

La normalidad como referente de salud sexual: ¿y si adoptáramos la actitud profesional habitual?

J. Gérvas Pérez

Profesor de Sexología Médica. Universidad de Almería.

Al hablar desde la medicina de la sexualidad humana de la esfera sexual del ser humano, ésta se entiende en términos de normalidad, de una normalidad comprendida en sus aspectos positivos y naturales; literalmente lo opuesto a considerarla como un tabú. Es una normalidad referida a lo habitual, asimilada y discutida con términos del estilo de: educativa, sin miedos, libre, abierta, no represiva, tolerante, aceptadora, comprensiva, responsable. Pero si una estructura, un pensamiento o una conducta sexuales rebasan lo normal, los límites aceptados y pactados, se les considera *anormales, enfermos, disfuncionantes*. ¿Es este un punto de vista clínicamente adecuado para el abordaje del hecho sexual de nuestros pacientes? Parece como si en lo profesional aplicáramos las más de 100 mentiras que usamos para explicarnos nuestro propio hecho sexual como normal. Son mentiras adquiridas a lo largo de toda una biografía aprendiendo a normalizarnos, mimetizando nuestro diálogo interior con el discurso de lo normal de los que nos rodean en el vagar vital por la escuela, la familia, la pareja, el trabajo, los amigos, etc.

También está regulada desde esta normalidad *la función* de la sexualidad, es decir, también está pautada por la ideología social imperante y su moral sexual. El derecho sanciona el comportamiento sexual desde la norma establecida y pactada por los intereses comunes; la Iglesia sólo reconoce una función a la sexualidad: la reproducción, y el entendimiento científico acepta toda aquella conducta que respete los criterios fisiológicos naturales o de salud. Es decir, nos manejamos con modelos estereotipados desde la moral sexual cultural para entender la sexualidad humana y para su estudio. Estos estereotipos se muestran en la actitud y en los actos del médico, puesto que hemos crecido y nos hemos formado en este contexto social.

El estereotipo de normalidad sexual en el ámbito sanitario presupone adscripción a lo natural y saludable y vie-

ne englobándose últimamente en el concepto de *salud sexual*. Lo terrible de este modelo de salud sexual es que centra la valoración clínica de la amatoria en su adecuación al comportamiento saludable, o sea, el que pueda ser considerado normal o natural; no comprende ni acepta otros. Con esto, la moral sexual ha conseguido cambiar el color de la etiqueta del comportamiento sexual, el típico bucle de lo políticamente correcto que deja todo como estaba: ¿no es lo mismo tener conductas sexuales anormales o antinaturales que tenerlas no fisiológicas, enfermas, trastornadas o disfuncionantes? Sin embargo, las intromisiones de la moral en la práctica médica no suelen arraigar, la realidad sexual termina imponiéndose con el paso del tiempo. El ejemplo más cercano lo tenemos en el trato que le ha dispensado la medicina a la homosexualidad y a la masturbación durante los últimos cincuenta años: de ser causa y efecto ambas de enfermedad, finalmente han logrado reconocimiento de comportamiento "autorizable". Las hemos excluido de la nosología, ya no son catalogables desde los referentes de salud/enfermedad negociados por la moral sexual con el discurso de la sociología naturalista, la fisiología funcionalista y la estadística de la conducta que conforman el concepto de salud sexual. O sea, hoy en día son comportamientos *normales* desde los criterios de salud al uso¹. ¿Se normalizará de igual forma la presbitumescencia genital masculina o seguiremos empeñados en hacer dopaje amatorio con la farmacología de la erección peneana? ¿Nos resistiremos a ver el deseo sexual exclusivamente desde su perspectiva bioquímica o seremos capaces de usar los *suplementos* de testosterona como elixir

¹A principios del siglo xx el doctor Surbled escribía: "(Los masturbadores) esos desdichados jóvenes atraen sobre sí temibles dolencias. Los más constantes y graves son los trastornos nerviosos. Obsérvanse jaquecas, neuralgias y hasta la neurastenia. Es frecuente la impotencia, puede alterarse la nutrición, dar lugar a una anemia intensa y al reumatismo. Cuando la constitución es delicada o diatésica, aparecen la tuberculosis y la tisis pulmonar". Del pecado pasábamos a la enfermedad y los trastornos. Por otra parte, la homosexualidad estuvo incluida hasta las años setenta en el manual diagnóstico de enfermedades mentales al uso. Es cierto que determinados sectores sociales, sobre todos los más fundamentalistas, no terminan de aceptar este mínimo reconocimiento a la variabilidad individual y a la pluripotencialidad de la sexualidad, y persisten en la discusión de lo natural dando inercia a la peonza de la normalidad sobre el mapa del hecho sexual humano.

Correspondencia: J. Gérvas Pérez.
C/ La Rambla, s/n.
04149 Agua Amarga. Carboneras. Almería.
Correo electrónico: jgervas@virtualsw.es

afrodisíaco para la mujer? Bastaría con excluir las consecuencias del envejecimiento en la amatoria de la nosología de disfunciones sexuales, retirando previamente del modelo de normalidad sexual la respuesta sexual de la *inexpertia* juventud. Todo llegará.

Si un paciente consulta por un gatillazo, una paciente relata problemas de identidad corporal tras una mastectomía, la hija adolescente de un crónico está embarazada, otro se queja de la frecuencia de encuentros con su esposa,... ¿Qué le vamos a hacer? ¿Qué culpa tengo yo?, pensamos desde la trinchera de la práctica diaria y nos dedicamos a fingir las demandas sexuales que nos son planteadas. Al no saber cómo abordarlas, las toreamos. Si no podemos distraerlas o decidimos atenderlas, como nuestra actitud es normativizadora y nuestros conocimientos pobres, no acertamos más que a etiquetar o a catalogar las demandas actuando al dictado de la salud sexual y de sus guías diagnósticas o, más recientemente, según las indicaciones de los laboratorios preocupados por la tumescencia y lubricación genital de hombres y mujeres. Por tanto, desde la clínica respondemos creando una nosología de las alteraciones cuantitativas y cualitativas del modelo de amatoria saludable y conseguimos que los pacientes vengan autoetiquetados, cargando con entidades nosológicas puras, imágenes especulares de lo saludable. La mayoría de las demandas se deben a “disfunciones” con el modelo amatorio propuesto y que el demandante ha interiorizado como *normal, completo y saludable*. No les hemos dejado espacio para la variabilidad ni la pluripotencialidad de su hecho sexual, ni siquiera aunque íntimamente reconocemos en nosotros mismos, en nuestras íntimas y centrales peculiaridades sexuales y amatorias, que hay otros modelos.

Pensamos, en resumen, que hay que reconocer sistemáticamente la esfera sexual de nuestros pacientes: mentarla al menos, si no explorarla, al escribir la historia clínica, plantearla al abordar los problemas iatrogénicos y tratarla siempre que repercuta en ella la enfermedad. Sabemos que la práctica médica poco a poco ha dejado de estar al servi-

cio de la moral sexual, pero, ¿mantenemos esta servidumbre cuando no reconocemos la esfera sexual de nuestros pacientes? Muchas veces prolongamos en la asistencia médica el silencio social con que se trata el hecho sexual; nosotros, que somos trabajadores de la salud, obviamos una de las principales fuentes de salud y felicidad de nuestros pacientes. Es cierto que para la atención de las demandas sexuales necesitamos un cuadro conceptual referencial, dotarnos de herramientas terapéuticas y aprender a atender las demandas con la misma actitud profesional que tomamos en el resto de actos médicos en los que se pone en juego nuestra moral personal². ¡Formémonos pues, porque los pacientes van a acudir a nosotros ya que consideran sus problemas sexuales como problemas de salud!³.

Tenemos vocación científica y clínica, no nos debería resultar difícil evitar prejuiciar la conducta sexual de nuestros pacientes con los referentes religiosos, morales y científicos habituales para poder centrarnos en la investigación clínica del problema sexual que nos plantea el paciente concreto, con su hecho biográfico, su moral y su concepto de salud personales, es decir, desde el respeto a su individualidad. Considerando la realidad del hecho sexual de nuestros pacientes desde *lo que es* frente a *lo que debería ser* según las ideologías en las que nos hemos formado. Lo real frente a lo normal. No podemos manejarnos, desde nuestros juicios de valor apriorísticos, en actitudes personales normativizadoras a la hora de trabajar las demandas por dificultades sexuales. Probemos a “dejar solo” a nuestro yo profesional con su cuidada y experimentada actitud facultativa.

²Igual que frente a casos de pacientes con enfermedades crónicas o discapacitantes, terminales, y otras situaciones que los médicos generales aprendemos a manejar con la práctica y que obligan a replantearse continuamente conceptos vitales e ideas morales; esto es, a madurar nuestras actitudes desde sus componentes cognitivo, afectivo y de intencionalidad de conducta.

³Comportamiento reforzado por las campañas de publicidad realizadas por los laboratorios con intereses en el mercado de la sexología médica: están centradas en intentar modificar las actitudes de la población hacia sus problemas sexuales.