

Preocupaciones y problemas más frecuentes relacionados con la Salud Sexual en pacientes atendidos en consulta externa de un servicio de Salud Mental

MsC Soura Sonia Formental Hernández

Introducción

Salud es definida por la Constitución de 1946 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”¹. Entendida así, la salud es un derecho fundamental, y como tal es una dimensión obligada en la conceptualización /medición del bienestar y de la calidad de vida de la población ²

La salud sexual y reproductiva (SSR) se reconoce como un componente integral de la salud general.³ El concepto de salud reproductiva ha evolucionado en las últimas décadas “desde una visión limitada a la planificación familiar a un campo de acción mucho más amplio que rebasa la esfera biológica y se relaciona con los valores, la cultura y la realización personal de cada ser humano”.⁴

Tiene sus inicios en la década del setenta dado a una preocupación relacionada con las consecuencias económicas y sociales del rápido crecimiento poblacional de la época. Preocupación que se hace explícita en la Conferencia de Población realizada en 1974 en Bucarest, en la cual se recomienda la necesidad de establecer fuertes programas de planificación familiar, orientados a satisfacer una demanda de anticonceptivos entre las mujeres en edad fértil.^{5 4}

En los años ochenta, se difundió el concepto de promoción de la salud y la atención de los programas se centró principalmente en la salud materno-infantil para reducir la morbilidad de los infantes a través de intervenciones en la salud materna – embarazo, parto y atención perinatal – como uno de sus factores determinantes. ⁴

La planificación familiar se abordó inicialmente como un programa separado y paralelo a aquellos de salud materno-infantil. Después de un tiempo, y con el objeto de dar mayor coherencia y efectividad a los programas de salud, estas dos líneas programáticas se integraron en una sola: salud materno-infantil y planificación familiar.⁵

En los años noventa, se adopta un nuevo concepto, más amplio, de salud reproductiva y derechos reproductivos, incluyendo la planificación de la familia y la salud sexual.⁶ Es en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994, celebrada en El Cairo donde se reconocieron internacionalmente los derechos reproductivos contenidos en documentos sobre derechos humanos, y declararon que la salud y los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos fundamentales para el desarrollo.⁴ Se acuñó por primera vez el término de salud sexual, que hasta entonces, lo que hoy todos entendemos por salud sexual y reproductiva, nunca había estado como tal en los documentos ni en las iniciativas internacionales.

Un año más tarde, en Beijing, tiene lugar la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas donde se insiste en los derechos de las mujeres y donde se perfila y refuerza el concepto de salud sexual y reproductiva. Se aprueba la Declaración y la Plataforma de Acción que serán una guía a seguir por gobiernos y entidades de todo el mundo. Posteriormente, en Septiembre de 2000, la Declaración del Milenio, adoptada por 187 países, llevó a la definición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y de metas asociadas, las cuales son comúnmente aceptadas como un marco para monitorear el progreso hacia el desarrollo.^{7 8 9} Además de definir los conceptos básicos relativos al sexo y a la sexualidad, y lograr un acuerdo en torno a tales definiciones.

El término “salud sexual” se refiere a la experiencia del proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción, enfermedad o discapacidad.¹⁰

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad." ¹¹

El logro y el mantenimiento de la salud sexual es una prioridad en todas las sociedades que permite alcanzar ese anhelado estado de bienestar físico, mental y social, el desarrollo sostenible y la ejecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. A fin de conquistarlo se valora la necesidad del reconocimiento de la promoción de la salud sexual proporcionando los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Requiere además de reconocer la salud como un derecho humano fundamental con el pleno respeto a los derechos sexuales de las personas como un componente integral de los derechos humanos básicos, inalienables y universales. Por lo que se hace necesario que se apliquen acciones médicas, éticas, jurídicas y sociales.

Es fundamental abordar y solucionar las preocupaciones y los problemas que afectan la salud sexual, puesto repercuten en la calidad de vida, amenazan el bienestar de las personas y atentan contra la salud sexual y la salud en general tanto de la persona, la familia y la sociedad. Por la solicitud de pacientes que acuden con tales inquietudes y situaciones se realizó esta investigación. Por lo que la autora se plantea la realización de una investigación que parte del siguiente **problema**: ¿Cuáles son las preocupaciones y problemas más frecuentes relacionados con la Salud Sexual en pacientes atendidos en consulta externa de un servicio de Salud Mental en el periodo comprendido entre agosto 2016 y Julio 2017?

Objetivo

General

Identificar las preocupaciones y problemas más frecuentes relacionados con la Salud Sexual en pacientes atendidos en consulta externa de un servicio de Salud Mental

Específicos

Caracterizar epidemiológicamente la muestra

Indagar la percepción que tiene los pacientes sobre diversos aspectos relacionados con la salud sexual

Explorar las barreras desde la salud sexual que repercuten en la calidad de vida y amenazan el bienestar de los pacientes

Metodología

-Perspectiva Metodológica: Cualitativa (Método de intervención acción-participación).

-Tipo de Investigación: Investigación-Desarrollo.

-Tipo de estudio: Descriptivo, transversal.

-Diseño: Casos Múltiples.

-Criterio muestral: Por la demanda de atención actual, se tomó como unidad de análisis 75 pacientes atendidos en la consulta externa de sexualidad del CIS en el periodo comprendido entre agosto 2016 y Julio 2017

-Población y muestra. Población: 75 pacientes

-Muestra: Intencional. Sujetos tipo.

Utilizamos el método clínico que permitió identificar y diagnosticar etiológicamente problemas relacionados con la salud sexual. A partir de la historia clínica general y psicosexual, en donde se recogieron antecedentes patológicos personales y familiares, síntomas o signos, examen físico, que me orientaron hacia el diagnóstico de una disfunción sexual predominantemente orgánica o predominantemente psicógena y además se le realizaron a los pacientes estudios complementarios de glicemia, PTG, lípidos y otros. Con el objetivo de lograr un tratamiento integral y trabajar sobre algunos factores de riesgos que pueden conllevar a la aparición de disfunciones sexuales.

-Instrumentos y técnicas

La observación participante fue útil para la recogida de información, de manera planificada, controlada y directa. Se utilizó la participante, en donde el observador pertenece al grupo. Permitted además comprender el significado de cada narración, intervención; mediante la expresión de las emociones, los gestos, los silencios etc. Conjuntamente intentamos circunscribirnos a la descripción lo más precisa posible, de las acciones que se observan

La entrevista semiestructurada facilitó reunir la mayor cantidad de información sobre las preocupaciones y problemas más frecuentes relacionados con la salud sexual. Se aplicó un formato semirrígido de preguntas, seguidas por las respuestas del solicitante. Se trabajó para lograr el rapport, nos centramos en los objetivos y cerramos con un breve resumen de la sesión. Se utiliza en la investigación a partir del uso de la historia clínica psiquiatría y la historia clínica general y psicosexual del grupo especial de trabajo de Sexología.

Dinámicas grupales: Se utilizaron las técnicas participativas (técnicas de presentación (permite la integración del grupo, adquirir conocimientos sobre los integrantes del grupo e iniciar el trabajo en el mismo), de reflexión (favorecen el análisis y autoanálisis de elementos de la realidad) y dinamizadoras o de animación (se emplea para lograr un clima favorable para la participación del grupo)).

Técnicas que desarrolla a los participantes como sujetos activos, democráticos, capaces de buscar y construir nuevos conocimientos, que lo hacen con el objetivo de influir en la transformación del entorno y en fortalecer sus conductas.

Técnicas de presentación:

- Expusieron sus datos primarios, qué les hizo integrarse y cuáles son eran sus expectativas con este tratamiento

Técnicas de reflexión:

Entre otras se destacaron:

- Lluvia de ideas: Se discuten definiciones en el pizarrón como son salud, salud sexual, preocupaciones y problemas relacionados con la salud sexual, entre otras y se debate cada una por parte del grupo.

- Conferencias interactivas: En estas se aborda a profundidad cada uno de los tópicos, permitiendo a su vez su discusión cuando el participante así lo desee.

- Descascarando ideas: Cada participante expresó qué concibe como sexualidad, sexo, género, actividad sexual, erotismo, violencia, intimidad, ITS, diversidad sexual, disfunciones sexuales, derechos sexuales y otros contenidos necesarios. Luego, en conjunto, se definen estos conceptos.

-DAFO: En un papelógrafo todos escribieron las debilidades, amenazas, fortalezas y las oportunidades que tienen como pacientes sobre la salud sexual.

-Caldeamientos: Facilitan el trabajo grupal y el inicio de la actividad de acuerdo al tema a tratar. Ejemplo: Tema de autoerotismo se abordó la imagen corporal y la autovaloración. Brinda herramientas para ayudar a revalorar el cuerpo, se inició intentando que el grupo se saludara afectivamente tocándose varias zonas. “¿Tú sabes lo que es un beso?” “¿Tú sabes lo que es un abrazo?”. Se enseñaron técnicas de auto cuidado y se trabaja autoestima, para lo cual se utilizaron además ejercicios de respiración, concentración, hatha-yoga, masaje individual, de pareja y relajación. Fue proyectado un material de masajes eróticos en parejas con el objetivo de estimular el uso de terapias corporales para que valoraran el permitirse ser personas cariñosas, auténticas, con relaciones sexuales más íntimas y satisfactorias, además de disminuir tensiones y promover el desarrollo de valores como la intimidad y la comunicación.

-Cinedebate:

Se proyectaron, con un fin concientizador y educativo:

Documental español “*Sexo-placer en la vida*”, que permite a los pacientes identificar las diferentes fases de la respuesta genital femenina y masculina, reflexionar sobre los mitos relacionados con el tema y al finalizar debatir su impacto.

Material: Dados a la diversidad: Rosa y Azul y se discutió ampliamente los estereotipos, las inequidades de género, las actitudes ante lo diferente, el uso de lo individual y otros temas relacionados con el género.

- El pastel

Permitió que la persona reflexionara sobre sí misma antes de hablar. Cada miembro dibujó en 5 o 10 minutos un círculo y lo subdividió en piezas que expresaron los porcentajes que consideraban afectaban su salud sexual y repercutían en su calidad de vida.

- Psicodramas relacionados con los diferentes temas.

Al finalizar cada sesión se utilizaron técnicas de evaluación entre ellas el PNI (destacar lo positivo, lo negativo y lo interesante de la sesión).

-Análisis de contenido: Nos permitió realizar una exhaustiva lectura e interpretación discursiva. Se registraron por las notas.

-Grupos de discusión:

Se trabajaron con 8 grupos

Una sesión de 2 horas/ 1 vez por semana por espacio de 4 semanas

1er grupo: integrado por 10 pacientes

2do grupo: integrado por 9 pacientes

3er grupo: integrado por 10 pacientes

4to grupo: integrado por 8 pacientes

5to grupo: integrado por 9 pacientes

6to grupo: integrado por 10 pacientes

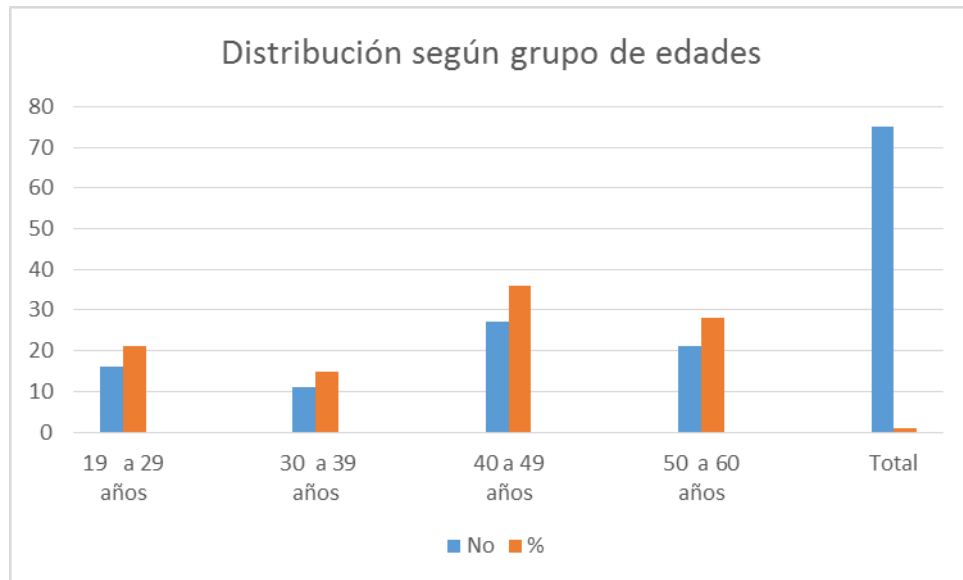
7mo grupo: integrado por 10 pacientes

8vo grupo: integrado por 9 pacientes

Análisis y discusión de los resultados

Tabla 1. Distribución según grupos de edades

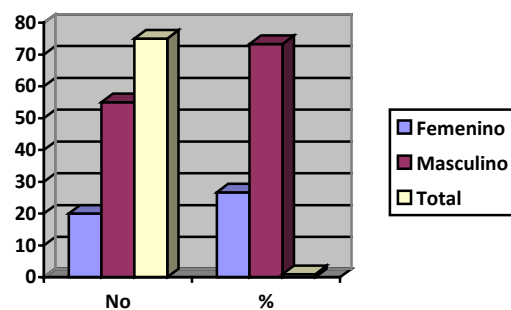
Grupos de edades	No	%
19 a 29 años	16	21,3
30 a 39 años	11	14,7
40 a 49 años	27	36
50 a 60 años	21	28
Total	75	100%

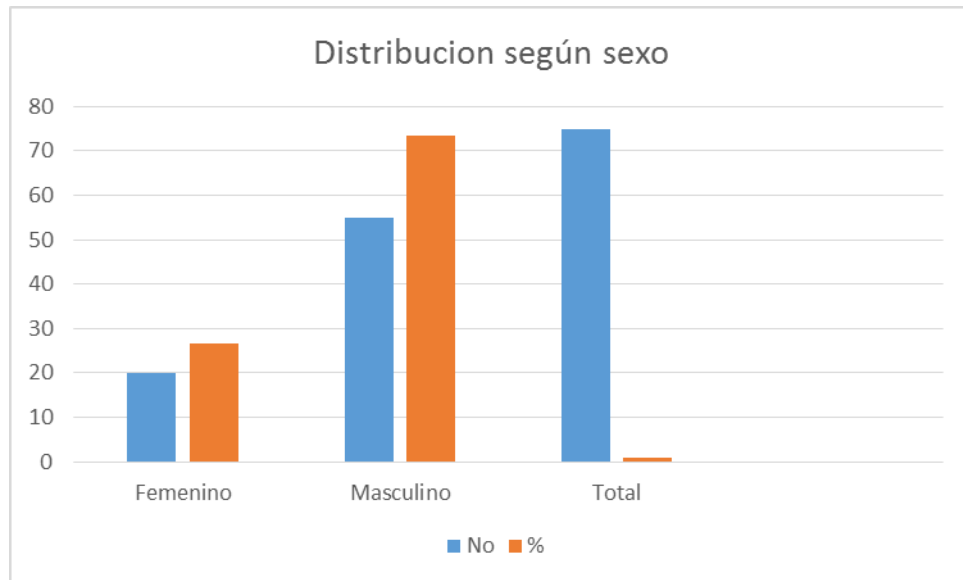


En la siguiente tabla se realiza la distribución según grupos de edades. Como se puede apreciar, predominó el grupo entre 40 a 49 años, para un 36 % de la muestra estudiada, seguido del grupo entre 30 a 39 años que constituye el 28 % de la muestra.

Tabla 2. Distribución según sexo

Sexo	No	%
Femenino	20	26,7
Masculino	55	73,3
Total	75	100%

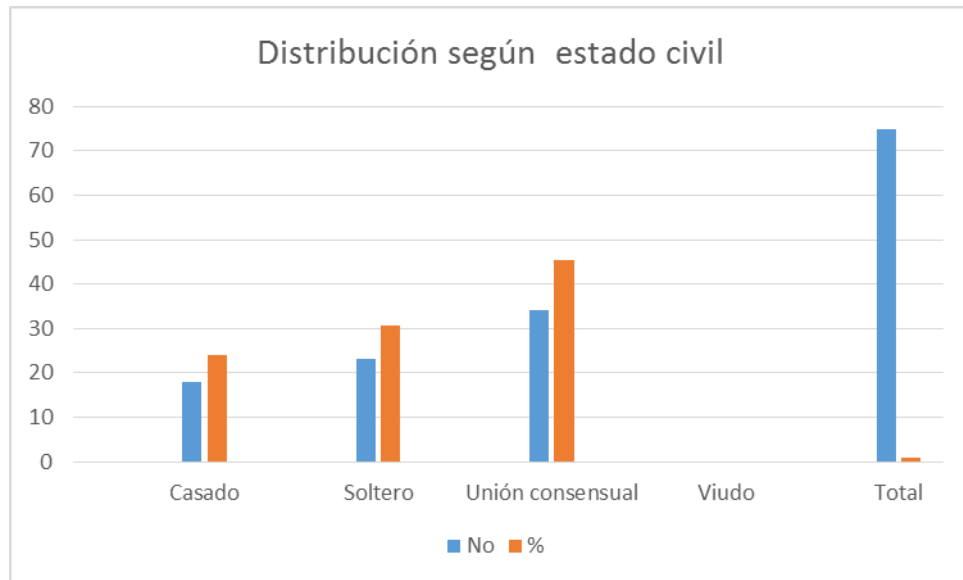




En la siguiente tabla se realiza la distribución según sexo. Predominó el sexo masculino para un 73,3 %.

Tabla 3. Distribución según estado civil

Estado civil	No	%
Casado	18	24
Soltero	23	30,7
Unión consensual	34	45,3
Viudo	0	0
Total	75	100%



En la siguiente tabla se realiza la distribución según estado civil. Se puede apreciar, que predominaron los pacientes que se mantiene en unión consensual con un 45,3%.

Tabla 4 Distribución según disfunción sexual presente o no

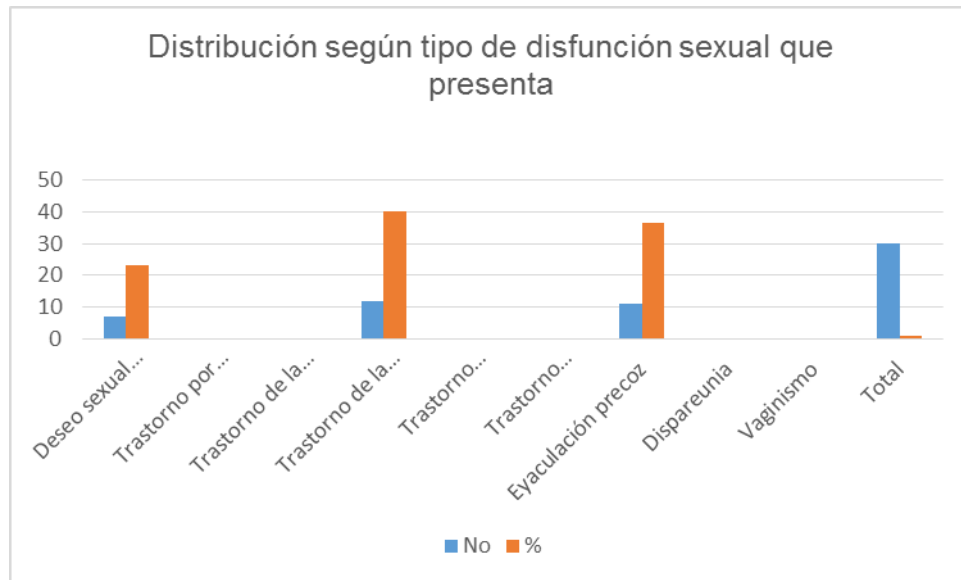
Disfunción sexual	No	%	Total
Si	30	40	
No	45	60	
Total	75	100%	



En la siguiente tabla se realiza la distribución según disfunción sexual presente o no. Predominaron los pacientes que no presentan disfunciones sexuales para un 60%

Tabla 5 Distribución según tipo de disfunción sexual que presenta

Disfunciones sexuales	No	%
Deseo sexual hipoactivo	7	23,3
Trastorno por aversión al sexo	0	0
Trastorno de la excitación sexual en la mujer	0	0
Trastorno de la erección en el varón	12	40
Trastorno orgásmico femenino	0	0
Trastorno orgásmico masculino	0	0
Eyacuación precoz	11	36,7
Dispareunia	0	0
Vaginismo	0	0
Total	30	100%



En la siguiente tabla se realiza la distribución según tipo de disfunción sexual que presenta, predominó el trastorno de la erección en los varones con un 40%, seguido por la eyaculación precoz con 36,7 %y por último el deseo sexual hipoactivo con un 23,3.

-Es importante señalar que con el uso de la observación se apreció que en primeras sesiones a los pacientes les costó trabajo hablar abiertamente de estos temas, eran los varones los que iniciaban frecuentemente los debates y las mujeres se mantenían calladas. La comunicación extraverbal solía ser con expresiones faciales de extrañeza, resistencia, agresividad, vergüenza y culpa entre ellos mismos.

-Se encontraron un grupo de pacientes que tenían dificultades en lograr comportamientos que les ayudara a identificar prontamente problemas sexuales” *eso de estar en el médico por cualquier molestia no está bien*” “ *hace años que no voy al consultorio*” “ *la prueba citológica y el autoexamen de mamas es para que los médicos cumplan con lo que les exigen*” “ *yo no me reviso mis genitales*” “*nada del tacto rectal*”” *me hicieron histerectomía y ya no siento como antes*”

-Presentan dificultades relacionadas con las prácticas eróticas dado porque la gran mayoría de los pacientes manifestaban insuficiencia de conocimientos en cuanto a su cuerpo y el disfrute del mismo “*yo soy mujer y solo tengo dos orificios en mis genitales: uno para penetrar y otro para defecar*”” *soy un toro puesto logro tener 5*

o más actividades sexuales en una noche” “no nos tocamos y después de eyacular dormimos”” mete y saca, esa es la técnica” “nada de masturbarme, eso es algo morboso y de enfermos mentales” “mis zonas erógenas son las mamas y el clítoris” “yo no hago sexo oral porque los genitales son sucios” ” nosotros no necesitamos tener fantasías sexuales”

-Además, presentan conductas totalmente imprudentes frente a las ITS y el VIH, ya que no aceptan la responsabilidad de las consecuencias de estos actos, y por tanto, no se preocupan del sexo seguro. Por ello descartan el uso de los métodos anticonceptivos y más aún si se trata del condón: *¿”Condón, preservativo?” “Nada de condón” “Ellas son las encargadas de cuidarse”.*

-Se observó falta de reconocimiento y observación de la equidad, además de discriminaciones por motivos de género *“los hombres somos agresivos, valientes, atrevidos y nos arriesgamos porque es nuestra naturaleza” “somos líderes por excelencia” “en una relación de pareja el hombre es el que debe mandar” “actuar siempre que se presente el momento” “debe ser infiel porque es el sexo fuerte” “los hombres son los que tienen que garantizar las cosas de la casa” “las mujeres deben ser fina, delicadas, madre por excelencia, cariñosa” “el cuerpo bello es el que tiene mucho músculo”.* Mientras más conflictivo, más atractivo para ellas” *“El amor femenino debe ser romántico”.* *“Ellas tienen que lavar, fregar, limpiar, cocinar y después tener deseos de estar con tu esposo”.* *“Nosotros le gritamos a ellas y las ofendemos porque somos los hombres”.*

-Se apreció la baja tolerancia ante comportamientos no heterosexuales *“los gay y las lesbianas no deberían de existir” ” esa pajarería es nauseabunda”” a mí me gustan las mujeres y los hombres pero no lo puedo decir porque me botan de mi casa”*

-Limitaciones a la hora de expresar abiertamente manifestaciones de manipulación, de violencia o coercitivas en la relación de pareja *“él tiene el dinero por eso me es infiel” “ella puede gritarme porque vivo en su casa” “si quiere mantener la relación tiene que hacer lo que Yo diga” “no logro decirle lo que necesito, lo que me gusta o me disgusta porque es muy grosero y se puede molestar”.* No cuentan con cualidades y conocimientos sobre los mecanismos que usan para afrontar los

conflictos en conjunto y la búsqueda de apoyo social *“No sé qué significa negociar, ni dialogar” “no logramos llegar a acuerdos en conjunto” “hablamos, nos gritamos o nos ofendemos porque ambos tenemos la razón” “ella no me entiende por eso nos tenemos que divorciar” “Yo no me voy a separar por eso estoy triste”*

-Los pacientes no reconocen los derechos sexuales como un componente integral de los derechos humanos básicos, entre ellos: el derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo dado la incapacidad de disfrutar de sus cuerpos, libres de cualquier acto de violencia; el derecho a la privacidad sexual *“no podemos hacer lo que deseamos”*; el derecho a la equidad sexual *“él me maltrata por ser mujer, por ser negra, por ser más joven” “soy lesbiana y por eso no puedo andar de mano por la calle con mi pareja”*; el derecho al placer sexual *“masturbarse es enfermizo”*; el derecho a la libre asociación sexual *“no puedo divorciarme porque estamos casados desde jóvenes y eso me lo enseñaron mis padres” “el matrimonio es sagrado”*; el derecho a la información y la educación sexual con una formación restrictiva sobre los temas relacionados con la sexualidad *“Sexualidad significa reproducción, es el coito, es la atracción que se experimenta entre dos personas” “sexo es la unión entre un hombre y una mujer” “las fantasías sexuales, no se dé que me están hablando”*; el derecho a la atención de la salud sexual *“no acudí anteriormente porque no sabía a dónde dirigirme” “estos servicios se deben divulgar”*.

-Otros síndromes que se apreciaron estuvieron relacionados con las infecciones de transmisión sexual (condilomas acuminados, infección por papilomavirus, gonorrea vaginal, trichomonas y monilias) y con la violencia dado por amenazas *“mira muchacha que te doy un trompón”*, ofensas, lacerar la autoestima *“no sirves para nada” “soy más inteligente que tú” “tu función es cocinar”*, el silencio, y eventos de violencia sexual con cuadros afectivos secundarios a dichos actos *“tú eres mi esposa y si tengo deseo de tener sexo tienes que corresponderme aunque estés llorando”*

Conclusiones

En la muestra estudiada predominó el grupo de edades entre 40 a 49 años para un 36 % de la muestra estudiada, los pacientes del sexo masculino para un 73,3 %,

los que se mantenían en unión consensual con un 45,3%. Predominaron los pacientes que no presentaron disfunciones sexuales para un 60% y el tipo de disfunción sexual que predominó fue el trastorno de la erección en los varones con un 40%, seguido por la eyaculación precoz con 36,7 %y por último el deseo sexual hipoactivo con un 23,3%.

Se identificaron como preocupaciones y problemas más frecuentes relacionados con la salud sexual situaciones relacionadas con: la integridad corporal y sexual, el erotismo, el género, la orientación sexual y los vínculos afectivos. Y como problemas sexuales síndromes clínicos que alteran el funcionamiento sexual (disfunciones sexuales), con las infecciones de transmisión sexual y con la violencia.

Se encontraron barreras individuales y sociales que repercuten en la calidad de vida y amenazan el bienestar de los pacientes entre ellas problemas educativos dado por insuficiente educación e información sexual; no reconocimiento de los derechos sexuales como un componente integral de los derechos humanos básicos; comportamientos que conllevan a intolerancias, rígidos patrones establecidos, estereotipados, presencia de mitos, creencias y prejuicios; modelos tradicionales de la masculinidad hegemónica reflejados en patrones antisociales, desiguales relaciones de poder y atributos negativos como la violencia, la represión de las emociones y la exposición a los riesgos.

Se comprobó la importancia de realizar una evaluación adecuada y la necesidad de establecer, aplicar medidas de prevención, promoción y atención a la Salud Sexual, además de capacitar desde el punto vista clínico especializado a los profesionales de salud involucrados en el tema, por la insuficiencia de estrategias y programas vinculados al tema que aborden múltiples problemáticas que afectan la salud de las personas y que vaya dirigido a diversas poblaciones

Recomendaciones

Diseñar y aplicar estrategias y programas de prevención, promoción y atención a la Salud Sexual.

Garantizar la organización y la prestación de los Servicios de Salud Sexual en los tres niveles del Sistema Nacional de Salud según corresponda y con la atención directa de personal entrenado en Sexología Clínica.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. 1946. "Constitución de la Organización Mundial de la Salud". Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
2. Associated Press. 2006. "UN adopts 'universal access' target for reproductive health". http://www.arha.org.au/index/Universal_access_2006.pdf.
3. Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994: párrafo 7.2
4. Organización Panamericana de la Salud. 1998. "La salud reproductiva: Parte integrante del desarrollo humano". Revista Panamericana de la Salud Publica 4(3): 211-217.).
5. Corvalán, H. 1997. "El concepto de salud reproductiva y sexual". Santiago, Chile: Universidad de Chile.http://www.plataforma.uchile.cl/fg/Semestre1/_2003/joven/modulo1/clase5/doc/salud.doc
6. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 2004. El Estado de Población Mundial 2004: Salud sexual y reproductiva y planificación de la familia. Nueva York, Estados Unidos: UNFPA.
http://www.unfpa.org/swp/2004/pdf/sp_swp04.pdf)
7. Associated Press. 2006. "UN adopts 'universal access' target for reproductive health". http://www.arha.org.au/index/Universal_access_2006.pdf.
8. International Planned Parenthood Federation-Western Hemisphere Region (IPPF-WHR). 2006. "United Nations General Assembly adopts "universal access" target for reproductive health". Nueva York, Estados Unidos: IPPF-WHR.
http://www.ippfwhr.org/site/apps/nlnet/content2.aspx?c=kuLRJ5MTKvH&b=3120779&content_id={3F4F1518-B392-4B86-89C8-C971B9950A33}¬oc=1

9. World Health Organization. Reproductive Health Indicators: Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. Ginebra, Suiza: World Health Organization. 2006
10. World Association for Sexual Health. Salud Sexual para el Milenio. Declaración y documento técnico. Minneapolis, Mn, USA, World Association for Sexual Health. 2008.
11. Organización Panamericana de la Salud (OPS) Organización Mundial de la Salud (OMS) Asociación Mundial de Sexología (WAS). Actas de una Reunión de consulta celebrada en Guatemala 2000.