

**EN 8 MINUTOS: LO QUE DA DE SÍ HABLAR DE SEXUALIDAD EN LA CONSULTA DE MEDICINA Y ENFERMERÍA DE FAMILIA.**

***Júlia Ojuel Solsona.***

*Médica de familia (Badalona). Xarxa de dones per la salut*

**Para empezar...sobre la legitimidad y pertinencia de hablar de sexo en las consultas de AP**

Cuando alguien viene a una consulta de medicina o enfermería de atención primaria...le preguntamos de todo! En las actividades preventivas y de seguimiento solemos ser muy intervencionistas, no solo a nivel de técnicas (vacunaciones, ECG, analíticas), sino, sobre todo, a nivel verbal. Con las entrevistas de motivación para el cambio, pretendemos cambiar dinámicas personales y familiares, amenazamos con la más horrible de las muertes si no nos hacen caso en los cambios de estilo de vida, organizamos las horas de ocio, cambiamos menús y hábitos de descanso, en resumen, intervenimos.

Sin embargo, al preguntar sobre relaciones emocionales, roles personales y en la familia, identidad de género o aspectos de la vida sexual parece que se entra en el terreno de lo íntimo, de lo intocable, de lo personal, donde se supone que cada persona y cada pareja sabe (o debe saber) gestionarse. Nos cuesta muy poco preguntar detalles sobre cómo prepara la comida, sobre el color y textura de las deposiciones, documentamos cada cigarro que se fuma y, en cambio, podemos considerar que es demasiado íntimo preguntar a una persona en la consulta si no tiene pareja, o si tiene una o varias, si tiene una relación cálida y cercana con las personas que quiere, si es feliz, si sus relaciones sexuales son satisfactorias, si se identifica como hombre, como mujer o como trans, si se masturba o si una enfermedad que padece le influye en su actividad o satisfacción sexual.

La excusa para no preguntar suele ser que 'la afectividad y la sexualidad son cosas muy personales'. En realidad a mi me parece que es consecuencia de la represión interiorizada y del miedo a no saber gestionar las respuestas que podamos recibir. El discurso de la represión está cargado de tópicos para evitar profundizar demasiado. Mucho ensayo clínico y mucha medicina basada en la evidencia y luego resulta que nos lo creemos todo y no cuestionamos lo que dicen estos tópicos, mayoritariamente patriarcales y cargados de sexismo y edadismo. En muchas consultas se da por supuesto, por ejemplo, que todo el mundo está en una relación de pareja heterosexual y monógama, que ellos son siempre los que tienen que insistir, que a partir de una edad lo normal y deseable es dejar de tener vida sexual, que en la menopausia 'se pierden las ganas', que los hombres son de marte y las mujeres son de venus, que cuando se tiene un ictus a los 70 años normalizar la vida quiere

decir ser capaz de hacer la comida, que sobre qué hacer con el sexo se nace sabida y sabido y si no, te lo enseña la vida.

Llama la atención que nos incomode tanto y dediquemos tan poco esfuerzo a conocer aspectos de relación, de roles de género y de aspectos afectivos y sexuales, cuando es una información que puede ser muy valiosa clínicamente. Conocer la identificación de cada paciente con los géneros y los roles es importante porque nos va a dar muchas posibilidades de intervención clínica, ya que, igual que incentivamos el cambio por unos estilos de vida saludables, podemos incentivar el cambio de patrones de conducta mostrando que la feminidad y la masculinidad tradicional tiene sus costes en términos de salud y en términos de felicidad sexual.

Una de las dudas que existen es si conviene incorporar preguntas explícitas en la anamnesis inicial sobre la sexualidad. Podemos abrir puertas y encontrar demandas que no sabremos gestionar. Quizás, más que una intervención, lo deseable es dejar la puerta abierta para hablar de sexualidad, sobre todo en situaciones de sospecha de fragilidad: transgresiones de género, sospecha de abusos sexuales en la infancia o distimias de origen poco claro-

Está claro que un centro de atención primaria no es una consulta de sexología y que la mayoría de conflictos sexuales graves deberán seguir un tratamiento especializado, pero en la atención primaria, tenemos tres fortalezas. La primera es que sabemos mucho de las personas que vienen a la consulta y de su entorno además de los aspectos médicos, llevamos hasta tres o cuatro generaciones de una familia, llevamos parejas, ex-parejas, conocemos su situación laboral y entramos en sus casas. La segunda consiste en el conocimiento mutuo y la autorización desde donde que se puede plantear una conversación en un clima de confianza. Finalmente está la accesibilidad, podemos tener solo 8 minutos, pero podemos tenerlos muchas veces, podemos poner citas programadas y dejar temas pendientes que pueden ser retomados después de unos días de reflexión. Por estos motivos, considero que es legítimo y pertinente hablar de sexualidad en la consulta, sobre todo, porque si no lo hacemos nosotras no lo hará nadie. A continuación presentaré los aspectos mínimos que se pueden y deben cubrir.

### **Hablar de sexualidad para conocer y para informar**

Caso: La Sra M, de 33 años, consulta por una virasis. Aprovechamos para hacer el PAPPs. Al preguntar sobre anticoncepción dice que 'usan preservativo'. El DIU le provocaba sangrados y los ACO migrañas. Investigando el uso correcto, explica que su esposo, últimamente, se niega a usar el condón cuando hacen penetración. Explica que es aparejador, tenía una buena empresa pero ha tenido que cerrar, que nunca había colaborado en casa, aunque trabajaran los dos desde el principio de su matrimonio y que ahora, que está en casa sigue sin hacerlo. Nunca había facilitado el uso del preservativo, pero tampoco se había negado. Sin embargo últimamente recibía negativas tajantes y realizaba todo tipo de presiones para mantener las relaciones sexuales con penetración sin seguridad anticonceptiva. Este tema a

ella le angustiaba y temía un embarazo que en aquel momento no deseaba, 'cada mes estoy pendiente y sólo respiro tranquila cuando me viene la regla'. Había probado a negarse a las relaciones sexuales, pero esto no hacía más que empeorar su humor su y alterar su relación. Ella ha dejado de disfrutar de las relaciones sexuales.

A veces, nos limitamos a hablar de sexualidad en el momento de responder ante la demanda de un método anticonceptivo en mujeres jóvenes. Pero, a estas alturas, ofrecer información debe ir más allá del consejo anticonceptivo. Puede ser una vía de entrada lícita y práctica, pero no se debe quedar aquí, y no se debe limitar a mujeres jóvenes, sirve también para hombres y, en general para todas las personas que están en riesgo de tener un embarazo no deseado. La sensación que tengo es que cuando la anticoncepción es un problema, conviene empezar a 'picar piedra' para ver que hay detrás. Cuando tenemos una demanda de anticoncepción de emergencia, no podemos limitarnos a dar la pastilla y reñir, debemos conocer que hay detrás de una relación no protegida. Como comenta Enriqueta Barranco en un vídeo colgado hace poco en la web de la Coordinadora Feminista: 'Cuando dejemos de pensar en la sexualidad bajo el modelo coitocéntrico, entonces podremos decir que hemos desvinculado sexualidad y reproducción'

<http://www.feministas.org/spip.php?article448>

Mientras tanto...desde la pregunta '¿necesitas información sobre métodos anticonceptivos?' tenemos una vía privilegiada para hablar del modelo de relación, del peso de los roles, de los mitos del amor romántico y de la corresponsabilidad en la pareja. Es importante indagar en la interiorización de la feminidad y la masculinidad tradicional y en las creencias íntimas de 'como debe comportarse' cada persona según su género social. Desde el campo de la salud se puede facilitar la construcción de masculinidades y feminidades alternativas, porque las tradicionales, además de socialmente injustas, se han mostrado como 'poco saludables'. Dicho en palabras de gerencia, cuestionar roles mejora la calidad y la equidad de la asistencia sanitaria.

Caso: Viene la Sra Z a la consulta. Tiene 71 años y le practicaron una histerectomía subtotal, conservando cérvix hace 30 años por hemorragias. Le acaban de diagnosticar de carcinoma de cérvix y está pendiente de estudio de extensión. Comentamos que como mínimo habrá que extirpar cérvix, tercio distal de la vagina y anexos. Alguna vez habíamos hablado de sexualidad en la consulta, y me comenta: 'No me importa que me dejen corta la vagina porque hace años que no tengo penetración, pero si me quitan los ovarios no podré volver a tener orgasmos'. Me comenta que se masturba ocasionalmente con estimulación de los pechos y con una almohada entre las piernas. Hablamos de la función del clítoris y los ovarios. 'Yo pensaba que, como no era de las que me tocaba en clítoris, ni me metía nada, como otras amigas, los orgasmos me venían de los ovarios'.

Uno de los aspectos más interesantes es considerar que la sexualidad forma parte de la vida de las personas, y que igual que informamos del tiempo de baja después de una intervención, o que una medicación puede dar mareos, debemos informar sobre las consecuencias de una enfermedad o de una intervención sobre la vida sexual. Lo cierto es

que, como mucho, hablamos a los hombres jóvenes de la posibilidad que tienen algunos fármacos (sobre todo antihipertensivos y para la hipertrofia prostática) de provocar disfunción eréctil y, muchas veces lo hacemos sólo si lo preguntan al aparecer los efectos. Al informar sobre los efectos sexuales, empezamos el trabajo de normalización, que las y los pacientes sepan que están en una consulta donde la vida sexual se considera un aspecto que merece ser nombrado como el resto de cosas que hacemos en la vida.

### **Hablar de sexualidad para legitimar y permitir**

Caso: Viene El Sr. P a la consulta, tiene 70 años y es el cuidador principal de su esposa que padece un Alzheimer evolucionado. Consulta por disfunción eréctil, no llega a aclararme si tiene una relación a utiliza la prostitución. Interrogando, insiste varias veces en que 'mi mujer no es la persona que yo conocí, es como si aquella persona ya no estuviera'. Comentamos que es normal que inicie nuevas relaciones y quedamos que buscaría algún remedio natural en la herboristería. A las dos semanas volvió con el tema solucionado. Pedía permiso.

En la consulta debemos legitimar tanto las preguntas como las demandas, aceptar las dudas sobre cuestiones sexuales evitando signos de rechazo que puedan frenar la expresión de las inquietudes. No siempre tendremos respuestas para lo que nos plantean, pero solo el hecho de validar un espacio de escucha y legitimar las preguntas, puede ser de por sí terapéutico y permite una buena base para seguir con el trabajo clínico. Permite frenar la ansiedad de la persona que las manifiesta y también de la profesional que la recibe, porque pasa a transformar una situación difícil en una situación habitual.

Cuando las personas construimos nuestro bagaje emocional y sexual recibimos básicamente mensajes de prohibición por un lado y modelos tóxicos por otro, que muchas veces llevamos interiorizados. A veces, problemas derivados del miedo a los juicios sociales, o a la propia represión, interfieren en la vida sexual. Hay pacientes que consultan por un problema sexual que les aparece con una persona nueva que han conocido y, en cambio, no tienen con su pareja habitual, o en casos de nuevas relaciones después de una viudedad. También podemos ver el efecto de la represión y la necesidad del permiso en personas que consideran que su placer sexual es mayor con prácticas que consideran que no son las que tocan y temen plantearlo a la(s) pareja(s), desde el BDSM hasta, sencillamente, el sexo oral.

Queramos o no, las profesionales de la salud estamos en una posición de autoridad, no siempre escogida, pero muchas veces concedida por la persona que viene a hacer la demanda. Desde esta autoridad, aceptar y legitimar las preguntas y las acciones implica la concesión de un permiso hacia la persona que hace la demanda

### **Hablar de sexualidad para indicar pautas concretas básicas**

Caso: La Sra E. tiene 43 años y ha padecido un pseudomixoma peritoneal por tumor ovárico que requirió, entre otras cosas la exéresis de útero y anexos, epiplon y una zona del colon distal. Lleva una bolsa de colostomía y se ha creado una fístula recto-vaginal pendiente de corrección quirúrgica. Exploramos a los 6 meses del alta los cambios en la dinámica de su vida desde la operación, incluyendo el reinicio de las actividades sexuales. Me comentó que ha ido adaptando su vida sexual personal y de pareja, que hace penetración con preservativo y otras prácticas sexuales. Hablamos de los cuidados de la colostomía y de la posibilidad de un tapón, como al ir a la playa, y del trabajo de la autoimagen.

Debemos considerar la rehabilitación sexual una faceta más de la adaptación de la persona con una enfermedad a su vida. En realidad, la rehabilitación sexual en medicina se ha limitado a una población seleccionada como son los hombres jóvenes, sobre todo la lesión medular post-traumática y en el infarto de miocardio y dirigida a recuperar lo que un 'hombre debe hacer para ser hombre', a saber, trabajar, conducir y hacer sexo activo. El apartado de rehabilitación sexual debería plantearse en casi todos los casos que aparece una enfermedad que puede interferir la vida sexual llevada hasta el momento de su aparición. No hay necesidad de hacer una intervención muy incisiva, para evitar presiones añadidas a las y los pacientes, lo imprescindible es ofrecer el espacio para hablar de sexo, primero de forma individual y después, si le apetece, con pareja. Suele ser suficiente con frases tipo como 'Necesitas información o consejo sobre temas de sexualidad después de la enfermedad que has pasado (o estás pasando)?'. Algunos ejemplos de las soluciones que podemos ofrecer: aconsejar sobre el manejo y el cuidado de la colostomía en las prácticas sexuales, indicar posturas cómodas en los ictus o en las parálisis, cómo actuar ante la aparición de rampas en la esclerosis múltiple, reiniciar la actividad sexual después de un infarto con situaciones de bajo gasto energético empezando por masturbación, ajustar los horarios de la medicación según cuando se planifique la actividad sexual (por ejemplo, la L-Dopa en el parkinson). Si tenemos dudas en alguna consulta que podamos recibir, en la actualidad, existen en la mayoría de webs de asociaciones de personas afectadas por una enfermedad, entradas relacionadas con la sexualidad (epilepsia, extrofia vesical, espina bífida, lesión neurológica adquirida...) <http://sexualidadespecial.blogspot.com.es/>

En la RedCaps tuvo lugar hace poco una discusión interesantísima sobre las presiones para la reconstrucción de mama. De esta discusión, el mensaje más importante que yo capté, es que no podemos dar nada por supuesto ni podemos generalizar ante el mismo caso. Debemos investigar el impacto diferencial en cada persona de cada enfermedad y de cada situación. No hay fórmulas, en el caso del ejemplo la paciente había realizado un trabajo de reelaboración de su propia visión con una bolsa de colostomía. Tiene la posibilidad de hacer dentro de unos meses una anastomosis término-terminal del colon, pero dice que prefiere esperar antes de soportar otro ingreso.

**Hablar de sexualidad en situaciones que requieren una atención especial**

Caso: La Sra MC tiene 25 años, viene acompañada a la consulta por otra mujer joven. Consulta por cervicalgia, al preguntar sobre la situación laboral, empieza a llorar. Trabaja en limpieza y tiene conflictos graves con su encargado y con otras compañeras porque dicen que 'las gitanas no son de fiar'. Doy tratamiento, Incapacidad Laboral y trabajamos cómo pedir soluciones a una instancia laboral superior. En sucesivas visitas, por la persistencia del malestar exploro orientación sexual. Mi radar y el signo del chándal no fallan. Parece que su homosexualidad no ha sido bien aceptada en la familia, especialmente por su padre. Me presentó yo también como lesbiana y le comento los recursos que conozco en Badalona. En alguna visita insinúa la presencia de abusos en la infancia. Decidimos seguimiento conjunto con la psicóloga del centro con mejora importante del malestar a los 6 meses.

Hay situaciones que debemos identificar y seguir, sea por su fragilidad o por el malestar que suponen. Estoy pensando en transgresiones de género y identidades o orientaciones sexuales vividas con dolor, en la presencia de abusos o maltrato infantil y en la edad adulta, en situaciones de carencia afectiva o en discriminaciones múltiples.

Con frecuencia, las situaciones de transgresión de género se muestran ya desde pediatría y debemos ser conscientes que, como profesionales depositarias de la confianza de muchas familias, tenemos la responsabilidad de informar de las consecuencias negativas del rechazo, educar a las familias en el apoyo y hacer un esfuerzo de identificación de las situaciones de violencia o rechazo familiar, escolar y social.

En el seguimiento de las personas supervivientes a los abusos y el maltrato muchas veces necesitaremos ayuda externa. En cualquier caso, son situaciones que, preguntando desde el respeto, no son preguntas que molesten porque no es difícil entender la trascendencia que pueden tener y que no podemos dejar de explorar cuando hay un malestar mantenido, ofreciendo al menos un espacio de empatía y escucha.

### **Hablar de sexualidad para ofrecer un poco de sensatez en la medicalización de la sexualidad**

Caso. Viene a la consulta el Sr.JM, de 48 años para pedir la renovación de una receta no financiada de un medicamento que dio un urólogo para la eyaculación precoz. Preguntando sobre la necesidad de esta medicación, acaba explicando que utiliza servicios de prostitución y que 'ya que pago, quiero que me dure más el servicio'.

Como profesionales de la salud, debemos frenar nuestra propia ansiedad para ofrecer una solución farmacológica ante cualquier demanda. La filósofa Beatriz Preciado habla de la etapa farmacopornográfica de la sexualidad. Están comercializadas sustancias con las indicaciones de disfunción eréctil, eyaculación precoz y deseo sexual hipoactivo. Los laboratorios han encontrado una mina en la sexualidad 'ideal': crean nuevos medicamentos para antiguas y nuevas 'enfermedades' y patologizan las variantes de la normalidad o las que no se ajustan a este 'ideal' que tiene siempre un fuerte componente de género. Sobre la discutidísima etiqueta de deseo sexual hipoactivo, hay que destacar el trabajo de la Dra

Tiefer y su equipo para frenar la comercialización sin base de fármacos con esta indicación y quiero recordar las palabras del Dr Bancroft que argumenta que "una inhibición del deseo sexual femenino es en muchas ocasiones una respuesta saludable y funcional para mujeres que sufren estrés, cansancio o modelos de conducta amenazadores por parte de sus parejas".

Dos demandas muy frecuentes son la disminución del deseo en las mujeres y la disminución de la firmeza de la erección en los hombres. Todo esto con unos mensajes sociales de que 'más es mejor' y de que la sexualidad es obligatoria y obligatoriamente coitocéntrica, espontánea y apasionada. En la consulta, yo suelo explicar el modelo circular de la Dra Basson, que en relaciones de larga duración no parte del deseo espontáneo sino de la búsqueda de intimidad. Estas demandas permiten cuestionar la 'performance' tradicional de la sexualidad femenina y masculina y las relaciones entre géneros porque, desde el momento que las demandas se producen, demuestran que los modelos de funcionamiento no solo son insuficientes sino que provocan presiones y malestar.

**Ya para acabar,** solo me queda comentar que todos los casos presentados son reales y recientes. Seguiremos aprendiendo...