacidad de ofrecerlos, la capacidad de sentirse bien con la autonomía, la capacidad de negociar.

La capacidad para buscar cuidados, es consustancial con el sistema de apego. Cuando el corazón de lo mas secreto de uno mismo está repleto de miedo, de tristeza, de

ira o de desgracia, las personas buscan cuidados porque, de acuerdo con Bowlby<sup>46</sup>, los seres humanos están biológicamente predispuestos a la búsqueda. La intimidad permite, por tanto compartir estos sentimientos de necesidad de cuidados y protección. Desde la perspectiva del apego, el logro de la intimidad requiere de un funcionamiento adecuado del sistema de apego y del sistema de búsqueda de cuidado. Del mismo modo la intimidad en el ámbito hospitalario

Para ello, uno debe tener la posibilidad de poder expresar sentimientos y emociones del más profundo de uno mismo, lo cual requiere de la capacidad de poder establecer relaciones de intimidad.

La capacidad para ofrecer cuidados, viene determinada por la sensibilidad necesaria para percibir la situación del otro y la intención de cuidar. Según Casidy<sup>50</sup>, la razón por la que la capacidad para ofrecer cuidados es importante en la intimidad. Cuando las personas encuentran intimidad con otra son capaces de volverse hacia ella en momentos de dificultad.

Zapiaín<sup>1</sup>, desarrolló tres sistemas, el sistema de apego, el sistema de cuidados y el sistema sexual. En el sistema de cuidados, la función biológica viene determinada por la provisión de protección y soporte de otros en momentos de necesidad. El objetivo de este sistema es la reducción del malestar de los demás, fomentando el crecimiento y desarrollo. Los activadores contextuales que vamos a encontrarnos son el comportamiento de apego de los otros o señales de necesidad. La estrategia primaria es la respuesta empática, toma de perspectiva del otro y ayuda sensible y eficaz. El soporte relaciones o provisión de funcionamiento óptimo, es la disposición y capacidad para ayudar y ofrecer cuidados. Beneficios de un óptimo funcionamiento es el sentido de generatividad, amor y comunicación. Amor compasivo. Las estrategias de hiperactivación, sería la exageración de las necesidades del otro, hipervigilancia hacia el malestar del otro. Estrategias de desactivación, inhibición de ayuda empática ; menos preocupación del malestar del otro; distanciamiento de las necesidades del otro.

Félix López, propone una serie de necesidades básicas: necesidades de YO, necesidades afectivas, Necesidades sexuales, Necesidades sociales. El sistema de apego y el sistema de cuidados contribuyen a que la persona concreta sea capaz de cuidar y ser cuidado, de querer y ser querido. Es evidente que la satisfacción de esta necesidad contribuye al bienestar.<sup>51</sup>

Obviamente los profesionales del cuidado enfocan su atención en la promoción de los autocuidados de la persona.

### **3 METODOLOGÍA**

Este trabajo se fundamenta en los conocimientos y aptitudes que tiene los profesionales de enfermería a la hora de enfrentarse al abordaje del patrón sexual de sus pacientes.

No se existe evidencia en la actualidad, ni estudios previos al tema en cuestión. A nivel internacional, se han realizado estudios de casos concretos y con patologías concretas y su abordaje por parte de los enfermeros/as pero no a nivel general.

No se propone hipótesis de trabajo, al ser un estudio exploratorio.

#### **3.1 OBJETIVOS**

##### *GENERALES:*

➤ Analizar si el profesional de enfermería aborda el ámbito sexual de sus pacientes dentro del PAE.

##### *Específicos:*

- Identificar si el profesional de enfermería asume el patrón sexual de sus pacientes como una de sus competencias

- Identificar si el personal de enfermería sabe preguntar a sus pacientes el profesional de enfermería sobre el patrón sexual.

➤ Conocer la importancia que tiene para el profesional de enfermería la sexualidad del ser humano.

##### *Específicos:*

- Identificar si el profesional de enfermería tiene conocimientos sobre la sexualidad.

- Identificar que información tiene el profesional de enfermería sobre como modifica el proceso patológico la sexualidad de sus pacientes.

### 3.2 DISEÑO:

- Según el control de la variable independiente es un estudio epidemiológico, mediante encuesta, ya que se miden variables e intentar relacionarlas en un momento determinado.
- En base a la dimensión temporal, hablamos de un estudio transversal descriptivo e interpretativo mediante encuesta, ya que realizamos el estudio en un momento determinado en el tiempo.
- Según el criterio epidemiológico, el diseño es un estudio experimental puro, concretamente de un *Ensayo de intervención Comunitaria*, ya que mediante una intervención comunitaria (la información proporcionada por el personal de enfermería) se evalúa si se obtiene un efecto terapéutico.

### 3.3 MUESTRA

Se trata de un estudio de campo, ya que se utilizan 78 enfermeros/as en el ambiente sanitario, en un hospital comarcal andaluz que consta de 145 enfermeros en su totalidad, y 98 pertenecen a los diferentes servicios que se van a estudiar: cirugía, tocoginecología, traumatología, medicina interna, cardiología y digestivo durante los años 2011 y 2012.

La elección de este Hospital, se ha realizado siguiendo criterios de accesibilidad y operatividad.

El tipo de muestreo no probabilístico es Accidental o Causal ya que la muestra consta de aquellas personas del personal asistencial del hospital que quiera participar voluntariamente en la investigación y que casualmente se encuentran en el lugar decidido.

- Criterios de inclusión:

- Enfermeros/as del Hospital que por su ideología quiera realizar el test.
- Enfermeros/as que quieran abordar el patrón sexual.
- Enfermeros/as que estén en posesión del título de diplomado en enfermería.
- Enfermeros/as que se encuentren en área asistencial.

- Criterios de exclusión:

- Enfermeros/as que por su ideología no quiera realizar el test.
- Enfermeros/as que no conozca lo que es el patrón sexual.
- Enfermeros/as que por falta de tiempo no puedan realizar el test.
- Enfermeros/as que no que no pertenezcan a los servicios seleccionados para el estudio.
- Enfermeros/as que no realicen práctica asistencial.

### 3.4 INSTRUMENTOS

Los datos se recogieron directamente de las personas en estudio, es decir, son primarios. La selección de la muestra de estudio se realizó eligiendo a enfermeros/as al azar en su ámbito de trabajo, dejando que lo hiciesen dentro o fuera de su horario laboral.

Como instrumentos o soporte, utilizo registros escritos para conocer los datos más personales del personal de enfermería, como edad, abordaje del patrón sexual, utilización del PAE...

La técnica de recogida de datos para conocer los conocimientos que tienen los enfermeros del patrón sexual así como su abordaje ha sido el autoinforme, de tipo cuestionario.

Realizamos un cuestionario de “El patrón sexual enfermero”, en el que el contenido de las preguntas y de las respuestas, abarca las variables de estudio: edad, conocimientos, práctica asistencial, área de trabajo

El cuestionario consta de veinticinco ítems. Como instrumento de medida utilizo una encuesta tipo Likert que en las que se proponen una serie de premisas relacionadas con los conocimientos y abordaje del patrón sexual y en el cual tienen que valorar si estaban o no de acuerdo con ellas, del 1 al 5 correspondiendo el 1 a completamente en desacuerdo, 2 moderadamente en desacuerdo, 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 moderadamente de acuerdo, 5 completamente de acuerdo. (ANEXO I)

### 3.5 PROCEDIMIENTO

De forma informal se accede al personal de enfermería solicitando el consentimiento informado verbalmente.

Colaboran de los supervisores de los distintos servicios para acceder a los profesionales con el fin de llevar la investigación, en los cuales también se obtuvo un consentimiento verbal.

La recogida de datos la he realizado personalmente, en un periodo de tiempo de 6 meses.

### 3.6 DEFINICIÓN DE VARIABLES

*Variables independientes:*

- Edad.
- Sexo
- Servicio

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS:

El cuestionario es autoadministrado y se ha aplicado previa información a los profesionales. Los datos no tienen ningún dato de filiación que permita identificar directamente a la persona que lo realiza. Los cuestionarios quedan bajo custodia del investigador. La administración de los cuestionarios se ha realizado durante la jornada laboral, y en horario para que esta actividad no afecte ni entorpezca el funcionamiento del servicio al cual pertenecen. Yo, como investigadora, estaba con los encuestados, no supervisando sus respuestas si no de manera distendida. Con el fin de resolver dudas o aclaraciones. Además ellos van comentando el porqué de algunas de sus cuestiones y aclaraciones a ciertas respuestas.

### 3.8 PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

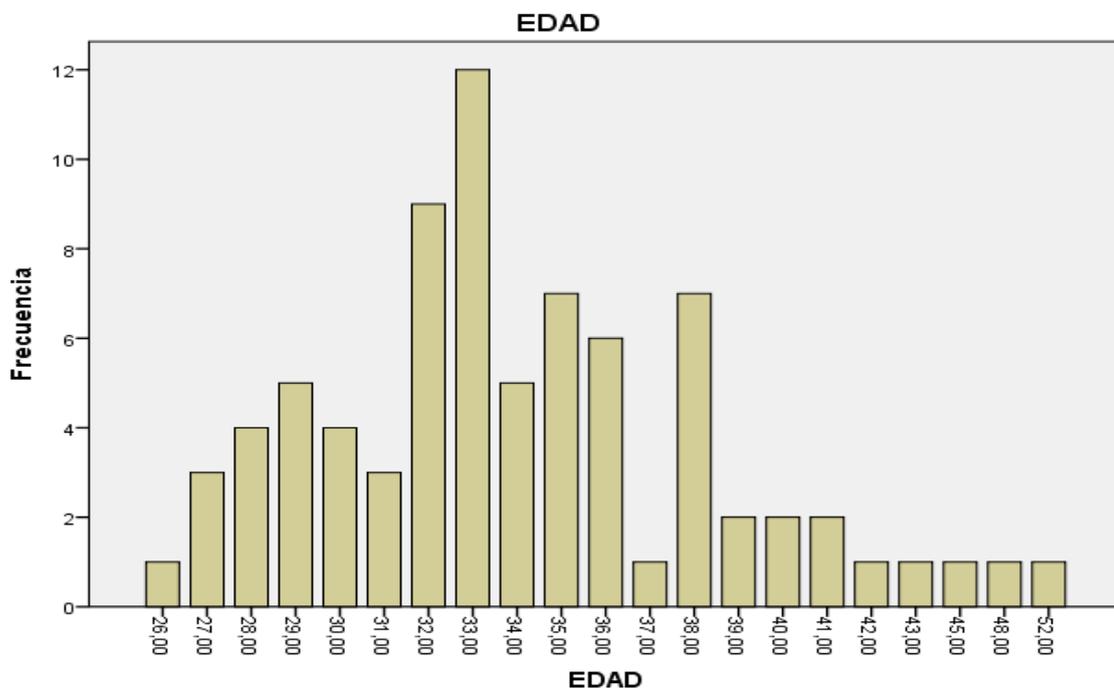
Los datos obtenidos se han analizado con el programa estadístico SPSSv.20.

## 4 ANÁLISIS DE DATOS Y RESULTADOS.

### 4.1 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

El estudio consta de 78 individuos de los cuales 14 (17,9% del total de la muestra) son hombres y 64(82,1% del total de la muestra) son mujeres.

La media de edad media es de 34 años, siendo el mínimo 26 y el máximo 52 años de edad.



Gráfica 1: Media de edad de la muestra.

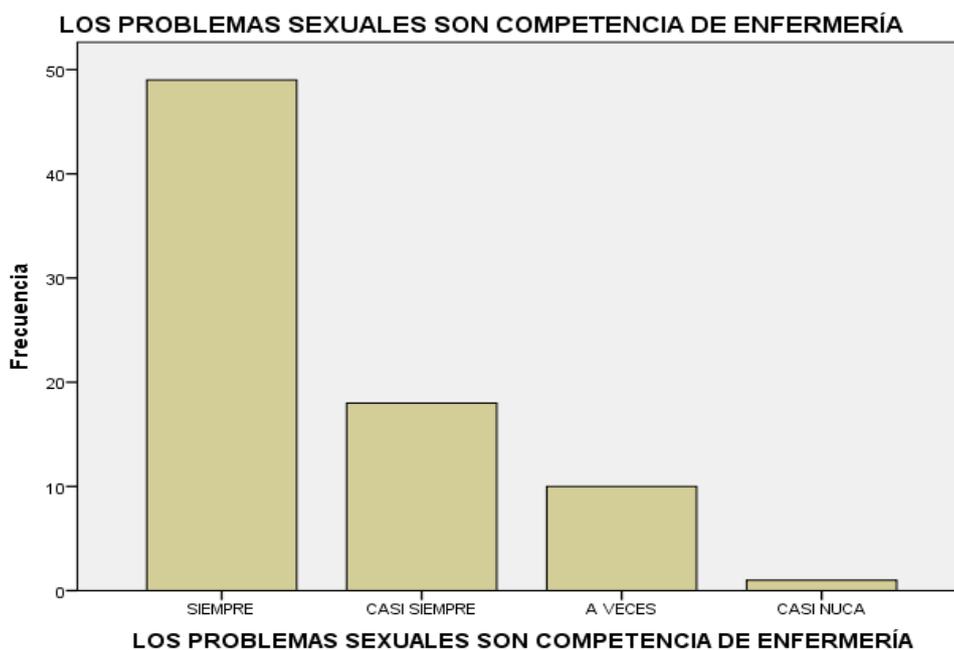
Los servicios en los cuales se divide el estudio son repartidos de la misma forma, 13 individuos para cada servicio: tocoginecología, Medicina Interna, Traumatología, Cirugía y Digestivo

## 4.2 RESULTADOS

Algunos resultados son expresados como porcentajes, aun conociendo que la muestra es inferior a 100, pero se han tenido en cuenta los objetivos previstos para este Trabajo Fin de Máster, referentes a la metodología usada, y no tanto a la validez de los resultados obtenidos.

Los resultados obtenidos respecto a la realización de la valoración inicial: el 91% de los enfermeros encuestados realiza valoración inicial de enfermería, un 7,7% la realiza casi siempre y un 1,3% nunca.

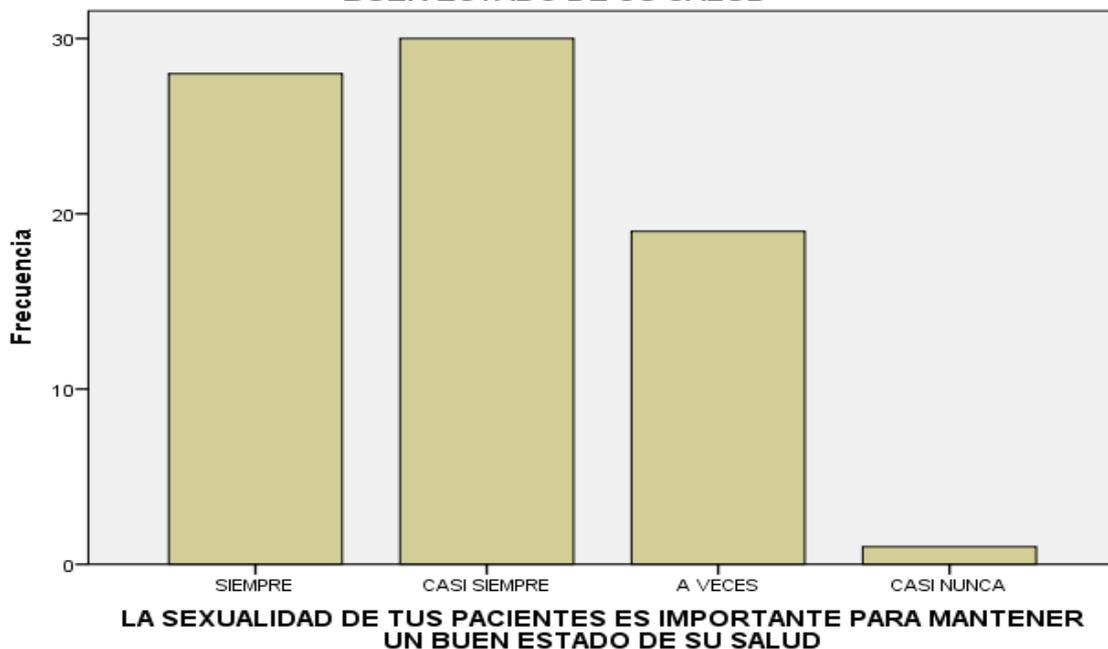
Para la cuestión, los problemas sexuales son competencia de enfermería un 62,8% respondió siempre, un 23,1% casi siempre, un 12,8 a veces y un 1,3% casi nunca. Gráfico 2.



*Gráfico 2: Porcentaje de enfermeros que piensan que los problemas sexuales con competencia de enfermería*

La sexualidad de los pacientes es importante para mantener un buen estado de salud de estos lo piensan el 35,9% de los encuestados siempre, casi siempre un 38,5%, mientras que un 24,4% lo piensan que a veces, un 1,3% casi nunca. Gráfico 3.

**LA SEXUALIDAD DE TUS PACIENTES ES IMPORTANTE PARA MANTENER UN BUEN ESTADO DE SU SALUD**



*Gráfico3: Porcentaje de encuestados que piensan que la sexualidad de los pacientes es importante para mantener un buen estado de salud*

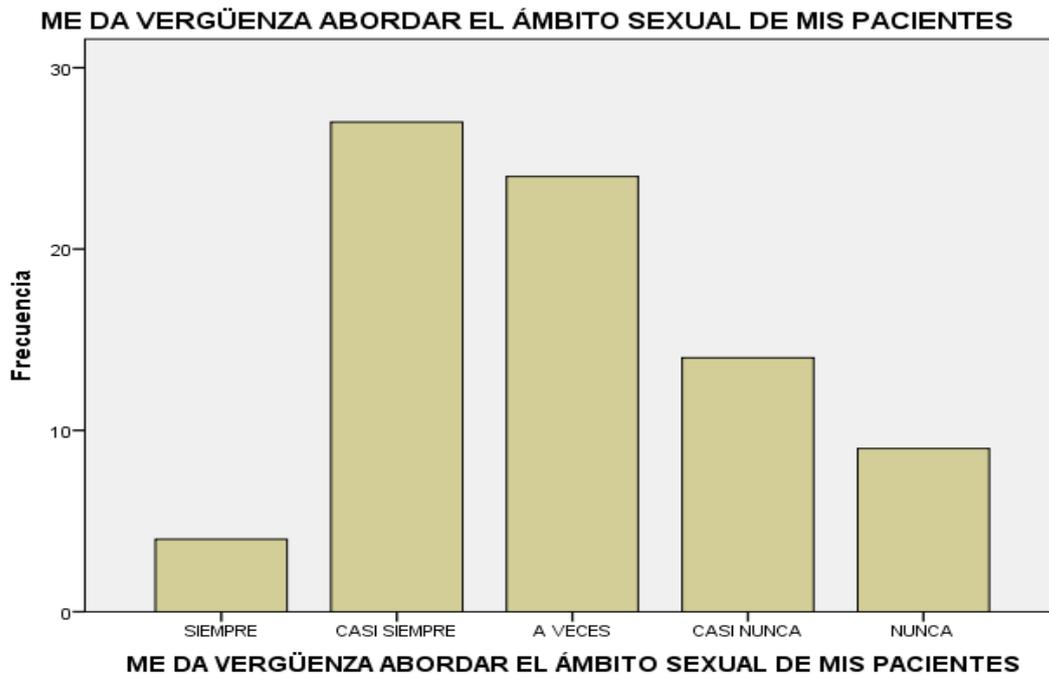
Los individuos fueron interrogados sobre abordaje del patrón sexual en su práctica asistencial el 11,5% lo realizan siempre, el 30,8% la realizan casi siempre, un 43,6% lo realiza a veces, un 7,7% lo realiza casi nunca y un 6,4% nunca.

Los datos muestran que un 42,3% de los encuestados contempla el patrón sexual siempre o casi siempre, un 41% a veces, un 16,7% lo contempla nunca o casi nunca.

En algunas patologías el patrón sexual es secundario han contestado a veces 60,3% de los encuestados.

Los enfermeros encuestados contestaron que en algunas patologías el patrón sexual es secundario un 17,9% siempre lo piensan, el 9% casi siempre, el 60,3% a veces, un 9% casi nunca y un 3,8% nunca

La vergüenza que sienten los enfermeros al abordar el ámbito sexual de sus pacientes la refleja la siguiente gráfica:



*Gráfico 4: Porcentaje de enfermeros encuestados los cuales sienten vergüenza abordar el ámbito sexual de sus pacientes.*

Los individuos fueron interrogados con respecto a saber cómo hablar a sus pacientes de su sexualidad, un 23,1% contestaron siempre, un 30% casi siempre, un 35,9% a veces y tan solo un 2,6% casi nunca.

En cuanto la utilización de los diagnósticos que implican al patrón sexual enfermero, el 1,3% lo hacía siempre, el 1,3% casi siempre, el 12,8% a veces, el 51,3% casi nunca y el 33,3% nunca.

En la cuestión los problemas sexuales el 32,1% no lo haría nunca, el 11,5% no lo haría casi nunca. EL 47,4% lo haría a veces, el 6,4% casi siempre, y el 2,6% lo harían siempre.

EL 83,3% de los encuestados, dan información sexual a sus pacientes, y el 16,7% lo hace nunca o casi nunca.

Plantear alternativas a las relaciones coitales, tan solo el 2,6% lo hacen siempre, el 6,4% casi siempre y el 15,4% a veces. Por el contrario, el 47,4% lo hacen casi nunca y el 28,2% nunca.

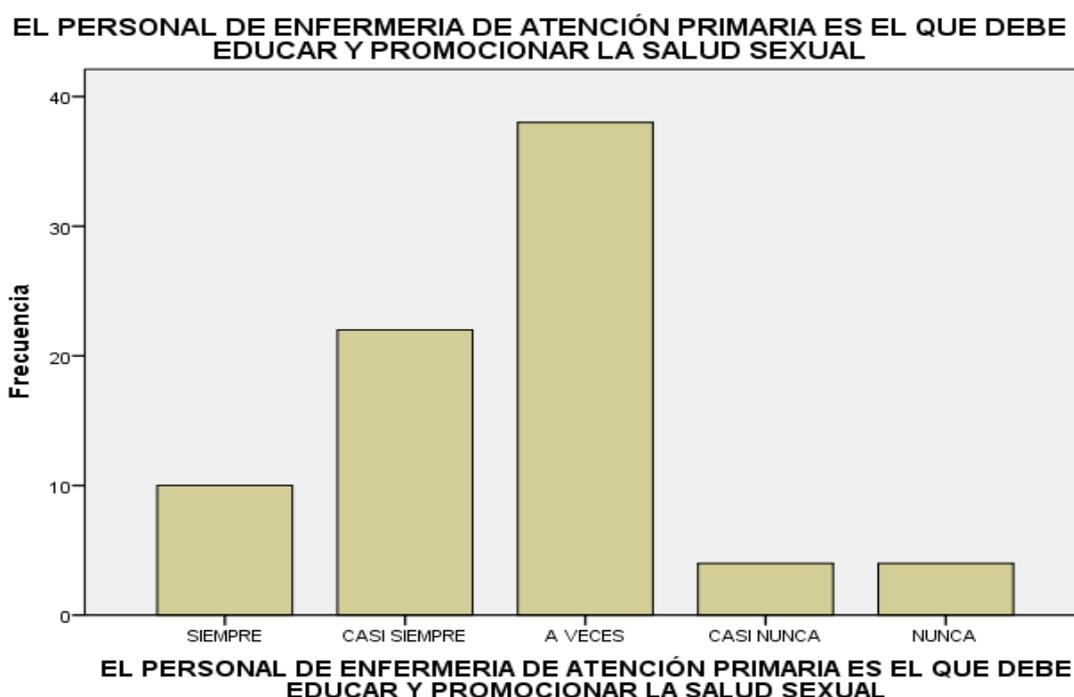
La mayoría de los encuestados piensan que es importante promocionar el contacto físico e intimidad de la pareja como terapia, como muestran los resultados obtenidos, el 71,8% lo piensan, el 17,9% casi siempre y el 10,3% a veces.

La información al alta a los pacientes sobre cuando reanudar las relaciones coitales la dan el 46,2% a veces, el 15,4% casi siempre, el 1,3% siempre, el 34,6% casi nunca y el 2,6% nunca.

Hay que tener un ambiente de intimidad a la hora de hablar de sexualidad con los pacientes lo creen importante el 85,9% siempre, y un 14,1% casi siempre.

Los datos obtenidos sobre la cuestión hay pacientes que por su edad no tienen necesidades sexuales ni afectiva revela que un 6,4% dicen que siempre, un 47,4% dicen que a veces, un 46,2% piensan que casi nunca o nunca.

La mayoría piensan que es el personal de enfermería de atención primaria el que debería educar y promocionar la salud sexual como muestran los resultados de la Gráfica 5:



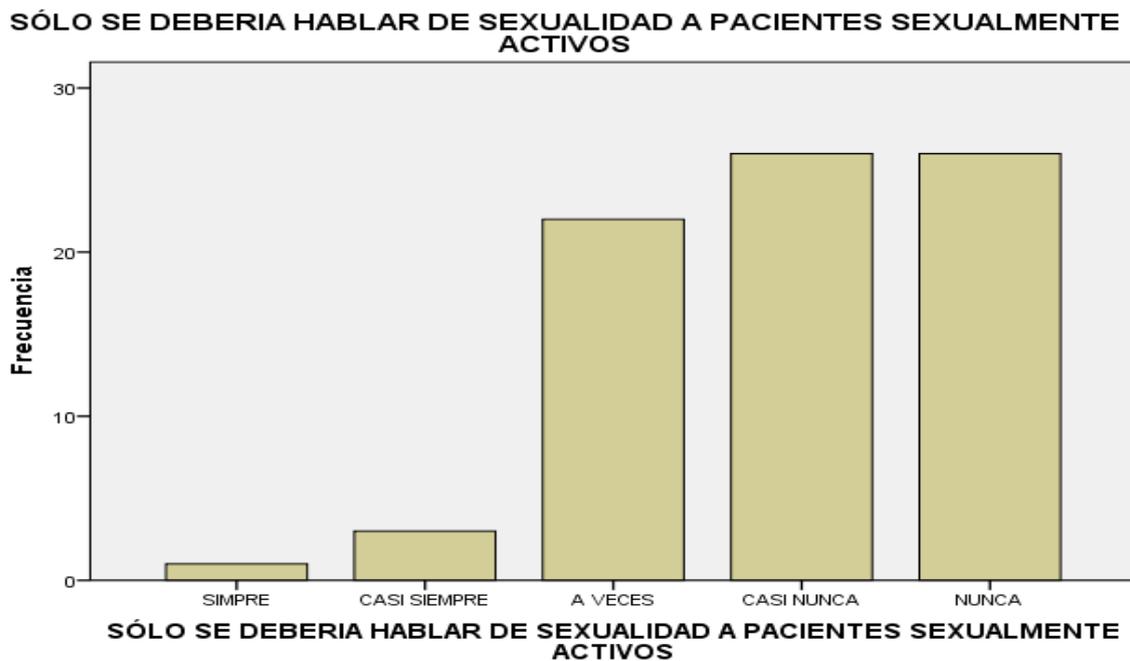
*Gráfico 5: Porcentaje de encuestados que piensa que es el personal de atención primaria el que debe abordar la educación y promoción de la salud sexual*

El patrón sexual de enfermería lo abordan centrándose en las relaciones coitales el 35,9% de los encuestados casi siempre, el 32,1% a veces el 14,1% siempre, y el 17,9% nunca o casi nunca.

La mayoría de los enfermeros piensan que deberían haber recibido más información en este campo de estudios en su carrera universitaria, el 82,1% contestaron siempre, el 10,3% casi siempre y un 7,7% a veces.

En cuanto a saber a quién deben delegar un problema de salud sexual cuando los profesionales no tienen suficientes recursos para resolverlos, el 43,6% lo saben siempre o casi siempre, el 43,6% lo saben a veces, y el 12,8% lo saben nunca o casi nunca.

La mayoría están de acuerdo que no solo hay que hablar de sexualidad a los pacientes sexualmente activos como muestra la gráfica 6.



*Gráfica 6: porcentaje de encuestados que piensan que sólo se debería hablar de sexualidad a pacientes sexualmente activos.*

Se deberían incluir en las recomendaciones de enfermería promocionando la salud sexual y plantear alternativas según los diferentes procesos de enfermedad, el 76,9% de los encuestados piensan que siempre, el 17,9% casi siempre y el 3,8% a veces y el 1,3% nunca.

La mayoría de los enfermeros piensan que la pareja, si esta está de acuerdo se debería de incluir en las intervenciones de enfermería, como reflejan los resultados, el 70,5% contestaron siempre, el 15,4% casi siempre, el 12,8% a veces, y el 1,3% casi nunca.

El 94,9% piensan que deberían de recibir formación continuada sobre las actualizaciones en salud sexual por especialistas y el 5,1% piensan que casi siempre.

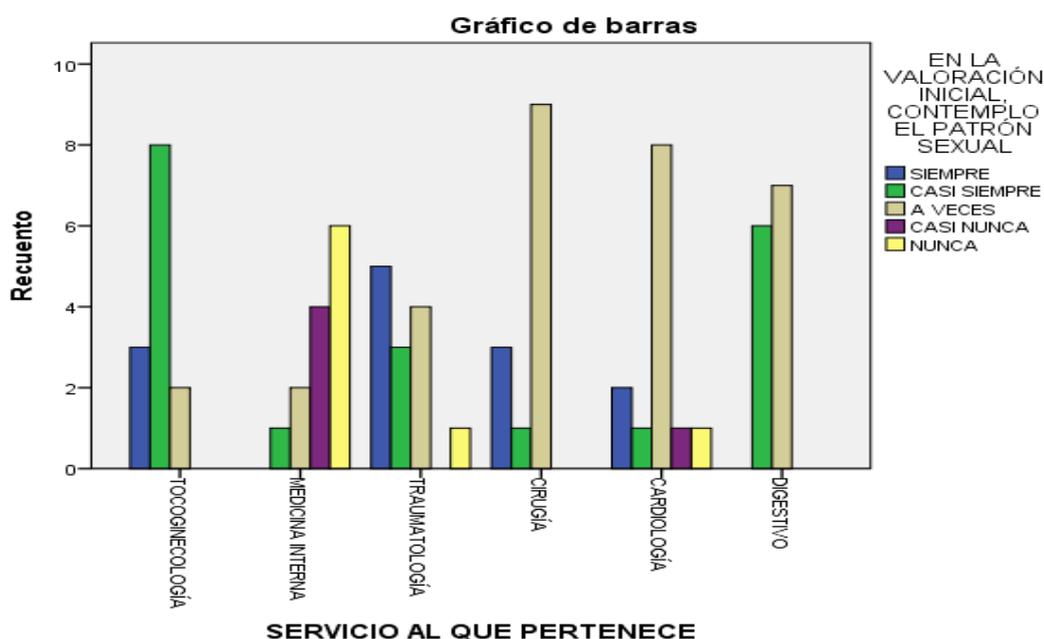
Para saber la relación de los datos obtenidos por sexo, edad y servicio y poder observar si existe significación estadística he utilizado la prueba chi-cuadrado de Pearson(  $p \leq 0,05$ )

En relación al sexo y edad *no* existen diferencias estadísticamente significativas.

Encontramos diferencias significativas a la hora de relacionar las variables con el servicio de trabajo.

El análisis de los cuestionarios del servicio al que pertenece arrojó los siguientes datos:

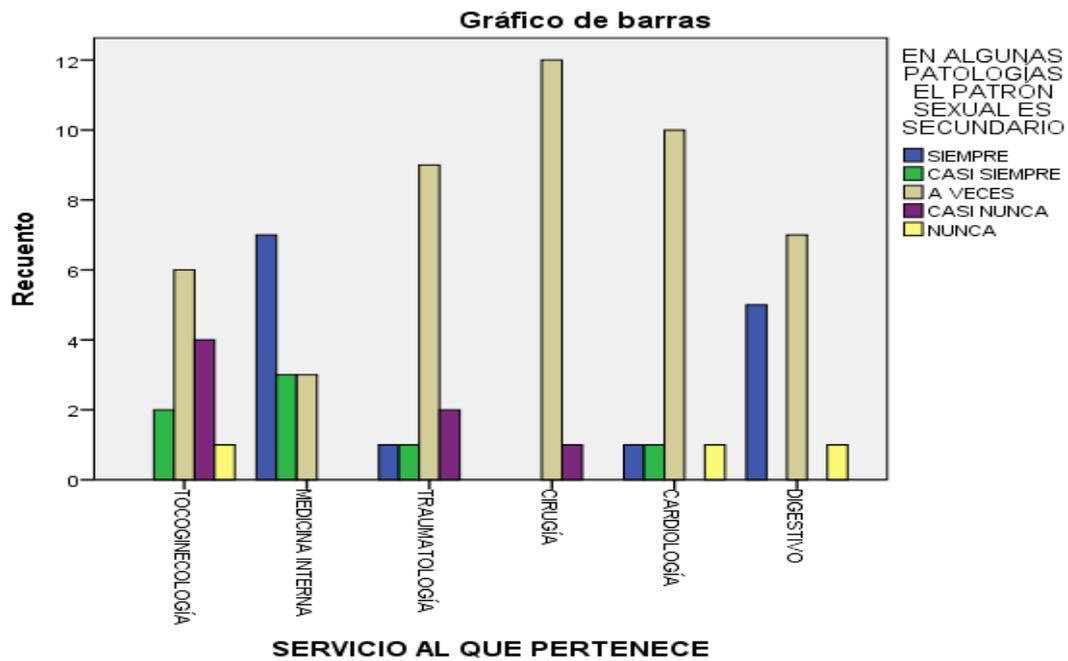
Se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en los dominios de valoración inicial y servicio al que pertenece ( $P=0,000$ )



*Gráfica 7: diferencia significativa respecto al servicio al que pertenecen los encuestados y en la valoración inicial, contemplo el patrón sexual.*

En la grafica 7 podemos observar como en los servicios de tocoginecologia y digestivo abordan el patrón sexual más frecuentemente que en los demás servicios como por ejemplo el de medicina interna donde predomina la respuesta nunca.

Al comparar las respuesta obtenidas a la cuestión en algunas patologías el patrón sexual es secundario encontramos diferencias significativas en relación al servicio al que pertenece. ( $P=0,001$ ), como muestra el gráfico 7.



*Gráfico 7: diferencia significativa respecto al servicio al que pertenecen los encuestados y en algunas patologías en patrón sexual es secundario.*

Se observa en el gráfico 7 que, aunque el predominio es a veces en todos ellos, en los profesionales del servicio de tocoginecología, el patrón sexual casi nunca es secundario, mientras que para los paciente de medicina interna y digestivo, predomina el siempre hacia esta cuestión.

Se ha realizado la comparación entre el servicio al que pertenece y la cuestión se deberían delegar los problemas sexuales a otro profesional y el resultado ha sido significativamente relevante ( $P=0,000$ ).Gráfico 8

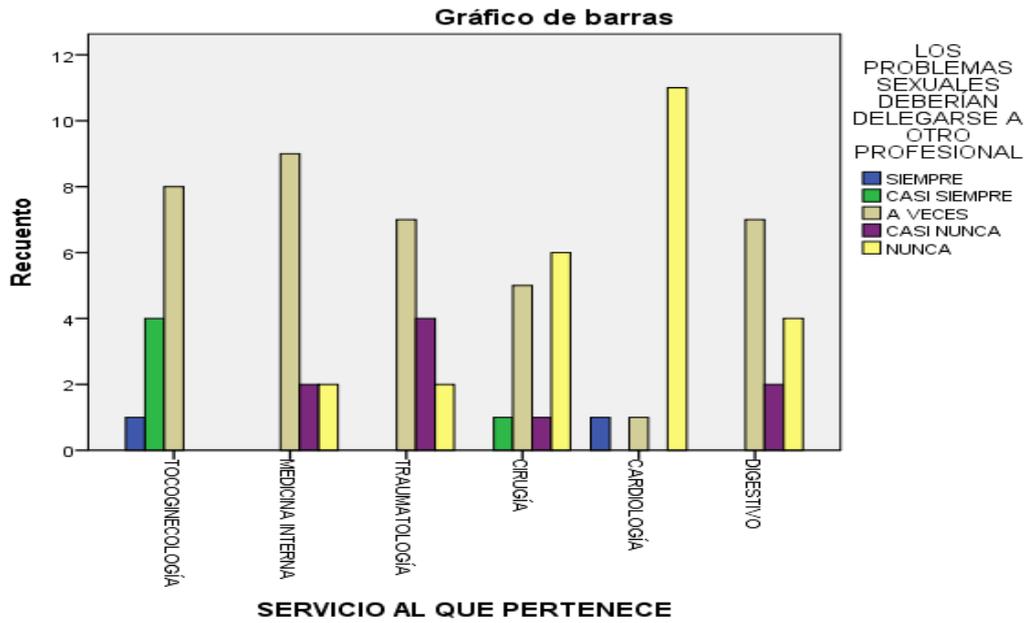
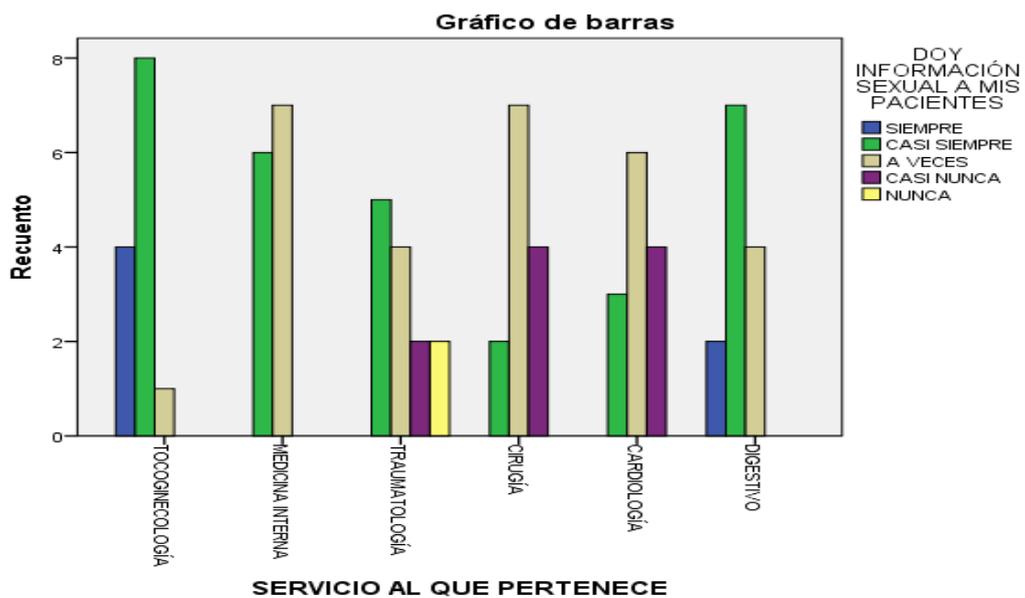


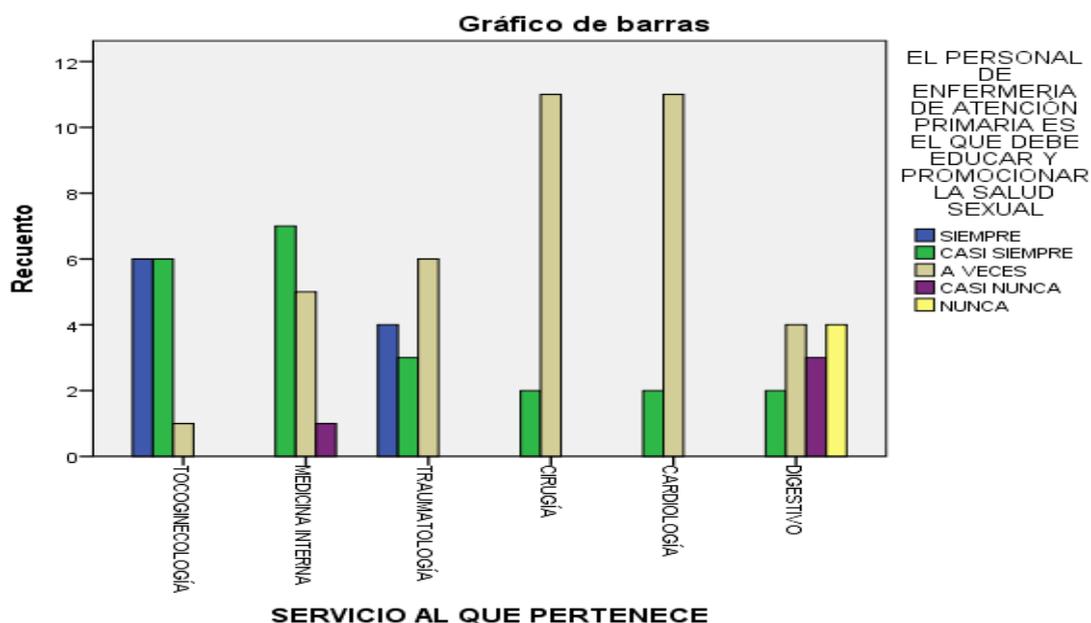
Gráfico 8: diferencia significativa entre el servicio al que pertenece y los problemas sexuales deberían delegarse a otro profesional.

Se observa que en el servicio de cardiología, digestivo y cirugía predomina la respuesta nunca debería delegarse los problemas a otros profesionales, mientras que en los servicios de tocoginecología y medicina interna predomina la respuesta a veces.



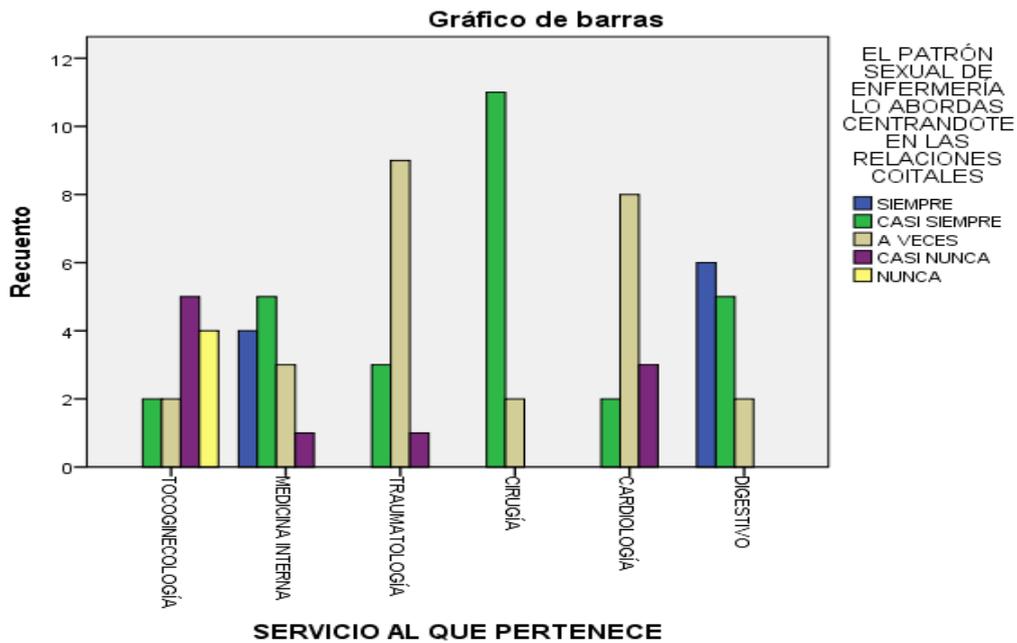
Gráfica 9: Relación y comparación entre el servicio al que pertenece y doy información sexual a mis pacientes

En cuanto a que los profesionales de atención primaria son los que deben de educar y promocionar la salud sexual, encontramos diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,000$ ) con el servicio al que pertenece. Podemos obsérvalo en el gráfico 9, el cual muestra que los profesionales de enfermería de los servicios de cirugía y cardiología prácticamente en su totalidad piensan que a veces, mientras que por el contrario el servicio de tocoginecología y traumatología piensan que siempre. Sin embargo el servicio de medicina interna piensan, en su mayoría que casi siempre



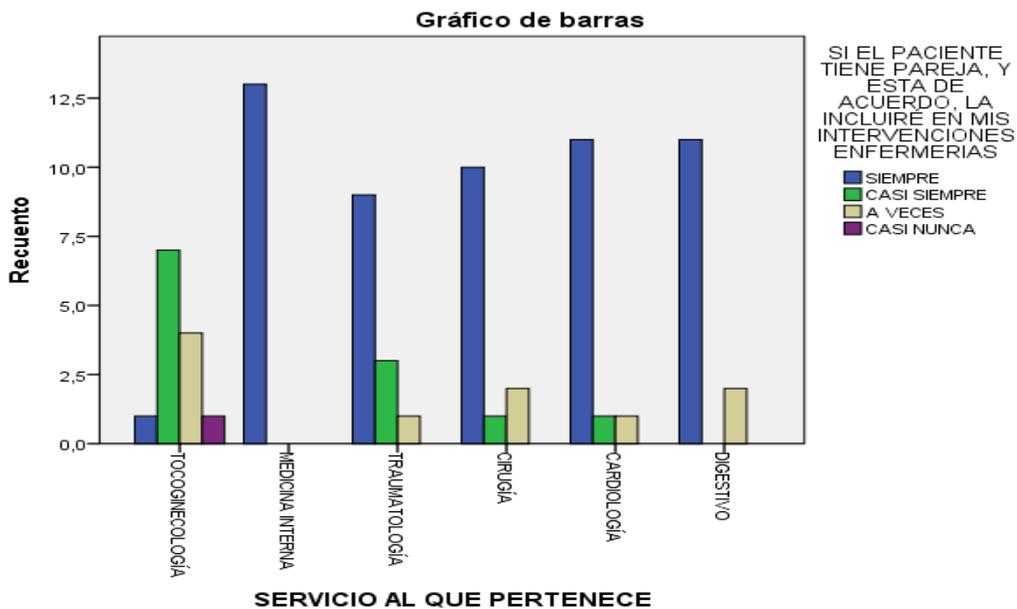
*Gráfico 9: diferencia significativa entre el servicio al que pertenece y personal que piensa que los enfermeros de atención primaria son los que deberían educar y promocionar la salud sexual*

Respecto al abordaje del patrón sexual centrándose en las relaciones coitales encontramos diferencias estadísticamente significativas respecto al servicio al cual pertenece, siendo el personal de cirugía lo hacen casi siempre, en tocoginecología predomina el casi nunca, en medicina interna y digestivo hay mas homogeneidad pero predomina el siempre, casi siempre y a veces. En el servicio de cardiología predomina el a veces y el casi nunca. Gráfica 10.



Gráfica 10: diferencias entre servicio al que pertenece y abordaje del patrón sexual centrándose en las relaciones coitales.

En la cuestión incluir a la pareja en las intervenciones enfermeras y el servicio al que pertenece encontramos diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,001$ ). El servicio tocoginecología predomina el casi siempre y en el resto de servicios predomina el siempre, como muestra la gráfica 11.



Gráfica 11: diferencias entre el servicio al que pertenece y si incluiría a la pareja en las intervenciones enfermeras.

## 5. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Para empezar, los enfermeros según muestra el estudio, están convencidos y saben que la sexualidad de sus pacientes es competencia del personal de enfermería, así como que la sexualidad es importante para mantener un correcto estado de salud.

A los que preguntaron ¿a qué profesional se podría delegar un problema sexual?, yo expliqué que si a sexólogos, médicos, psicólogos,...La mayoría estaban de acuerdo que si era problema de tratamiento deberían a derivarlos a médicos, pero que si era de cualquier otra índole lo derivarían a sexólogos en primer lugar y a psicólogos en segundo lugar.

Como se puede apreciar el abordaje del patrón sexual predomina la respuesta, a veces, ya que según me aclaran la mayoría de los encuestados, aunque aparezca dentro de la valoración estandarizada del servicio, es el estado del paciente lo que les hace dudar en si abordarlo o no.

Es importante ver el grado de vergüenza del profesional a la hora de hablar del ámbito sexual, sin embargo la mayoría saben cómo hablar a sus pacientes de sexualidad y dan información sexual. Me aclaran que si los pacientes sacan el tema, es mucho más fácil y saben contestar a la mayoría de las dudas planteadas por los usuarios.

Se observa que la mayoría de los enfermeros piensan que sólo se debería hablar de sexualidad a pacientes sexualmente activos, sin embargo no suelen hacer distinción en la edad, por lo tanto no asocian la edad del paciente con su posible actividad sexual.

Respecto al PAE la mayoría no utilizan los diagnósticos que implica el patrón sexual enfermero, porque no están contemplados dentro de los estándares de diagnósticos utilizados en su unidad.

Sin embargo, a la hora de dar recomendaciones al alta de cuando reanudar sus relaciones coitales predomina el a veces con un 46,2% y el casi nunca con un 34,6%, ya que no es un punto específico en las recomendaciones al alta estandarizadas por los servicios, la mayoría están de acuerdo en la importancia de incluirlos dentro de las recomendaciones al alta de enfermería. Aunque el paciente no lo refiera, bien por vergüenza o por falta de interés en ese momento, tarde o temprano surgirán ciertas

dudas al respecto. Las recomendaciones al alta de enfermería son de gran ayuda a los pacientes y aclaran todas las dudas venideras tras su proceso.

Como se puede observar en el estudio, la mayoría del personal respeta la afectividad que tienen sus pacientes hacia su entorno familiar y/o pareja. En las plantas de hospitalización de tocoginecología se han habilitado habitaciones individuales para fomentar el vínculo de apego y afectividad. Es representativo como la mayoría de los enfermeros estarían de acuerdo en incluir a la pareja en las intervenciones enfermeras.

Para los enfermeros hay patologías que el patrón sexual es secundario, ya que atribuyen patrón sexual, con relaciones coitales, como demuestra el estudio.

Los cuidados de enfermería son continuados y una vez dada el alta domiciliaria es el personal de atención primaria el que continúa promocionando la salud. Por el ingreso hospitalario y lo que ello supone, el personal de enfermería de atención especializada o hospitalaria, cree que es el personal de atención primaria el que debe de abordar la promoción de la salud sexual, cuando el proceso de enfermedad esté más establecido y/o el paciente empiece a redundar sus actividades de la vida cotidiana.

Los enfermeros por lo general, están de acuerdo que por su posición estratégica en el proceso de enfermedad y promoción de la salud, deben profundizar en el estudio de la sexualidad y salud sexual

El estudio revela que no hay diferencias estadísticamente significativas entre la edad y el sexo con las demás variables.

Sin embargo, existen diferencias significativas en relación a la contemplación del patrón sexual en la valoración inicial. Por el tipo de pacientes, la mayoría mujeres en edad fértil los enfermeros de tocoginecología, abordan el patrón sexual casi siempre, mientras que los enfermeros de medicina interna, donde tratan pacientes con avanzada edad obvian más el tema sexual. Los enfermeros del servicio de cirugía y cardiología en la mayoría de casos abordan la sexualidad solo a veces, y es que refieren que dependen del tipo de paciente.

En la variable, en algunas patologías el patrón sexual es secundario, los enfermeros de tocoginecología opinan que el patrón sexual no es secundario mientras que los de digestivo y medicina interna piensan que si, la sexualidad según que patologías es

secundario. Los enfermeros de tocoginecología tienen pacientes mujeres y predominan mujeres en edad fértil.

Para la cuestión, los problemas sexuales deberían delegarse a otro profesional, los enfermeros de cardiología, digestivo y cirugía, están dispuestos a abordar los problemas sexuales como competencia de enfermería, eso sí, si los pacientes lo requieren.

Para la variable, los problemas sexuales deberían delegarse a otro profesional, los enfermeros de cardiología, digestivo y cirugía, están dispuestos a abordar los problemas sexuales como competencia de enfermería, eso sí, si los pacientes lo requieren.

A la variable, doy información sexual a mis pacientes, los que menos la dan son los enfermeros de cirugía y cardiología, mientras que los enfermeros de tocoginecología, digestivo, medicina interna y traumatología si dan información sexual, cuando es requerida.

La relación servicio al que pertenece y el personal de enfermería de atención primaria es el que debe educar y promocionar la salud sexual, los enfermeros de tocoginecología, son los que más lo piensan, quizás porque sus pacientes son de corta estancia hospitalaria y precisan de cuidados continuados tras procesos como partos, cesáreas, ... así como los pacientes de medicina interna que también precisan de atención ambulatoria la mayoría. Los enfermeros de digestivo sin embargo piensan que ellos son los que deberían promocionar y educar la salud sexual.

La relación servicio al que pertenece y la variable el patrón sexual de enfermería lo abordan centrándose en las relaciones coitales, claramente los enfermeros de tocoginecología abordan mucho más que las relaciones coitales, mientras que los de medicina interna y digestivo lo hacen por el contrario en su mayoría centrándose en las relaciones coitales.

Comparando todos los autores están de acuerdo con el malestar clínico al hablar con los pacientes acerca de las preocupaciones sexuales, al igual que el estudio ha desvelado.

Estoy totalmente de acuerdo con Hughes MK y Wilmonth, en que el profesional de enfermería se encuentra en una situación de iluminar con información valiosa.

Para el paciente con pareja, Ericksen JA, y Stefan S., refieren que los profesionales de enfermería deben de dejar sus prejuicios para abordar el patrón sexual, algo que está asumido.

Casi todos los estudios previos desvelan que los pacientes suelen buscar consejos prácticos para reanudar su sexualidad. El profesional de enfermería está en la situación para dárselos.

Wilmon MC, cuando añade que los profesionales aluden el patrón sexual, no estoy de acuerdo ya que los profesionales no encuentran el momento o piensan que la patología cubre su sexualidad, le restan importancia. Sin embargo el profesional de enfermería sabe hablar de sexualidad y sabe orientar a los usuarios siempre que estos lo requieran, fomentan el apego y el amor.

Creo que como dijo Haffner, los enfermeros deberían de entrenarse más en este campo, y aumentar conocimientos para abordar unos cuidados de calidad en salud sexual con todas las técnicas que proponen. Como revela el estudio, los enfermeros creen que es importante seguir formándose en este campo.

Carpenito añade que la enfermera no tiene historia adecuada, ni tiempo para hacer una buena valoración sexual. Este es un tema controvertido, porque igual que se valora cualquier otro patrón se podría valorar este. Es cierto que los servicios hospitalarios no están sexual actualizados, es decir, ni sus valoraciones, ni sus planes de cuidados el ámbito sexual está correctamente abordado.

No creo que plantear preguntas abiertas sobre sexualidad como refiere Spaulding sea lo más correcto, pues se pueden obviar aspectos importantes. Aunque antes de bordear el tema es preferible realizar una pregunta abierta.

Lo que propone Malligner y su equipo me parece una buena línea a seguir, no abordar el patrón sexual sólo en la valoración inicial, sino seguir abordándolo según el proceso de enfermedad y/o tratamiento.

Lo que propone Sanders, realizar una valoración diferente entre hombre y mujer, me parece buena idea, pues la vivencia de la sexualidad no es igual entre hombres y mujeres. En la práctica no es productivo, pues se precisaría separar valoraciones y se deberían de tener en cuenta también diferencias según sexos en todos los patrones. En

algunos servicios como tocoginecología si que se podía adaptar pues solo tienen pacientes mujeres.

Los profesionales de enfermería están preparados y formados para hablar con sus pacientes de cualquier situación que se presente, aunque no está de más recordar que todos nuestros pacientes no son iguales y como dice Wilmonth, los enfermeros deben abordar el tema sexual con naturalidad y que surja como algo espontáneo. En la práctica, las preguntas suelen estar estandarizadas, por lo tanto, con sus ventajas y desventajas, se suelen cuestionar de igual manera que se abordan los demás patrones.

El sistema de apego y sexualidad, que propone Javier Gómez Zapiain puede justificar y validar el sistema de cuidados. Cuando propone que el apego se activa en situaciones de peligro y desvalidamiento. Esta teoría se puede extrapolar a los cuidados de enfermeros, creando estos un sistema de apego hacia sus pacientes y fomentando a su vez, y promocionando el sistema de apego entre paciente-pareja-familia, como intervención a los cuidados.

El elemento esencial para la función de cuidar es la empatía que hace posible leer adecuadamente las necesidades de los demás y obrar en consecuencia.

Gómez Zapiain afirma que la pareja debe de tener comportamientos y actitudes que permitan a la pareja llegar a la independencia gracias a dar los cuidados que uno necesita. Me parece, que no puede estar más acertado. En este caso los enfermeros, como profesionales de cuidado ayudamos con actitudes y comportamientos a que el paciente llegue a la independencia con nuestros cuidados.

Según el sistema de cuidados, las personas seguras interpretan mejor las necesidades del otro, ofrecen mayor apoyo emocional y más eficaz en situaciones de amenaza o desasosiego que las personas ansiosas o evitativas. Los profesionales de enfermería deberían de trabajar estos aspectos con talleres, charlas, coloquios para aumentar su autoestima y su reafirmación, para poder ofrecer cuidados de calidad.

Los enfermeros están expuestos continuamente a una situación de estrés por la empatía que requiere su trabajo, lo que Davis propuso como “contagio emocional”. Un buen cuidador debe de regular sus emociones.

La intimidad permite compartir sentimientos de necesidad y protección. Como la investigación desvela, para los enfermeros es prioridad, salvaguardar la intimidad de sus pacientes. Muchos de los enfermeros comentan que es difícil en una habitación del hospital, que casi siempre es compartida por otro paciente profundizar en el ámbito sexual, pues se puede sentir incómodo, la persona implicada y el acompañante de habitación. Los pacientes que plantean preguntas lo suelen hacer en voz baja y cuándo están sin los familiares cerca, por ejemplo, en el momento de curas, toma de muestras,...También es llamativo que lo suelen hacer cuando el vínculo entre el profesional y el paciente es más estrecho.

La relación sistema de cuidados, sistema de apego y sistema sexual podría ser desde el punto de vista enfermero un buen marco de referencia para entender las relaciones humanas de apego y aplicarlas a la práctica, dentro del patrón afectivo sexual. Empatizar, ayuda sensible y eficazmente, provisionar de protección y soporte de otros en momentos de necesidad,... A mi juicio, se debería de redefinir lo que los enfermeros entienden como patrón afectivo – sexual y actualizar conceptos, por ejemplo con el sistema de cuidados propuesto por Gómez Zapiain.

Félix López, añade que la satisfacción de la necesidad de ser cuidado, contribuye al bienestar. Los enfermeros, en definitiva como profesionales del cuidado, su principal objetivo es ese, lograr el bienestar de sus pacientes y su entorno.

## **6. CONCLUSIONES**

De este trabajo se desprenden las siguientes conclusiones respecto a los profesionales de enfermería:

1. Consideran esencial la sexualidad del ser humano para un correcto estado de salud.
2. Tienen conocimientos suficientes para abordar el patrón sexual de sus pacientes correctamente. Piensan que es importante seguir formándose en el campo sexológico.
3. Si son cuestionados por sus pacientes sobre preguntas de sexualidad, si que desarrollan el ámbito sexual y tienen suficientes recursos para solucionarlo. Sin embargo, si los pacientes no manifiestan dichas preocupaciones, se limitan a dar menos

información, sobretodo porque piensan que en los procesos de enfermedad o cirugía, la necesidad sexual queda enmascarada por otras necesidades más prioritarias

4. No utilizan los diagnósticos relacionados con la sexualidad. En ningunos de los diagnósticos sugeridos por los servicios estudiados existía un diagnóstico enfermero del patrón afectivo-sexual. Si que se proponen preguntas abiertas, en las cuales no se profundiza en este aspecto. Deberían de sexualizar los servicios hospitalarios, y darle al patrón afectivo sexual la importancia que merece.

5. Focalizan el patrón sexual en las relaciones coitales. Aunque si se fomenta el apego, implicando a la pareja en los procesos asistenciales.

6. La valoración de la sexualidad, ha de ser un continuo y no centrarse en la valoración inicial y dejarla en el olvido.

7. Es uno de los primeros apoyos que encuentra una persona tras un cambio importante en su vida como es un proceso de enfermedad, y de él o ella depende que se restablezca la salud lo más pronto posible. El saber del profesional de enfermería en sexología, es esencial y prioritario para prestar unos cuidados de calidad y evitar que las personas afectadas vivan con dudas y no puedan disfrutar de una correcta salud sexual.

8. Los enfermeros y las enfermeras como profesionales del cuidado, deben fomentar el apego, el amor, el contacto piel con piel, y dar alternativas a las relaciones coitales o mejorar éstas. Deben hacer entender a la población que todos estos aspectos puede ser una base sólida para la recuperación de su enfermedad y mantener la salud en todos los aspectos, incluida la salud sexual.

---

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- <sup>1</sup> Gómez Zapiain, J. (2009). *Apego y sexualidad. Desde el vínculo afectivo al deseo sexual*. Madrid: Alianza editorial.
- <sup>2</sup> Katz, A. (2005). The sounds of silence: sexuality information for cancer patients. *J Clin Oncol* , 23.
- <sup>3</sup> García Martín-Caro C, M. M. (2001). *Historia de la enfermería. Evolución Historica del cuidado enfermero*. Madrid: Elsevier.
- <sup>4</sup> [www.rae.es/http://lema.rae.es/drae/?val=cuidado](http://www.rae.es/http://lema.rae.es/drae/?val=cuidado)
- <sup>5</sup> Ram, M. T. (2007). *Modelos y teorías de enfermería*. Madrid: Elsevier.
- <sup>6</sup> Garcia Martin-Caro, M. M. (2007). *Evolución histórica del cuidado*. Madrid: Elsevier.
- DDV <sup>7</sup> Sánchez Gómez, M. B., Gómez Salgado, J. , Duarte Climents, G.(2008)Educación para la Salud. Madrid: Fundación para el Desarrollo de al Enfermería. 37-53-71.
- <sup>8</sup> Alfaro, R. (2003). *Aplicacion del proceso de Enfermería. Guia práctica*. Barcelona: 5ª ed. Masson
- <sup>9</sup> Caja López C., L. P. (1993). *Enfermería Comunitaria III*. Barcelona: Series de manuales de enfermería. Masson-Salvat.
- <sup>10</sup> Carpenito, L. (2003). *Diagnosticos de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica*. Madrid: 9ª ed. Ed. INterameriaca- McGraw Hill.
- <sup>11</sup> Arribas, A. (2006). *Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería*. Madrid: Fuden.

---

<sup>12</sup> Gordon, M. (2003). *Manual de Diagnosticos enfermeros*. Barcelona: Elsevier Mosby.

<sup>13</sup> Conesa, J. (1999). *Fundamentos de la Enfermería, Teoría y Método*. Madrid: McGraw- Hill.

<sup>14</sup> Master WH, Johnson VE. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little Brown.

<sup>15</sup> Master WH, Johnson VE. (1970). *Incompatibilidad sexual humana*. Buenos aires: Interamérica.

<sup>16</sup> Organización mundial de la Salud (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002*. Ginebra

<sup>17</sup> Bauman Z.(2001) *Posmodernidad y crisis moral y cultural. En busca de la política*. Buenos aires: F.C.E.p 149-161.

<sup>18</sup> Sanz M. (2008) *El concepto de salud sexual: perspectiva historia. El concepto de salud sexual: una perspectiva sistemática. Fundación Iavante. Formación en salud sexual. Málaga. P 3-10.*

<sup>21</sup> North American Nursing (2010). *NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011*. Barcelona: Elsevier.

<sup>22</sup> Bulechek, G. M., Butcher, Howard K., Dochterman, Joanne McCloskey (2009). *Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Barcelona: 5ªed. Elsevier.

<sup>23</sup> Moorhead, Sue, Johnson, M., Maas, Meridean L., Swanson Elisabeth. *Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC)*. Barcelona: 4ªed. Elsevier

- 
- <sup>24</sup> Huber C. (2006). Sexuality and intimacy issues facing women with breast cancer. *Onconl Nurs Forum* , 33(6): 1163-7.
- <sup>25</sup> Shell, J. A. (2011). Including Sexuality in your Nursing Practice. *Nursing Clinics of North America* , 685-696.
- <sup>26</sup> Hughes, M. (2000). Sexuality and the cancer survivor. *Cancer Nurs* , 23-82-477.
- <sup>27</sup> Feldman-Stewar D., Brundage M, Hayter C, et al (2000). What questions do patients with curable prostate cancer want answered? *Med Decis Making* , 20(1),7-19.
- <sup>28</sup> Bugeois-Law F, Lotocki R.(1999). Sexuality and gynecological cancer: a needs assessment. *J Hum Sex*, 231-40
- <sup>29</sup> Hordern A. (2000) Intimacy and sexuality for the woman with breast cancer. *Cancer Nurs*. 23(6):230-6.
- <sup>30</sup> Kneece, J.C. (2003). *Helping your mate face breast cancer. 5<sup>ed</sup>*. Columbia (SC): Educare Publishing.
- <sup>31</sup> Wilmonth, M. (2006). Life after cancer: what does sexuality have to do with it? *Oncon Nurs* , 33,353-9.
- <sup>32</sup> Haffner, D. (2004). Sexuality and scripture. *Contemporary Sexualiy* , 38(1)7-10.
- <sup>33</sup> Carpenito-Moyet, L. (2004). *Nursing diagnosis: aplication to clinical practise. 10<sup>a</sup> ed.* . Philadelphia: Lippincorr Williams and Wilkins.
- <sup>34</sup> Annon, J. (1974). *The behavi oral treatment of sexual problems*. Honolulu (HI): Enanbling Systems.
- <sup>35</sup> Mick J., Hughes M, Cohen M.(2003), Sexuality and cancer: how oncology nurses can address it BETTER. *Oncol Nurs Forum* 30(Supl.2):152-3.
- <sup>36</sup> Spaulding S. No patient assessment is complete without asking one simple question. *ONS News*. 21(9):6
- <sup>37</sup> Mallinger J.B., Griggs J.J., Shields C.G. (2005)*Patient-centered care and breast cancer survivors, satisfaction with information*. *Patient Educ Couns*; 57(3):9-342

- 
- <sup>38</sup> Sanders S., Pedro L.W., Bantum E.O., et al. (2006) Couples surviving prostate cancer: long-term intimacy needs and concerns following treatment. *Clin J Oncol Nurs*; 10(4)8-503
- <sup>39</sup> Wilmoth MC, Sanders LD. (2001)Accept me for myself: African American women's issues after breast cancer. *Oncol Nurs Forum*;28(5):875–9.
- <sup>40</sup> Haynes MA, Smedley BD. (1999)*The unequal burden of cancer: an assessment of NIH research and programs for ethnic minorities and the medically underserved*. Washington, DC:National Academy Press.
- <sup>41</sup> Morgan P.D., Forgel J., Rose L. et al.(2006) *African American women and cancer. Nursing care of women with cancer*. St. Louis . Mosby Elvier, 43-433
- <sup>42</sup> Simpson ,J.A.,Rholes, W.S. y Nelligan, S.(1992) Support seeking and support giving within couples in an anxiety – provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3,434-446
- <sup>43</sup> Collins, N.L.y Feeney, B.C. (2000): A safe haven: an attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6),1053-1073
- <sup>44</sup> Shaver , P. R., y Mikulincer, M.(2006): A Behavioral Systems Approach to Romantic Love Relationships: Attachment, Caregiving, and Sex, en R.J.Stenberg y K. Weis (eds.), *The new psychology of love*. New Haven: Yale University Press
- <sup>45</sup> Stenberg, R.J. y Weis, K. (eds).(2006): *The new psychology of love*. New Haven, CT, US: Yale University Press
- <sup>46</sup> Bowlby,J.(1973): *Attachment and Loss*. Londres: Hogart Press
- <sup>47</sup> Clulow, C. (ed). (2001): *Adult attachment and couple psychotherapy: The `secure base´in practice and research*. Filadelfia: Brunner - Routledge

---

<sup>48</sup> Carnelley, K.B.; Pietromonaco, P. R. y Jaffe, K. (1996): Attachment, caregiving and relationship functioning in couples: Effects of self and partner. *Personal Relationships*, 3(3), 257-277.

<sup>49</sup> David, M.H. (1983): Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 44(1), 113-126.

<sup>50</sup> Cassidy, J.(2001): Truth, lies and intimacy: An attachment perspective. *Attachment and human Development* 59,121-134

<sup>51</sup> López, F.(2008)*Necesidades de la infancia y en la adolescencia. Respuesta familiar, escolar y social*. Madrid: Pirámide

---

ANEXOS:

**ANEXO 1**

**ENCUESTA: “PATRON SEXUAL ENFERMERO”**

Este cuestionario es **anónimo** y su objetivo es conocer su opinión y evaluarla.

Rellene este apartado con fines estadísticos. **No tiene que escribir su nombre.**

Edad:

Sexo:                                    1. Hombre                                    2. Mujer

Área de trabajo:

- TOCOGINECOLOGÍA \_\_\_\_\_
- MEDICINA INTERNA \_\_\_\_\_
- TRAUMATOLOGÍA \_\_\_\_\_
- CIRUGIA \_\_\_\_\_
- CARDIOLOGÍA \_\_\_\_\_
- DIGESTIVO \_\_\_\_\_

A continuación le proponemos otra serie de enunciados. Debajo de cada uno de ellos aparece una escala de 5 puntos correspondiendo el punto **1= Siempre**, **2=casi siempre**, **3= a veces**, **4= casi nunca**, **5= nunca**. En cada uno de los enunciados, rodee con un círculo de la escala que mejor se ajuste a su opinión.

También encontraras cuestiones donde deberá puntuar del 1 al 5 su grado de conformidad a los enunciados, siendo el 1 completamente desacuerdo y 5 completamente de acuerdo.

1. Realizas valoración inicial al paciente en tu practica asistencial.

1	2	3	4	5
Siempre	casi siempre	a veces	casi nunca	nunca

2. El patrón sexual de tus pacientes es algo importante para mantener un buen estado de salud.

1	2	3	4	5
Siempre	casi siempre	a veces	casi nunca	nunca

---

3. Abordas el patrón sexual de tus pacientes en tu práctica asistencial.

1	2	3	4	5
Siempre	casi siempre	a veces	casi nunca	nunca

4. Respetar la afectividad que tienen tus pacientes hacia su entorno familiar y/o pareja, es esencial en la práctica asistencial.

1	2	3	4	5
Siempre	casi siempre	a veces	casi nunca	nunca

5. En la valoración inicial contemplas el patrón sexual.

1	2	3	4	5
Siempre	casi siempre	a veces	casi nunca	nunca

6. Hay patologías en las cuales el patrón sexual es secundario, no hace falta preocuparse por él.

1	2	3	4	5
Siempre	casi siempre	a veces	casi nunca	nunca

7. Te da vergüenza abordar el ámbito sexual de tus pacientes.

1	2	3	4	5
Siempre	casi siempre	a veces	casi nunca	nunca

8. Sabes cómo hablar a tus pacientes de su sexualidad.

1	2	3	4	5
Siempre	casi siempre	a veces	casi nunca	nunca

9. Los problemas sexuales son competencia de enfermería.

1	2	3	4	5
Siempre	casi siempre	a veces	casi nunca	nunca

10. Los problemas sexuales deberían delegarse a otro profesional

1	2	3	4	5
Siempre	casi siempre	a veces	casi nunca	nunca

---

11. Utilizas los diagnósticos que implican al patrón sexual alterado.

1	2	3	4	5
Siempre	casi siempre	a veces	casi nunca	nunca

12. Das información sexual a tus pacientes.

1	2	3	4	5
Siempre	casi siempre	a veces	casi nunca	nunca

13. Planteas alternativas a las relaciones coitales a tus pacientes.

1	2	3	4	5
Siempre	casi siempre	a veces	casi nunca	nunca

14. Es importante la promoción del contacto físico y la intimidad de la pareja como terapia.

1	2	3	4	5
Siempre	casi siempre	a veces	casi nunca	nunca

15. Das alguna pauta o información al alta de tus pacientes sobre cuando reanudar su relaciones coitales.

1	2	3	4	5
Siempre	casi siempre	a veces	casi nunca	nunca

16. Hay que procurar tener un ambiente de intimidad a la hora de hablar de la sexualidad de los pacientes

1	2	3	4	5
Siempre	casi siempre	a veces	casi nunca	nunca

17. Hay pacientes que por su edad, no tienen necesidades sexuales ni afectivas.

1	2	3	4	5
Siempre	casi siempre	a veces	casi nunca	nunca

---

18. El personal de enfermería comunitaria o de familia es el que debe de educar y promocionar la salud sexual.

1	2	3	4	5
Siempre	casi siempre	a veces	casi nunca	nunca

19. El patrón sexual lo abor das centrándote en las relaciones coitales.

1	2	3	4	5
Siempre	casi siempre	a veces	casi nunca	nunca

20. Deberías haber recibido más formación en este campo de estudios en tu carrera universitaria.

1	2	3	4	5
Siempre	casi siempre	a veces	casi nunca	nunca

21. Sé a quién delegar un problema de salud sexual cuando no tengo los suficientes recursos para solucionarlo

1	2	3	4	5
Siempre	casi siempre	a veces	casi nunca	nunca

22. Solo se debería hablar de sexualidad a pacientes sexualmente activos

1	2	3	4	5
Siempre	casi siempre	a veces	casi nunca	nunca

23. Se debería de incluir en las recomendaciones de enfermería la salud sexual y plantear alternativas al nuevo estado del paciente tras un proceso de enfermedad

1	2	3	4	5
Siempre	casi siempre	a veces	casi nunca	nunca

24. Si el paciente tiene pareja, y esta es de acuerdo, será incluida también en nuestras intervenciones enfermeras

1	2	3	4	5
Siempre	casi siempre	a veces	casi nunca	nunca

---

25. Los enfermer@s deberíamos recibir formación continuada sobre actualizaciones en la salud sexual por especialistas

1	2	3	4	5
Siempre	casi siempre	a veces	casi nunca	nunca

---

ANEXO 2: Resultados estadísticos SPSS

Estadísticos descriptivos.

**SEXO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos HOMBRE	14	17,9	17,9	17,9
MUJER	64	82,1	82,1	100,0
Total	78	100,0	100,0	

**SERVICIO AL QUE PERTENECE**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos TOCOGINECOLOGÍA	13	16,7	16,7	16,7
MEDICINA INTERNA	13	16,7	16,7	33,3
TRAUMATOLOGÍA	13	16,7	16,7	50,0
CIRUGÍA	13	16,7	16,7	66,7
CARDIOLOGÍA	13	16,7	16,7	83,3
DIGESTIVO	13	16,7	16,7	100,0
Total	78	100,0	100,0	

**REALIZO VALORACIÓN INICIAL AL PACIENTE EN MI PRÁCTICA ASISTENCIAL**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SIEMPRE	71	91,0	91,0	91,0
CASI SIEMPRE	6	7,7	7,7	98,7
NUNCA	1	1,3	1,3	100,0
Total	78	100,0	100,0	

**LA SEXUALIDAD DE TUS PACIENTES ES IMPORTANTE PARA MANTENER UN BUEN**

**ESTADO DE SU SALUD**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SIEMPRE	28	35,9	35,9	35,9
CASI SIEMPRE	30	38,5	38,5	74,4
A VECES	19	24,4	24,4	98,7
CASI NUNCA	1	1,3	1,3	100,0
Total	78	100,0	100,0	

**ABORDO EL PATRÓN SEXUAL DE MIS PACIENTES EN MI PRÁCTICA ASISTENCIAL**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SIEMPRE	9	11,5	11,5	11,5
CASI SIEMPRE	24	30,8	30,8	42,3
A VECES	34	43,6	43,6	85,9
CASI NUNCA	6	7,7	7,7	93,6
NUNCA	5	6,4	6,4	100,0
Total	78	100,0	100,0	

**RESPETAR LA AFECTIVIDAD QUE TIENEN MIS PACIENTES HACIA SU ENTORNO**

**FAMILIAR Y/O PAREJA, ES ESENCIAL EN MI PRÁCTICA ASISTENCIAL**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SIEMPRE	65	83,3	83,3	83,3
CASI SIEMPRE	12	15,4	15,4	98,7
A VECES	1	1,3	1,3	100,0
Total	78	100,0	100,0	

**EN LA VALORACIÓN INICIAL, CONTEMPLO EL PATRÓN SEXUAL**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
SIEMPRE	13	16,7	16,7	16,7
CASI SIEMPRE	20	25,6	25,6	42,3
A VECES	32	41,0	41,0	83,3
CASI NUNCA	5	6,4	6,4	89,7
NUNCA	8	10,3	10,3	100,0
Total	78	100,0	100,0	

**EN ALGUNAS PATOLOGÍAS EL PATRÓN SEXUAL ES SECUNDARIO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
SIEMPRE	14	17,9	17,9	17,9
CASI SIEMPRE	7	9,0	9,0	26,9
A VECES	47	60,3	60,3	87,2
CASI NUNCA	7	9,0	9,0	96,2
NUNCA	3	3,8	3,8	100,0
Total	78	100,0	100,0	

**ME DA VERGÜENZA ABORDAR EL ÁMBITO SEXUAL DE MIS PACIENTES**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
SIEMPRE	4	5,1	5,1	5,1
CASI SIEMPRE	27	34,6	34,6	39,7
A VECES	24	30,8	30,8	70,5
CASI NUNCA	14	17,9	17,9	88,5
NUNCA	9	11,5	11,5	100,0
Total	78	100,0	100,0	

**SÉ CÓMO HABLAR A MIS PACIENTES DE SU SEXUALIDAD**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
SIEMPRE	18	23,1	23,1	23,1
CASI SIEMPRE	30	38,5	38,5	61,5
A VECES	28	35,9	35,9	97,4
CASI NUNCA	2	2,6	2,6	100,0
Total	78	100,0	100,0	

**LOS PROBLEMAS SEXUALES SON COMPETENCIA DE ENFERMERÍA**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
SIEMPRE	49	62,8	62,8	62,8
CASI SIEMPRE	18	23,1	23,1	85,9
A VECES	10	12,8	12,8	98,7
CASI NUCA	1	1,3	1,3	100,0
Total	78	100,0	100,0	

**LOS PROBLEMAS SEXUALES DEBERÍAN DELEGARSE A OTRO PROFESIONAL**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
SIEMPRE	2	2,6	2,6	2,6
CASI SIEMPRE	5	6,4	6,4	9,0
A VECES	37	47,4	47,4	56,4
CASI NUNCA	9	11,5	11,5	67,9
NUNCA	25	32,1	32,1	100,0
Total	78	100,0	100,0	

**UTILIZO LOS DIAGNÓSTICOS QUE IMPLICAN AL PATRÓN SEXUAL ENFERMERO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
SIEMPRE	1	1,3	1,3	1,3
CASI SIEMPRE	1	1,3	1,3	2,6
A VECES	10	12,8	12,8	15,4
CASI NUNCA	40	51,3	51,3	66,7
NUNCA	26	33,3	33,3	100,0
Total	78	100,0	100,0	

**DOY INFORMACIÓN SEXUAL A MIS PACIENTES**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
SIEMPRE	6	7,7	7,7	7,7
CASI SIEMPRE	31	39,7	39,7	47,4
A VECES	28	35,9	35,9	83,3
CASI NUNCA	10	12,8	12,8	96,2
NUNCA	2	2,6	2,6	98,7
Total	78	100,0	100,0	

**PLANTEO ALTERNATIVAS A LAS RELACIONES COITALES**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
SIEMPRE	2	2,6	2,6	2,6
CASI SIEMPRE	5	6,4	6,4	9,0
A VECES	12	15,4	15,4	24,4
CASI NUNCA	37	47,4	47,4	71,8
NUNCA	22	28,2	28,2	100,0
Total	78	100,0	100,0	

---

**ES IMPORTANTE PROMOCIONAR EL CONTACTO FÍSICO E INTIMIDAD DE LA PAREJA**

**COMO TERAPIA**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SIEMPRE	56	71,8	71,8
	CASI SIEMPRE	14	17,9	89,7
	A VECES	8	10,3	100,0
	Total	78	100,0	100,0

**DOY INFORMACIÓON AL ALTA A MIS PACIENTES SOBRE CUANDO REAUNADAR**

**SUS RELACIONES COITALES**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SIEMPRE	1	1,3	1,3
	CASI NUNCA	12	15,4	16,7
	A VECES	36	46,2	62,8
	CASI NUNCA	27	34,6	97,4
	NUNCA	2	2,6	100,0
	Total	78	100,0	100,0

**HAY QUE TENER UN AMBIENTE DE INTIMIDAD A LA HORA DE HABLAR DE**

**SEXUALIDAD DE LOS PACIENTES**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SIEMPRE	67	85,9	85,9
	CASI SIEMPRE	11	14,1	100,0
	Total	78	100,0	100,0

**HAY PACIENTES QUE POR SU EDAD NO TIENEN NECESIDADES SEXUALES NI**

**AFECTICAS**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
CASI SIEMPRE	5	6,4	6,4	6,4
A VECES	37	47,4	47,4	53,8
Válidos CASI NUNCA	18	23,1	23,1	76,9
NUNCA	18	23,1	23,1	100,0
Total	78	100,0	100,0	

**EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE ATENCIÓN PRIMARIA ES EL QUE DEBE EDUCAR  
Y PROMOCIONAR LA SALUD SEXUAL**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SIEMPRE	10	12,8	12,8	12,8
CASI SIEMPRE	22	28,2	28,2	41,0
A VECES	38	48,7	48,7	89,7
Válidos CASI NUNCA	4	5,1	5,1	94,9
NUNCA	4	5,1	5,1	100,0
Total	78	100,0	100,0	

**EL PATRÓN SEXUAL DE ENFERMERÍA LO ABORDAS CENTRANDOTE EN LAS  
RELACIONES COITALES**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SIEMPRE	10	12,8	12,8	14,1
CASI SIEMPRE	28	35,9	35,9	50,0
Válidos A VECES	25	32,1	32,1	82,1
CASI NUNCA	10	12,8	12,8	94,9
NUNCA	4	5,1	5,1	100,0
Total	78	100,0	100,0	

**DEBERÍAS HABER RECIBIDO MÁS INFORMACIÓN EN ESTE CAMPO DE ESTUDIOS EN  
TU CARRERA UNIVERSITARIA**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SIEMPRE	64	82,1	82,1	82,1
Válidos CASI SIEMPRE	8	10,3	10,3	92,3
Válidos A VECES	6	7,7	7,7	100,0
Total	78	100,0	100,0	

**SÉ A QUIEN DEBO DELEGAR UN PROBLEMA DE SALUD SEXUAL CUANDO NO TENGO  
SUFICIENTES RECURSOS PARA RESOLVERLO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SIEMPRE	7	9,0	9,0	9,0
Válidos CASI SIEMPRE	27	34,6	34,6	43,6
Válidos A VECES	34	43,6	43,6	87,2
Válidos CASI NUNCA	9	11,5	11,5	98,7
Válidos NUNCA	1	1,3	1,3	100,0
Total	78	100,0	100,0	

**SÓLO SE DEBERIA HABLAR DE SEXUALIDAD A PACIENTES SEXUALMENTE ACTIVOS**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SIMPRE	1	1,3	1,3	1,3
Válidos CASI SIEMPRE	3	3,8	3,8	5,1
Válidos A VECES	22	28,2	28,2	33,3
Válidos CASI NUNCA	26	33,3	33,3	66,7
Válidos NUNCA	26	33,3	33,3	100,0
Total	78	100,0	100,0	

**SE DEBERIAN DE INCLUIR EN LAS RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA  
PROMOCIONANDO LA SALUD SEXUAL Y PLANTEANDO ALTERNATIVAS SEGÚN LOS  
DIFERENTES PROCESOS DE ENFERMEDAD**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SIEMPRE	60	76,9	76,9	76,9
CASI SIEMPRE	14	17,9	17,9	94,9
A VECES	3	3,8	3,8	98,7
NUNCA	1	1,3	1,3	100,0
Total	78	100,0	100,0	

**SI EL PACIENTE TIENE PAREJA, Y ESTA DE ACUERDO, LA INCLUIRÉ EN MIS  
INTERVENCIONES ENFERMERIAS**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SIEMPRE	55	70,5	70,5	70,5
CASI SIEMPRE	12	15,4	15,4	85,9
A VECES	10	12,8	12,8	98,7
CASI NUNCA	1	1,3	1,3	100,0
Total	78	100,0	100,0	

**LOS ENFERMEROS DEBERIAMOS RECIBIR FORMACIÓN CONTINUADA SOBRE LAS  
ACTUALIZACIONES EN LA SALUD SEXUAL POR ESPECIALISTAS**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos SIEMPRE	74	94,9	94,9	94,9
CASI SIEMPRE	4	5,1	5,1	100,0
Total	78	100,0	100,0	

---

Diferencias estadísticamente significativas:

### **SERVICIO AL QUE PERTENECE \* EN LA VALORACIÓN INICIAL, CONTEMPLA EL PATRÓN SEXUAL**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	67,067 <sup>a</sup>	20	,000
Razón de verosimilitudes	64,529	20	,000
Asociación lineal por lineal	,041	1	,839
N de casos válidos	78		

a. 24 casillas (80,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,83.

### **SERVICIO AL QUE PERTENECE \* EN ALGUNAS PATOLOGÍAS EL PATRÓN SEXUAL ES SECUNDARIO**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44,918 <sup>a</sup>	20	,001
Razón de verosimilitudes	49,769	20	,000
Asociación lineal por lineal	,112	1	,738
N de casos válidos	78		

a. 24 casillas (80,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,50.

**SERVICIO AL QUE PERTENECE \* LOS PROBLEMAS SEXUALES DEBERÍAN DELEGARSE A OTRO PROFESIONAL**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	52,128 <sup>a</sup>	20	,000
Razón de verosimilitudes	54,963	20	,000
Asociación lineal por lineal	14,935	1	,000
N de casos válidos	78		

a. 24 casillas (80,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,33.

**SERVICIO AL QUE PERTENECE \* DOY INFORMACIÓN SEXUAL A MIS PACIENTES**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	52,079 <sup>a</sup>	25	,001
Razón de verosimilitudes	52,409	25	,001
Asociación lineal por lineal	,021	1	,885
N de casos válidos	78		

a. 30 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,17.

**SERVICIO AL QUE PERTENECE \* EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE ATENCIÓN PRIMARIA ES EL QUE DEBE EDUCAR Y PROMOCIONAR LA SALUD SEXUAL**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	71,635 <sup>a</sup>	20	,000
Razón de verosimilitudes	66,940	20	,000
Asociación lineal por lineal	29,224	1	,000
N de casos válidos	78		

a. 24 casillas (80,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,67.

**SERVICIO AL QUE PERTENECE \* EL PATRÓN SEXUAL DE ENFERMERÍA LO ABORDAS CENTRANDOTE EN LAS RELACIONES COITALES**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	84,206 <sup>a</sup>	25	,000
Razón de verosimilitudes	77,179	25	,000
Asociación lineal por lineal	8,577	1	,003
N de casos válidos	78		

a. 36 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,17.

**SERVICIO AL QUE PERTENECE \* SI EL PACIENTE TIENE PAREJA, Y ESTA DE ACUERDO, LA INCLUIRÉ EN MIS INTERVENCIONES ENFERMERIAS**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,291 <sup>a</sup>	15	,001
Razón de verosimilitudes	41,286	15	,000
Asociación lineal por lineal	6,951	1	,008
N de casos válidos	78		

a. 18 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,17.