

Sexualidad, salud y planificación familiar

DOSSIER

MARIA JOSE GARCIA JIMENEZ
Psicóloga-sexóloga
JOAN VILCHEZ CAMBRONERO
Psicólogo-sexólogo

PRESENTACION

En este artículo pretendemos hacer unas reflexiones sobre nuestra experiencia en el campo de la Sexología y la Planificación Familiar, abordando algunos aspectos críticos que nos parecen de especial importancia por su estrecha relación con la salud.

1. INTRODUCCIÓN

A. Concepto de salud

Partimos de la ya conocida definición de salud de la OMS, como bienestar global de las personas (bio-psico-social) y como un proceso continuo y variable, en el que influyen tanto las condiciones de vida como las actitudes de las personas en su estado de salud-enfermedad. Ello implica que la forma de vida de una comunidad influye en el grado de salud de sus individuos, así como éstos también son responsables en la promoción de la misma. La dimensión individual y colectiva están íntimamente relacionadas; de ahí que cada vez

tenga más importancia que las personas sean agentes activos en la promoción de su bienestar.

La salud psicosexual no es independiente del estado de salud, sino más bien uno de los indicadores del mismo. Mejorando la salud sexual de los individuos y fomentando modos positivos de canalizar las pulsiones sexuales podemos potenciar vivencias placenteras de su sexualidad y afectividad, incidiendo en la salud psicosexual de la población.

B. El modelo médico tradicional y sus influencias en el actual sistema sanitario

Este modelo está más preocupado por la enfermedad que por la salud, centrándose en la práctica en el diagnóstico y tratamiento de los síntomas, sin incidir ni cuestionarse las causas que han podido originar ese estado de enfermedad y sin hacer nada por prevenirlo. Se parte de un enfoque predominantemente biológico, que sólo da importancia a lo fisiológico, fomentando actitudes de pasividad en los sujetos, ya que su salud dependerá del especialista y de obedecer sus indicaciones, bloqueando la autorresponsabilidad personal en el proceso de salud-enfermedad. Estas relaciones de dependencia (el saber del especialista frente a la ignorancia del sujeto) son fomentadas a través de la receta y del no dar explicaciones, lo que impide a la persona ser protagonista de su es-

tado de salud. Se trata de un modelo paternalista, que menosprecia la capacidad de las personas para entender qué relación tiene el síntoma con su vida y poder así introducir los cambios necesarios para la mejora de la misma.

Resumiendo, la «salud» que atiende el actual sistema sanitario público se polariza casi exclusivamente en el bienestar físico (cura de enfermedades), en detrimento del bienestar psicológico y social. Aunque desde diferentes instancias se intenta un cambio de este modelo, los esfuerzos para modificarlo tropiezan con fuertes resistencias, ya que hay intereses (económicos, políticos, etc.) que impiden su transformación.

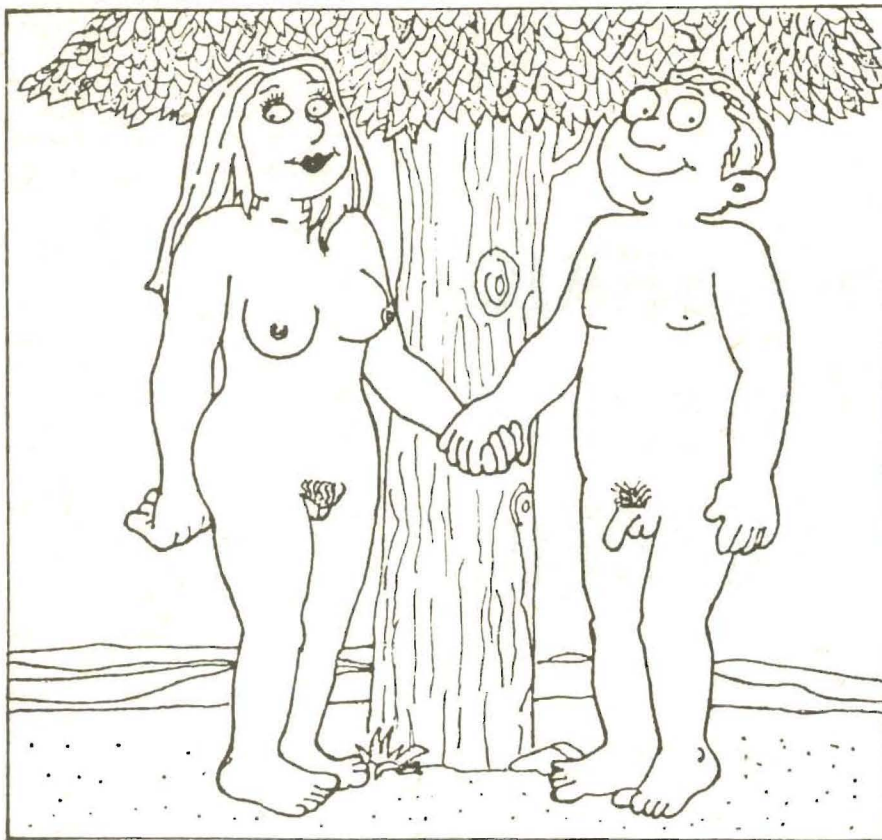
Nos parece importante que la salud deje de ser patrimonio exclusivo de los médicos, favoreciendo para ello la intervención de otros profesionales, así como de los ciudadanos. En este sentido, pensamos que los psicólogos podemos aportar nuevas perspectivas, especialmente en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la calidad de vida, ya que los factores psíquicos siempre están presentes y merecen la atención profesional adecuada.

C. La salud en los Centros de Planificación Familiar (CPF)

Después de diez años de la despenalización de los métodos anticonceptivos en nuestro país, y como fruto de las fuertes reivindicaciones del movimiento feminista y otros sectores de la población, empiezan a crearse Centros de Planificación Familiar (CPF) como centros de promoción de salud (atención primaria). Por primera vez, no va a ser necesaria la presencia de la enfermedad para que una persona acuda a ellos; ya no se tratará de personas enfermas, sino de usuarias, que con la utilización de estos servicios podrán separar la reproducción de la sexualidad. El disfrute de ésta no se verá obstaculizado con el temor del posible embarazo no deseado, con lo cual se tiende a favorecer la salud global de la población.

En la actualidad los CPF existentes están muy por debajo de las necesidades de la sociedad, tanto en cantidad como en calidad. Así, los sectores más desfavorecidos de la población son los que más dificultades tienen en acceder a estos centros, cuando son los que más necesitan de estos servicios. Por otra parte, los centros existentes se encuentran desbordados, con largas listas de espera, lo que evidencia la necesidad de crear muchos más centros que puedan cubrir estas demandas.

En lo que respecta a la calidad de



estos servicios, en muchos casos son evidentes las secuelas del modelo médico tradicional, ya que la mayoría están compuestos por personal exclusivamente sanitario, que se centra en la patología (detección precoz del cáncer genital y mamario, enfermedades de transmisión sexual, etc.) y facilitan, mediante el despacho de anticonceptivos, el ejercicio del coito, limitando la sexualidad a esta práctica. De esta forma se reduce y medicaliza la sexualidad, obviando los aspectos vivenciales, psicológicos y afectivos.

2. LA SALUD PSICOSEXUAL

A. Concepto de sexualidad

Entendemos la sexualidad como una dimensión básica de cada persona, que tenemos desde el nacimiento. Se va estructurando a través de las distintas experiencias a lo largo de la vida, y sus manifestaciones son diferentes en cada individuo y en cada momento de su existencia. Está en estrecha relación con la capacidad de gozar con el propio cuerpo y con la capacidad de amar y de abandonarse a las sensaciones placenteras. Es uno de los terrenos donde más se manifiestan las peculiaridades de cada persona y está muy vinculada con su personalidad.

La sexualidad es un proceso que se va desarrollando a partir de las pri-

meras experiencias infantiles, en las cuales será importante tanto el contacto con los padres como el modelo de relación que éstos ofrecen. Esto da lugar a la interiorización de roles, actitudes y comportamientos que condicionan nuestra capacidad de amarnos y de amar a otras personas, de sentirnos a gusto o no con nuestro cuerpo, de aceptar, negar o rechazar nuestras pulsiones sexo-afectivas.

Por otra parte, el contexto sociocultural incide en los valores y normas que interiorizamos. Así, en nuestra cultura occidental y en nuestro país en particular, suele asociarse la sexualidad con algo negativo, sucio, vergonzoso y culpabilizador, reduciéndose a los genitales y negándose a la niños y ancianos, es decir, a las personas que no están en situación de reproducirse.

B. El Modelo Sexual Dominante

Se trata de un modelo centrado en los genitales, básicamente heterosexual, obsesionado por el rendimiento (erecciones, eyaculaciones, orgasmos...) y con finalidad reproductora. En los hombres se polariza hacia lo genital y en las mujeres hacia lo afectivo, a través de la educación (modelos materno y paterno) y de los medios de educación. Estos estereotipos sexuales crean un abismo entre hombres y mujeres, dificultando el encuentro amoroso y sexual; así, ca-

da uno intentará hacer prevalecer su «modelo», estableciéndose relaciones de poder, en las que habitualmente será el modelo masculino el considerado socialmente como normal. Esta situación no favorece ni a unos ni a otras, aunque aparentemente sea el hombre el que más se beneficia, además de reducir su posibilidad de placer a los genitales le hace responsable del goce de la mujer y le impide vivir los placeres considerados socialmente como femeninos (sentirse deseado, dejarse acariciar, expresar sentimientos considerados débiles...). En lo referente a la mujer se estimulará a lo largo de su educación todo lo que tenga que ver con lo afectivo, negando la expresión genital de su sexualidad, fomentando actitudes de dependencia, pasividad y sumisión hacia el hombre, sobrevalorando el amor sobre la realización personal y mitificando la maternidad. La interiorización del modelo dominante como normal y su falta de adecuación a las necesidades personales lleva a los participantes a convertirse en actores que interpretan el papel asignado por el estereotipo, en lugar de expresar sus auténticos deseos, fantasías, gustos..., etc., con lo cual la incomunicación está garantizada.

A pesar de los cambios que en los últimos años se han producido en nuestro país con respecto a la sexualidad, pensamos que este modelo todavía sigue vigente y que estos «cambios» sólo son aparentes. Así, aunque ahora la masturbación es considerada como normal, muchas personas la sienten como un sucedáneo sexual y no como una forma de satisfacción personal válida, se limita en muchas ocasiones a una compulsiva descarga de la tensión genital, ya que el derecho al autoerotismo en las personas no ha sido cultivado a lo largo de su desarrollo.

Como consecuencia de la mayor permisividad social con respecto a la sexualidad, muchas personas se replantean este modelo, tratando de ampliar sus posibilidades de disfrute. Pero en muchos casos la interiorización de los estereotipos está tan arraigada en el plano emocional, que introducir cambios a nivel racional o comportamental genera fuertes contradicciones por lo anclado de estos valores aprendidos. Esta situación de conflicto es una de las causas por la que muchas personas demandan la orientación o ayuda de profesionales adecuados. Así, muchas mujeres educadas en la represión de su sexualidad, ahora se ven presionadas a tener orgasmos vaginales, clitoridianos y estereofónicos.

C. Los problemas sexuales

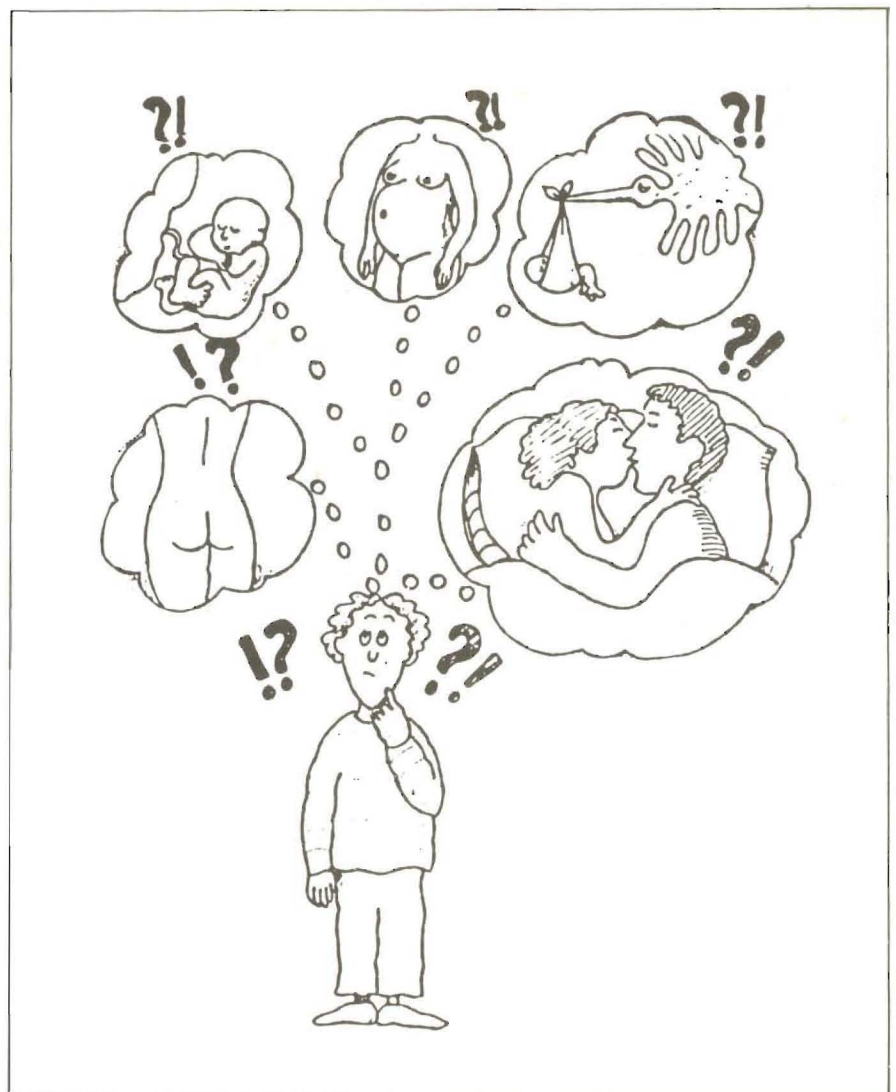
Existe una tendencia pretendidamente científica de considerar como tales sólo aquellos que impiden la eficacia del coito (eyaculación precoz, impotencia, frigidez, vaginismo, etc.), de ahí el término de «disfunción» que es aplicado cuando la respuesta sexual no se ajusta a lo que el modelo dominante establece como normal. Este es el modelo que subyace en la mayoría de los discursos científicos sobre el tema, en los que se asocia la sexualidad con el rendimiento, soslayando la amplitud y diversidad de las manifestaciones sexuales. En esta concepción se enfoca la sexualidad como un trabajo y no como un juego, en el que es válido, en nuestra opinión, cualquier cosa que sea del agrado de las personas que participen libremente, si les resulta placentera.

Estos problemas clásicos, nosotros los entendemos como somatización de conflictos de otra índole, que si bien se manifiestan a veces a nivel genital, suelen tener sus raíces en problemas intrapsíquicos, relacionales, laborales... etc., ya que los debidos a causas estrictamente orgánicas son un porcentaje mínimo.

Dentro de los problemas que nosotros también consideramos psicosexuales estarían por una parte los problemas de relación con uno mismo (no aceptación del propio cuerpo, culpabilización del placer, temor a las propias fantasías eróticas, etc.) y, por otra, los derivados de la relación con el otro (celos, incomunicación, relación de poder, desconfianza, rigidez de los roles y dificultad en la expresión de los sentimientos, temor al abandono..., etc.). Tanto unos como otros están en íntima relación entre sí. También lo están con el contexto social en el que se producen (carencias educativas, tabuización de lo sexual, creencias erróneas, presión del modelo dominante... etc.) En esta línea, de algún modo, todos tenemos problemas sexuales (no necesariamente genitales) porque vivimos en una sociedad en la que vivir la sexualidad y la afectividad de forma placentera es todavía un problema.

D. La Educación Sexual y la Psicoterapia como alternativas

Desde nuestra experiencia profesional, constatamos reiteradamente que gran parte de los problemas sexuales tienen su origen en una educación sexual nefasta: sexista, castradora, limitadora del placer y deformadora de la realidad. Pensamos que desde una adecuada educación se-



xual pueden prevenirse socialmente gran parte de estos problemas, contribuyéndose así a la promoción de la salud. A veces, una demanda en principio terapéutica se resuelve en dos sesiones, ya que en estos casos se trata de orientar e informar. Este tipo de demanda se produce por la falta de información, ignorancia y deformación que en torno a la sexualidad existen todavía. A esto lo llamamos información individualizada o en pareja, que entra en el área terapéutica porque es aquí donde se realiza la demanda. A veces, la información en grupo también cumple esta función terapéutica, al desmitificar y desnormalizar la sexualidad.

Creemos que «educación sexual» siempre ha habido, porque siempre la sexualidad, de alguna manera, es educada en cada sociedad. Así, en el mundo occidental el tratamiento que se ha dado a la sexualidad ha sido el ocultamiento, la culpabilización y la represión, contribuyendo de este modo a que la sexualidad se asocie con fantasmas, miedos, angustias, problemas..., en lugar de ser un arte, como en Oriente, por ejemplo.

Tanto en educación sexual como en terapia, no se trata en nuestra opinión de «normalizar» la sexualidad, sino de desvestirla de tabúes, mitos, miedos, máscaras y clichés. Se trata de favorecer que cada persona conecte con lo que es singular en ella misma, ayudarle a descubrir sus propios gustos y peculiaridades, e invitarle a hacer de lo sexual una opción libre en sus formas y objetos, propiciando que cada persona sea responsable de su cuerpo, su sexualidad y su vida.

Sería un error científico y humano pensar que en sexualidad exista algo que sea «lo normal» o «lo natural», a menos que nos quedemos en estadísticas superficiales acerca de la frecuencia de tal o cual conducta. Con sólo conocer un poco la historia de la sexualidad en diferentes culturas y épocas, se constata la enorme variación de usos, costumbres y «normalidades» existentes.

Una educación sexual coherente debe incidir sobre los agentes de socialización: padres, educadores y me-

dios de comunicación, debido al poder de identificación que éstos tienen sobre los niños y a la gran influencia que sobre ellos ejercen a todos los niveles continuamente.

En cuanto a contenidos, es prioritario cuestionar los roles sexuales que cotidianamente se les están transmitiendo a los niños y jóvenes. Se trata de favorecer la expresión y vivencia positiva de los aspectos afectivos y sexuales en ambos sexos, como dimensiones básicas del ser humano. Se trata de no discriminar sentimientos y conductas según los genitales del individuo, facilitando así una mayor integración psicosexual y una relación más armoniosa entre las personas.

Aunque valoramos las iniciativas públicas y privadas por la puesta en funcionamiento de programas de educación sexual, éstos muchas veces se limitan a nociones elementales de anatomía y fisiología genital, reduciendo nuevamente la sexualidad al coito y a la reproducción, ajustándose al modelo dominante. En otras ocasiones, se descontextualizan, al tratarse de charlas aisladas, realizadas por personal ajeno a la dinámica educativa de niños y jóvenes, con lo cual su influencia es escasa.

Cuando las dificultades psicosexuales están hondamente arraigadas, una de las posibles vías de mejora es la psicoterapia individual, en pareja y/o grupal. En cuanto a enfoques y modalidades terapéuticas, los hay diversos. Quizá nuestra preocupación va más en la línea del contenido y finalidad de las mismas, ya que hay una fuerte presión del modelo dominante, que puede llevar a los profesionales a actuar como cómplices del mismo, ya sea de manera consciente o inconsciente (p.e.: adoptando roles de director sexual, mecánico reparador de parejas, encubridor de conflictos, etc.)

La terapia psicosexual debe abordar los problemas de comunicación, la incapacidad para vivir el amor o abandonarse a las sensaciones placenteras, trabajar las fantasías eróticas, los miedos y desconfianzas que podemos encontrar en la base de los problemas sexuales y que impiden que las personas disfruten libremente de su sexualidad. Las causas de estas dificultades pueden tener su origen en experiencias tempranas negativas o en conflictos actuales de índole no sexual; también pueden tener que ver con la dinámica de relación de la pareja; pueden ser debidos a una falta de información o a creencias erróneas.

Es necesario que los profesionales que se dedican a educar o tratar la sexualidad se cuestionen su propia vi-

viencia de la misma. Desde esta actitud puede invitarse a otros a su autorrealización, facilitando que las personas vivan lo mejor posible su sexualidad, su salud y su vida.

3. La necesidad de los sexólogos en los Centros de Planificación Familiar (C.P.F.)

Paradójicamente, la sexualidad no se aborda en la mayoría de los C.P.F., ya que carecen de la figura del psicosexólogo, que todavía es considerado profesionalmente menos necesario que el médico. Creemos que toda demanda de anticoncepción es una demanda de sexualidad, ya que los problemas derivados de la utilización de métodos anticonceptivos tienen que ver directa o indirectamente con la vivencia de la sexualidad de esa persona o pareja.

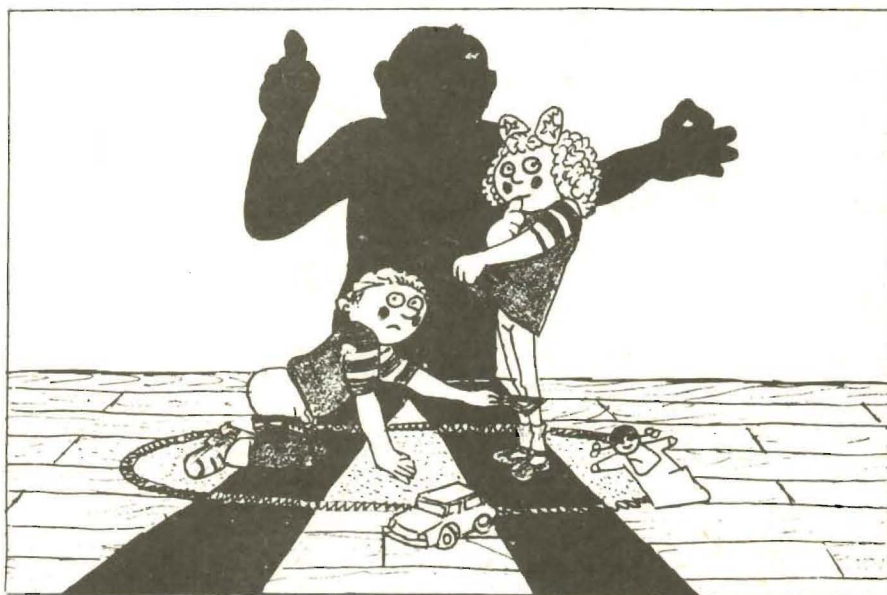
Los CPF, administrando pastillas y

de su sexualidad y se conozcan mejor, evitando así actitudes pasivas al fomentar la autorresponsabilidad y previniendo la aparición de conflictos.

— **Educación sexual:** Tanto dentro como fuera del centro (Colegios, Institutos, APAs, AA VV y otros grupos sociales), mediante cursillos, seminarios, charlas, etc., posibilitando la vivencia placentera de la sexualidad y previniendo, de forma prioritaria, los embarazos no deseados, especialmente en adolescentes, así como el aborto. Esta tarea no es exclusiva del sexólogo, aunque puede colaborar en el reciclaje de los profesionales de la sanidad y la educación, especialmente.

B) Tratamiento

Otra de las funciones de este profesional es ayudar a las personas que plantean dificultades psicosexuales



poniendo dios, «permiten» que se pueda realizar el coito con menor riesgo de embarazo, dando por supuesto que éste es el único modelo normal, en lugar de propiciar que las personas puedan hablar de su sexualidad y de sus dificultades psicosexuales, y con ello mejorar su calidad de vida.

En coherencia con nuestro concepto de salud, pensamos que es imprescindible la integración de los sexólogos en los equipos de Planificación Familiar. Sus funciones, entre otras pueden ser:

A) Prevención:

— **Dar información** a las personas que acuden a los «plannings» sobre sexualidad y su relación con los métodos anticonceptivos, ofreciéndoles la posibilidad de que puedan hablar

mediante tratamientos adecuados, a nivel individual, de pareja o grupal.

Por último, pensamos que los profesionales de los CPF deben trabajar en equipo y de manera interdisciplinaria, abordando las demandas de las usuarias/os en su globalidad. Para ello es necesaria una coordinación interna del equipo, mediante reuniones periódicas, en las que se revisen los roles y actitudes de los profesionales, la puesta en común de casos y la marcha general del centro, contribuyendo a una mejora en la calidad de los servicios del mismo.

Esperamos que estas reflexiones, basadas en nuestra experiencia personal y profesional, sean de utilidad y propicien el interés de los psicólogos por esta área de la salud, dando lugar a un espacio dentro del colegio en el que se puedan debatir estos temas.