

# **I Congreso de la Asociación Cántabra de Matronas**

## **IX Congreso Nacional de Matronas**

### **FORMACIÓN DE LA MATRONA COMO EDUCADORA SEXUAL**

#### **R. Oliver Arias**

(Psicólogo – Sexólogo)

C.O.F. “La Cagiga”

Servicio Cántabro de Salud

#### **AGRADECIMIENTOS.-**

Al comité organizador del congreso por invitarme a participar en él como Ponente, y a todos los asistentes. A Lourdes y Begoña sufridas lectoras del primer borrador de esta ponencia. A Pedro y Nacho, “culpables” del apoyo audiovisual.

Antes que nada aclarar que, en un principio, surgió el debate sobre si no sería más adecuado que la ponencia corriese a cargo de un/una profesional (matrona) al estar más en contacto con vuestra problemática del día a día. Se me planteó la conveniencia de hacer una visión desde afuera, por parte de un especialista, y me dejé convencer.

El por qué yo es más sencillo. Llevamos años trabajando para la misma empresa, con interconsultas y apoyos mutuos, y por si esto fuera poco, soy el único psico-sexólogo del Servicio Cántabro de Salud. Además, creo que también influyó la parte afectiva que suele ir quedando entre compañeros normalmente bienvenidos, tanto a la hora de proponérmelo, como a la de aceptar.

Dado que mi relación profesional ha sido más intensa con las matronas de Atención Primaria, la ponencia va más enfocada hacia este colectivo que al hospitalario.

Mi centro.- El C.O.F. “La Cagiga”.- Perteneciente al INSALUD hasta la transferencia, y actualmente al Servicio Cántabro de Salud, nace en 1984. El equipo, interdisciplinar, estaba formado en un principio por 1 ginecólogo, 4 profesionales de enfermería, 2 matronas, 1 trabajadora social, 1 secretaria y 1 psicólogo.

El concepto de interdisciplinariedad va más allá de la suma paralela de distintas disciplinas. La preparación de los profesionales que participan, en nuestro caso en P.F.(Planificación Familiar), implica tanto la formación en una disciplina específica como un marco conceptual común a todas ellas que debe tener su propio espacio de desarrollo a través de la reflexión y el trabajo en equipo.

Por ello, los primeros meses desde la creación del centro se dedican a un trasvase mutuo de conocimientos específicos, cohesión de equipo, y marco conceptual común, iniciando la actividad asistencial pocos meses después.

#### **¿Educación sexual?-**

Desde mi campo profesional, como psicólogo y sexólogo, compartí con el resto del equipo, y ahora con vosotros/as los aspectos básicos de mi formación: en lo referente al Hecho Sexual Humano que todos somos personas Sexuadas, Sexuales y Eróticas Sexuadas: nuestras estructuras (genéticas, hormonales, genitales, psicológicas...) nos imprimen una categorización; pertenecemos a uno u otro sexo; somos hombres o mujeres.

Sexuales; nos vivimos como sexuados, sentimos nuestras estructuras diferenciadas de una manera también diferenciada, que cristalizamos en unos comportamientos masculinos o femeninos.

Eróticas: nos expresamos y expresamos nuestras vivencias de ser sexuados de una determinada manera individual y social.

Somos, nos vivimos y nos expresamos como seres sexuados y es imposible no hacerlo. Podemos hacerlo de una forma gratificante o insatisfactoria, relajada o tensa, culpabilizada o natural... pero es imposible no hacerlo.

Desde este punto de vista, las discusiones sobre la conveniencia o no de la educación sexual no tienen ningún sentido, ya que siempre hacemos educación sexual; por lo tanto, la única discusión válida es la de la forma de llevarla a cabo para contribuir al perfecto desarrollo psicosomático y social del individuo, como factor determinante de la salud. La educación sexual no es reductible a una simple información anatómica, fisiológica y reproductiva. Es verdad que cualquier tipo de educación necesita apoyarse en hechos científicos, pero su objetivo va más allá de la constatación

de unas realidades; va a la forma de vivirlas, posibilitando con ello el desarrollo y crecimiento individual.

Reducir la educación sexual a una charla sobre contenidos varios y en las épocas más conflictivas de la vida supone una reducción de la propia sexualidad y un veto para los que no entren dentro de esas determinadas etapas.

La sexualidad es algo dinámico que no puede apartarse del resto de los procesos de la vida. Por ello, la educación sexual debe ser integrada en la educación general del individuo, para ser en definitiva más humana.

Desde el nacimiento, aspectos como la asignación de género y la consiguiente tipificación del comportamiento, la vinculación afectiva, los modelos de identificación o imitación, las respuestas a la curiosidad sexual del niño, la reacción de los adultos ante sus conductas sexuales, etc. forman parte de la evolución sexual y debe ser apoyada por el entorno.

Es sin embargo con la llegada de la pubertad y adolescencia y todo lo que conlleva - capacidad reproductiva (menarquia y primera eyaculación), pensamiento hipotético deductivo, cambio en la conducta social, determinación de la orientación sexual, etc.- cuando se enciende la alarma y frecuentemente se solicita apoyo especializado.

Para que una educación sexual sea realmente efectiva, debe ser ofrecida por el entorno en el que el individuo se mueve; por ello los principales agentes son los padres y los educadores.

Desde esta perspectiva, es evidente la incapacidad del C.O.F., o la vuestra, para asumir dicha función (la educación Sexual en sentido estricto) o la inutilidad de planteárnosla tan siquiera.

### **El abordaje de la Salud sexual.-**

Pero como profesionales sanitarios que sois, sí tenéis la obligación de asumir determinadas funciones informativas educativas en la promoción de la salud. Y dado que la relación entre salud y sexualidad es incuestionable, es necesario integrar la promoción de la salud sexual en los servicios sanitarios generales.

En mi experiencia de formación con distintos profesionales del sistema (matronas, médicos, enfermeras...), nos encontramos con dificultades y defensas específicas cuando del abordaje de lo sexual se trata. Estas dificultades se dan tanto por parte de los profesionales como de los usuarios.

Dificultades por parte del usuario o paciente:

- Vergüenza de hablar de la sexualidad y de admitir problemas sexuales.
- Dificultades a la hora de formular el problema.
- Falta de vocabulario sexual necesario para esta discusión.
- Temor a parecer ridículo raro o loco si se habla de este tipo de problemas.
- Convicción de que el/la profesional sanitario/a debe ser quien comience a hablar del tema.
- Convicción de que una disfunción sexual forma parte del envejecimiento y es por lo tanto inevitable.
- Desconocimiento de la capacidad del profesional para ayudar.
- Resistencia por parte de la pareja.

Dificultades por parte del profesional sanitario:

- Falta de tiempo por exceso de pacientes.
- Temor a irritar o incomodar al paciente o a la paciente.
- Temor a crear una intimidad no deseada.
- Deseo de respetar la vida privada del paciente y de no parecer entrometido.
- Falta de habilidades: cómo plantear preguntas sobre hábitos sexuales, posiciones, masturbación, orgasmo, relaciones extraconyugales, etc.
- Falta de formación apropiada en la facultad y en el trabajo.
- Vergüenza o problemas sexuales personales no resueltos.
- Convicción de que el o la paciente hablarían si lo creyeran necesario.
- Convicción de que la sexualidad carece de importancia.
- Convicción de que la sexualidad no afecta a la tercera edad, las personas solteras, disminuidas físicas o psíquicas o con enfermedades incurables.

No parece lo más lógico dejar en manos de los pacientes la solución de estas dificultades, siendo el profesional sanitario el que debe tomar la iniciativa.

Un modelo inductivo del abordaje de la salud sexual desde cualquier consulta (medicina, enfermería, matrona, psicólogo...), comprende cuatro fases.

- 1.- Dar permiso para hablar de problemas o dudas sexuales.

Invitar a los pacientes a hablar de temas sexuales.

Tomar la iniciativa el profesional, por modelado, facilita la apertura del paciente a plantear cuestiones del área sexual. ("Si el profesional lo hace, es correcto hablar de esto").

La invitación puede realizarse directa (por ejemplo al elaborar la historia clínica) o indirectamente (folletos o pósters en la sala de espera...).

Esta fase supone algo más que simplemente formular la pregunta. A menudo la actitud del profesional hacia el o la paciente y su reacción hacia este tema, son significativas. Se debe prestar siempre atención tanto al lenguaje verbal como al no verbal del paciente. Cuando se otorga el permiso, los pacientes aún tienen la posibilidad de no desvelar toda la información sobre su vida sexual, de rehusar cualquier intervención o de cambiar cualquier hábito sexual.

Cuando los pacientes presentan dificultades en expresar sus problemas sexuales, es una buena ocasión para mejorar sus habilidades de comunicación. Estas intervenciones deben contribuir a crear un clima de confianza. Puede ser necesario programar una cita posterior, para que el paciente pueda expresarse con más tiempo y sin agobios. Las citas deben adecuarse a los pacientes y no a la inversa.

2.- Aportar información limitada.

Informar para mejorar los conocimientos, superar ciertos mitos sexuales, atenuar la angustia y reforzar la confianza.

Esto puede contribuir a prevenir la aparición de problemas en un futuro.

La información se debe dar con moderación y sensibilidad. El o la paciente debe entender que en la sexualidad humana hay una gran variedad de comportamientos, preferencias, necesidades y hábitos.

En la mayoría de casos la invitación a hablar se combina con la información. Y esta combinación satisface las necesidades de gran parte de los pacientes.

3.- Proposiciones específicas.

Cuando un problema es de larga evolución, complejo, o cuando el o la paciente plantea cuestiones precisas.

En este punto el o la profesional de la salud decidirá si deriva al paciente para un "tratamiento intensivo".

4.- Tratamiento intensivo.

Normalmente será asumido por el especialista.

Vuestras funciones asistenciales y formación, os colocan en situación privilegiada para abordar estas tareas educativas informativas, respecto a otros profesionales de vuestro entorno.

El realizar parte de vuestras funciones con grupos, y además de forma programada, os permite un abordaje mucho más idóneo y profundo de los aspectos sexuales.

Programas de psicoprofilaxis obstétrica.

En todos los programas que conozco se abordan con mayor o menor profundidad determinados aspectos de las relaciones sexuales durante el embarazo y postparto. No me consta de la misma manera que se aborden de forma tan programada aspectos tanto o más fundamentales en lo que a sexualidad se refiere.

Durante mucho tiempo, y hasta no hace tanto (ahora se os anticipa la ecografía), fuisteis el colectivo profesional encargado de dictaminar el primer nivel en el desarrollo psico-sexual: en el momento del parto, y al visionar el genital asignabais el sexo al recién nacido.

La asignación de una identidad sexual y el rol de género exigen una serie de comportamientos diferenciales según se trate de un niño o una niña. Estos comportamientos afectan, por una parte, a actividades de los adultos para con el niño o la niña (decoración de la habitación, ropa de la cuna, vestidos, juguetes, etc.) y, por otra, a un conjunto de expectativas referidas al propio niño o niña (conductas e incluso rasgos de personalidad).

Recuerdo que al nacer mi hija, me encontré con la sorpresa de que la matrona, mujer mayor y entrañable, por hacernos un favor y sin pedir consentimiento, le había realizado agujeros en las orejas. Ello debió poner muy contenta a la abuela (mi madre), que le pensaba regalar unos pendientes, caso de ser niña. Al nacer mi hijo no nos llevamos ninguna sorpresa. Hoy en día mi hijo lleva un pequeño pendiente que se puso por decisión propia hace algo de tiempo, lo que también sería impensable hace unos años. No por anecdótico deja de ser significativo.

Aunque la presión de actividades y expectativas diferenciales han variado significativamente en los últimos años, siendo hoy bastante menor que en el pasado, sigue habiendo un doble proyecto según se trate de un niño o una niña.

Y ese doble proyecto sigue dejando demasiadas veces en desventaja a las niñas, lo que podría replantearse en los grupos de psicoprofilaxis. Diferencia hombre mujer sí, injusticia por genero, ya desde el nacimiento, no.

Otro aspecto capital para el desarrollo psico-sexual sería la promoción de una correcta vinculación afectiva.

Durante los dos primeros años de vida, el vínculo afectivo con los progenitores (o quienes hacen sus veces) tiene una importancia central en la vida del niño. Este vínculo se forma y mantiene gracias a un sistema privilegiado de interacciones entre el niño y quienes le cuidan, las cuales suponen contacto íntimo (proximidad y contacto piel a piel), desformalizado (no se respetan las normas sociales propias de la comunicación) constante (con las mismas personas) y frecuente (dado que los niños necesitan una total dedicación). Estas interacciones son, además, muy absorbentes para el adulto (éste debe dedicarles gran cantidad de tiempo), asimétricas (es el adulto el que tiene el control y se puede adaptar al niño) y permisivas para con el niño (dado que éste no es considerado aún como alguien que puede obedecer).

Si un niño no dispone de figuras de apego durante la infancia, es imposible que supla esta carencia, porque sólo durante este periodo de la vida tienen lugar estas formas de interacción. Posteriormente, no hay prácticamente contacto corporal entre las personas, la comunicación es mucho más formalizada y las relaciones son más independientes y esporádicas.

Es en esta relación con las figuras de apego donde aprendemos a tocar y ser tocados, mirar y ser mirados, comunicar y entender lo que nos dicen los demás. Todos ellos, elementos esenciales del intercambio sexual. De hecho, cuando tenemos relaciones sexuales, también nos tocamos, miramos y hablamos de forma íntima y desformalizada.

También es en las relaciones de apego donde se adquiere la seguridad emocional básica que nos permite abrirnos confiadamente a los demás, creer en nuestras posibilidades y superar, si fuera necesario, las decepciones afectivas que podamos tener a lo largo de la vida.

Para nosotros, la tan promovida lactancia materna a nivel nutricional, inmunológico, etc., es también fundamental, pero como conducta que refuerza la vinculación afectiva. Y nuevamente vemos el grupo de psicoprofilaxis como lugar idóneo para promoverla.

En el supuesto caso de que ya exista un hijo previo, también nos parece fundamental que abordéis la preparación del niño por parte de la familia ante la llegada del nuevo hermanito/a, previniendo el "trauma del príncipe destronado", las conductas celotípicas exageradas, y frecuentes regresiones como la pérdida del control de esfínteres ya adquirido, etc. Y el contexto grupal en que os desarrolléis es un contexto privilegiado.

El seguimiento del embarazo.-

Tal y como planteábamos con anterioridad, el seguimiento no debiera quedarse en la cumplimentación del protocolo obstétrico.

Incitar o invitar a que comenten aspectos de las relaciones sexuales que les pueda preocupar es una obligación.

Con frecuencia encontramos parejas que evitan las relaciones sexuales durante el embarazo, o las mantienen con angustia por falsos mitos como la posibilidad de dañar al feto, etc. Una básica y puntual información aportada en ese mismo momento puede ser de gran utilidad para la tranquilidad y estabilidad de la pareja.

En el caso de estar prohibidos la relación coital y/o el orgasmo por indicación obstétrica, es también vuestra obligación profesional abrir otros campos en el juego sexual. La caricia afectiva, relajada, sensitiva, no exigente de placer ha servido a muchas parejas de sustituto de la relación sexual.

La estimulación de la mujer al hombre, cuando existe una buena relación de pareja, también le ayuda en determinadas ocasiones a disminuir una culpabilidad autogenerada por negarles lo que consideran un "derecho inalienable".

Y seguimos trabajando a un nivel informativo, educativo, no terapéutico, pero que suele ser suficiente para evitar o aliviar problemas mayores.

La revisión postparto.-

El postparto es un momento crucial para muchas mujeres.

Además de la valoración estrictamente ginecológica, episiotomía casi universal incluida, prevención de nuevos embarazos, etc., debiera ser de obligado cumplimiento sondear las expectativas de la mujer ante un hipotético reinicio de relaciones sexuales.

Ante miedos infundados de dolor, la promoción de los ejercicios de Kegel y la comprobación de que los hace correctamente durante una exploración tranquilizadora, puede ser suficiente para evitar la

aparición de un vaginismo secundario. Promover así mismo una autoexploración progresiva en su casa tras una ducha relajante y con lubricante adecuado, no deja de ser una actuación educativa, en cuanto que mejora la asunción del propio esquema corporal (en este caso del genital).

Cuando esto no es suficiente, en nuestro centro realizamos exploraciones progresivas, no muy distanciadas en el tiempo, rozando el profesional el genital externo, introduciendo primeramente un dedo en la vagina, luego dos, y en su momento el espéculo, utilizando posteriormente un espejo con el que la mujer observa la amplitud de su vagina. Esto debe hacerse en una situación relajada, apoyando a la mujer, y dedicándole el tiempo que precise.

Lógicamente se buscan momentos que no bloqueen la consulta.

Compartir después el genital con la pareja en una relación coital, una vez que la mujer lo considere oportuno, no es más que un juego de niños sin peligros ni fantasmas.

Y lo que no deja de ser labor educativa de calidad, vuelve a ser función de la matrona.

Grupos de perimenopausia.-

De un tiempo a esta parte, suele formar también parte de vuestra cartera de servicios. En los programas suele haber una parte dedicada a los cambios en el genital femenino y en la respuesta sexual; en ocasiones también del hombre.

Debiera formar parte del programa, como mínimo, una serie de orientaciones para las dificultades más frecuentes, en lo que a relaciones sexuales se refiere, en dicha época y para un futuro. Exponemos un sencillo cuadro de Mayo Foundation for Medical Education and Research (1993), que creemos bastante sencillo para trabajar, a nivel educativo, en un grupo, o en consulta individual.

Cuadro.- Anexo 1.

El trabajo con adolescentes.-

Con relativa frecuencia, es la matrona la encargada de asumir peticiones desde institutos o colegios de la zona.

Es fundamental adaptarse a las características especiales de este colectivo, eliminando ocasionales prejuicios en su abordaje, y sobre todo que no se realice por obligación, sino por el gusto de estar y ayudar al adolescente.

A modo de orientación resumo nuestro sistema básico de actuación cuando desde el C.O.F. acudimos, preferentemente a I.E.S. públicos:

Exigimos que el centro haya colaborado, como mínimo, exponiendo material audiovisual que previamente selecciona en el C.O.F. o que ya tiene de años anteriores. Ocupamos el horario equivalente a dos clases lectivas.

Utilizando técnicas grupales del tipo Phillips 66, vamos respondiendo a las preguntas que han formulado por escrito los/as alumnos/as. La media suele ser superior a 25 preguntas por aula. Con esta metodología nos encontramos hoy en día con un archivo de más de 6000 preguntas formuladas espontáneamente y en su propio lenguaje.

Este sistema nos permite responder a los intereses reales del grupo, debiendo únicamente adaptarnos a su nivel de madurez.

Ejemplos de preguntas.- Anexo 2.

Aprovechamos el momento para difundir la existencia de nuestro centro y fomentamos que acudan al mismo.

Hay además una serie de puntos básicos que, relacionándolos con sus preguntas, siempre abordamos en estos grupos:

- La sexualidad es algo más complejo que las relaciones sexuales, aunque suelen reducirla a ellas.
- El derecho a decir No a una relación sexual es incuestionable, así como el respeto a cualquier otra forma de vivir la sexualidad que no sea la propia (homosexualidad, bisexualidad, virginidad, etc.) siempre que sea entre personas adultas que consienten.
- El conocimiento del ciclo menstrual; es claramente insuficiente e incorrecto, aunque forme parte del curriculum académico.
- Comprobar el correcto conocimiento de determinadas estructuras anatómicas o funcionamiento fisiológico; entre ellas destacaría la localización del himen (suele ser incorrecta) o la emisión de las glándulas de Cowper (por las repercusiones que conlleva).
- El condón es el método de 1ª elección en gente joven; prácticamente todos lo conocen, pero muy pocos saben utilizarlo correctamente. Es pues imprescindible recalcar todas las normas de utilización.

· - Para cuando el condón se rompe, se queda en vagina, o no se usó, deben conocer la posibilidad del Tratamiento Postcoital, en especial el tiempo para tomarlo (72 h.), y el sitio al que acudir para conseguirlo.

· - Lo fundamental en las E.T.S. es cómo prevenirlas. En segundo lugar qué hacer en caso de contagio (acudir a un centro de referencia, sin temor ni vergüenza, para su diagnóstico y tratamiento).

· - Las E.T.S. siempre deben ser tratadas, como mínimo, en pareja. La posibilidad de contagio también se da entre gente "aparentemente normal".

En centros privados o agrupaciones juveniles que lo solicitan, mantenemos básicamente la misma línea de actuación.

Dada la etapa evolutiva en la que se encuentran, es fundamental sondear si existe o no algún problema con la autoimagen. El adolescente se encuentra en pleno periodo de adaptación a una imagen corporal, la suya propia, que cambia día a día, y difícilmente puede competir con unos modelos estandarizados que la sociedad más o menos veladamente nos impone. Un despertar intenso del deseo sexual y la típica inestabilidad emocional de esta

época, provoca una enorme preocupación por sentirse atractivos y encontrar pareja, aunque sólo sea para desarrollar relaciones románticas. Es pues un momento crucial en el que frecuentemente aparecen, además de fases depresivas, los trastornos de alimentación

El trato preferencial al adolescente es imprescindible a la hora de favorecer su asistencia a un centro sanitario. Hay que tener en cuenta que, de no conocer a algún profesional con el que tenga confianza, es muy difícil que se acerque al centro espontáneamente, y si lo hace va a ser con gran esfuerzo por su parte y/o en situaciones de emergencia.

Es fundamental permitir al máximo la consulta espontánea (no programada) dentro de nuestras posibilidades, hacer énfasis en la confidencialidad de lo que allí se aborde, no exigir documentación ( D.N.I., cartilla de la seguridad social...) salvo que el tipo de consulta lo requiera, etc.

Para que este abordaje sea posible es necesaria la sensibilización y trabajo en equipo con los compañeros administrativos de recepción del centro.

### **A modo de conclusión.-**

Conozco hace unos cuantos años a un buen número de matronas que cubren en buena medida las funciones educativas en el plano sexual que he ido desarrollando a lo largo de mi exposición. Y además, las hay que lo hacen muy bien. Por vuestra formación y práctica cotidiana sois las profesionales que más soltura podéis tener en el abordaje físico y verbal de lo genital, enseñáis relajación, tenéis amplia experiencia en manejar grupos, tenéis formación en prevención del embarazo, enseñáis los ejercicios de Kegel, aunque sea para el control de orina, etc.

Pero no soy yo a quien corresponde definir si, como colectivo, necesitáis o no más formación en este campo. Es evidente que para cubrir estas funciones se precisa, además de ganas, una preparación específica. Algunas habréis recibido pinceladas en la facultad, otras os habréis formado por vuestra cuenta, bibliográficamente, a través de algún curso, reuniones de compañeras, o la práctica diaria. Puede que alguna ni se diese cuenta de que estaba haciendo, al menos, parte de esta labor.

Sospecho que el apoyo formativo podría ser más necesario en cuanto a adquisición de habilidades en la consulta o en los grupos que en los conceptos.

En ocasiones la formación profesional nos aclara aspectos personales sin resolver que son los que nos incapacitan para abordar el tema de la sexualidad con los demás.

Pero desde mi especialidad, estas son funciones fundamentales, que tengo claro debéis asumir como colectivo, ya que son funciones vuestras. Y si consideráis que precisáis apoyo, exigirlo de la misma manera que debieran exigiros su cumplimiento.