

Sobre las demandas por problemas sexuales en atención primaria

J.J. Gervas Pérez

Médico sexólogo en práctica privada. Madrid.

De un tiempo a esta parte han aumentado en las consultas de atención primaria las demandas por problemas y dificultades de carácter sexual. No creo que se trate de un aumento de la incidencia; es el reflejo de un cambio en la formación y en las actitudes de los pacientes: ahora confían sus problemas y dificultades sexuales al médico y antes los silenciaban. Hay múltiples razones que al irse sumando justifican estos cambios: vivimos una época en la que el factor sexual es tratado —de una manera tragicómica, aunque esto es otro asunto— con profusión y sin tapujos en los medios de comunicación, en la calle, en publicaciones de divulgación, etc. Lo que antes se mantenía oculto y era vergonzante hablar de ello siquiera con el médico, ahora es público y empieza a ser tema habitual en las conversaciones cotidianas. A todo ello se han unido últimamente las intensas campañas de publicidad de los laboratorios farmacológicos que han iniciado la comercialización de nuevos fármacos para tratar la disfunción eréctil; algunas de ellas están dirigidas directamente a conseguir un cambio de actitud hacia las dificultades sexuales por parte de los pacientes. En este contexto, las personas empiezan a reconocer y considerar su hecho sexual como un factor más de salud, y cuando tienen problemas o dificultades acuden a su médico. Para ellos somos expertos en la materia porque somos expertos en salud.

Este proceso de cambios se inició alrededor de los años setenta del pasado siglo, cuando Masters y Johnson publicaron sus investigaciones sobre el comportamiento y la respuesta sexual en el ser humano y sobre las dificultades y problemas sexuales¹. Sus estudios supusieron la constatación de que el hecho sexual se puede investigar y estudiar, al igual que cualquier otro hecho humano, con criterios científicos y no sólo desde la moral o la religión. Sin embargo, sus escritos influyeron más en el campo de la divulgación científica que en el médico. Ni se introdujo la sexología en los planes de estudio de los profesionales de la salud ni se incorporaron las nuevas herramientas terapéuticas a la práctica médica habitual. Y eso que, ya desde esa misma época, la OMS definió el concepto de salud se-

xual y marcó unas pautas para que los médicos y otros profesionales sanitarios pudieran ocuparse de este área de la salud de sus pacientes². Actualmente, los médicos seguimos sin recibir en la carrera una formación específica en sexología. Se considera que los conocimientos sobre reproducción, fraccionados en distintas áreas de conocimiento como la endocrinología, la neurología, la ginecología, la urología o la psiquiatría, son suficientes. Además, la poca “sexualidad humana” que tratamos está siempre orientada desde la patología, desde la concepción más arcaica del hecho sexual humano: la que surge de la psicopatología sexual de finales del siglo XIX.

¿No hay un *corpus* científico sexológico? ¿No hay en sexología un espacio de actuación del médico como lo hay en otras ciencias? La sexología existe como ciencia, es la disciplina científica que estudia el hecho sexual humano, el hecho de que el ser humano posee estructuras sexuadas y sexuales, se vive como sexuado y se comporta como tal. Toda su existencia está marcada por este hecho, desde que es concebido hasta que muere: toda la biografía humana es sexuada, en la salud y en la enfermedad. La sexología produce conocimientos científicos y herramientas terapéuticas para actuar sobre esta dimensión humana, igual que la endocrinología o la neurología, por ejemplo, lo hacen para que el médico de atención primaria o el médico especialista en endocrinología/neurología clínica puedan trabajar sobre el sistema endocrino/neurológico y retroalimenten con sus conocimientos clínicos a la ciencia básica de la que se nutren para su práctica. En el caso de la sexología, como ya hemos señalado y por distintas razones, ha sido olvidada en nuestra formación y en nuestra práctica médica, con lo que ni los médicos generales se suelen ocupar de las demandas sexuales de sus pacientes, ni existen médicos especialistas en sexología clínica. La solución, hasta ahora, ha sido no entrar en estos temas durante la atención médica: o se descartan o se derivan. De tal manera que muchas demandas no son atendidas y no porque sea necesario ser sexólogo para ocuparnos de ellas, de la misma forma que no es necesario ser psiquiatra para ocuparnos de la salud y/o enfermedad mental de nuestros pacientes.

¿Qué podemos hacer como médicos de atención primaria para atender las demandas sobre el hecho sexual huma-

SEMERGEN 2001; 27: 557-558.

no? No se trata de aplicar un voluntarismo de urgencia o un consejismo de militancia para paliar la falta de formación, ni de entrar en un campo profesional que corresponde al sexólogo. ¿Hacemos esto cuando intervenimos en salud mental? No, el médico general/de familia tiene un papel concreto en la atención de la salud mental que ni es voluntarismo, ni consejismo ni intromisión profesional: es una actuación profesional desde una situación de privilegio frente a otros especialistas. Igual ocurre en este caso: el médico de cabecera representa la primera línea de actuación en la atención de las dificultades sexuales y en intervenciones preventivas en el área de la salud y de la enfermedad sexuales. En muchos casos es el único profesional sanitario que las atiende, por tanto, parece lógico que asuma esta realidad y que atienda estas demandas. Se trata de empezar a reconocer al paciente como una persona sexuada —¿existe alguna persona no sexuada?— y de tener en cuenta este hecho en todas las actuaciones profesionales. Desde reconocerlo como diana de efectos secundarios a fármacos, incluirlo en los protocolos de rehabilitación, integrarlo en los cambios biográficos hasta considerarlo como fuente de dificultades propias. Considerar el hecho sexual es también el mejor modo de darnos cuenta de que tenemos formación suficiente para atender la mayor parte de las demandas sexuales que se nos pueden plantear y también para sentirnos obligados a seguir formándonos: existen multitud de publicaciones sobre el tema y los sexólogos (en el sentido de científicos del hecho sexual humano) producen material de estudio de calidad y nos aportan recursos sexológicos adecuados a cada situación. Respecto a las actitudes necesarias, al considerar el área sexual de nuestros pacientes nos damos cuenta de que es necesaria una actitud de cultivo con la que contamos por aplicarla a diario en otros aspectos; esto es, no son mis valores ni mis prejuicios morales personales hacia el hecho sexual los que se ponen en juego

ante una demanda de carácter sexual, son los del paciente con sus circunstancias los que debo valorar.

Una última pregunta: ¿quién va a atender las demandas sexuales si no lo hace el médico de atención primaria? No existe la sexología clínica entre las especialidades médicas y la única atención que se puede obtener es de carácter privado. Siguiendo con el ejemplo de la salud mental, ¿quién atendería todas las dificultades, “habituales y normales”, del duelo de la viuda de un paciente nuestro, paciente ella misma, si no lo hiciera su médico de cabecera? ¿El psiquiatra de zona? ¿Un psicólogo privado? El vacío asistencial de las demandas sobre el factor sexual debe llenarlo el médico de atención primaria. En la práctica diaria ya estamos atendiendo muchísimas demandas de carácter sexual; pienso en todas aquellas que tienen que ver con las estructuras sexuales (problemas hormonales, de caracteres sexuales, etc.), en muchas consecuencias de las dificultades sexuales no tratadas (ansiedades y estados depresivos reactivos a problemas en el encuentro de pareja, etc.), en problemas derivados de los cambios vitales (relaciones sexuales durante el climaterio, etc.). Hay muchos ejemplos³.

Parece buena idea empezar por considerar el hecho sexual de los pacientes con enfermedad cardíaca, que es lo que nos propone este mes la revista SEMERGEN⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response/Human sexual inadequacy (1.^a ed.). Boston: Little, Brown & Co., 1966/1970.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Instrucción y asistencia en cuestiones de la sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. Informe de una reunión de la OMS. Ginebra: OMS, 1974; documento 572.
3. Gervas JJ, De Celis M. Dificultades sexuales en atención primaria: una propuesta de intervención. SEMERGEN 2000; 26: 253-269.
4. López Merino V, Sánchez Sánchez F, Borrás Valls JJ. Sexualidad en pacientes infartados. SEMERGEN 2001; 27: 516-520.