

L'ESTRATÈGIA DE SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA DE LA COMUNITAT VALENCIANA, 2017-2021 ■ EDUCACIÓN SEXUAL ■ SEXUALIDAD EN LA DIVERSIDAD FUNCIONAL ■ CAMINANT CAP A LA DIVERSITAT SEXUAL I DE GÈNERE: DEL PROCÉS INDIVIDUAL AL PROCÉS COL·LECTIU ■ DUELO PERINATAL ■ LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL ■ BUENAS PRÁCTICAS Y PARTICIPACIÓN INFORMADA DE LA MUJER EN LA ATENCIÓN AL PARTO

viure en **SALUT**

111

Octubre
2017

**Salut sexual i
reproductiva**



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SAUT PÚBLICA

viure en SALUT

EDITA
Generalitat Valenciana.
Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
Direcció General de Salut Pública.

TRADUCCIÓ I ASSESSORAMENT DEL VALENCIÀ
Subdirecció General de Política Lingüística.
Conselleria d'Educació, Investigació,
Cultura i Esport.

COORDINACIÓ CIENTÍFICA DEL MONOGRÀFIC
Luis Mitjans Lafont i Gracia Barrué Broch.

COL·LABORADORS DEL MONOGRÀFIC
Ruben Bild Alexenicer, Ainoa Biurrun Garrido,
Juan Francisco Fernández Hernández, Josefine
Goberna-Tricas, Iván Gómez García, Lourdes
Margaix-Fontestad, Miguel Ángel Martín
Vallejo, Luis Mitjans Lafont, Raquel J. Prieto
Prieto, Charo Ricart Miquel i
Pedro Salmerón Sánchez.

IMPRESSIÓ I FOTOCOMPOSICIÓ
Gráficas Marí Montañana.

DIPÒSIT LEGAL
V-1063-1988

ISSN 1888-6833

**Inclosa en el directori de
publicacions seriades LATINDEX**

VIURE EN SALUT es reserva el dret de realitzar canvis editorials d'estil o d'introduir modificacions sobre els articles rebuts per tal de facilitar-ne la claredat o la comprensió, inclosa la modificació del títol. Els possibles canvis no afectarien el contingut intel·lectual de l'article.

La Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública no s'identifica necessàriament amb les opinions expressades pels redactors i col·laboradors de la publicació.

VIURE EN SALUT autoritza la reproducció dels seus textos, sempre que se'n cite la procedència. Alhora, demanem que ens feu arribar dos exemplars de la publicació on s'incloguen els seus continguts.

VIURE EN SALUT s'envia gratuïtament a tots els col·legis, ajuntaments i centres sanitaris de la Comunitat Valenciana. També es trameta a les associacions, entitats o persones que ens ho sol·liciten. Agraïm que se'ns comunicara qualsevol anomalia observada en la recepció, per tal de corregir-la, i també els canvis de domicili.

Us convidem a fer una revista cada vegada més vostra. No dubteu a donar-nos la vostra opinió sobre la revista, expressar el vostre acord o desacord amb els articles d'opinió que hi apareixen, aportar suggeriments, plantejar dubtes o peticions, etc. Esperem les vostres aportacions.

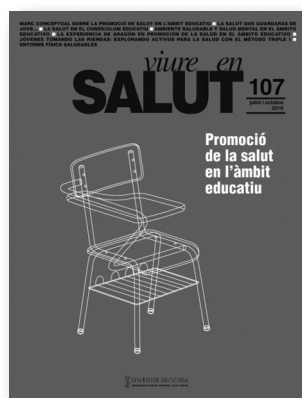
Adreceu-vos a:

Direcció General de Salut Pública
Avinguda de Catalunya, 21
46020 València

961 92 57 92
viure_salut@gva.es



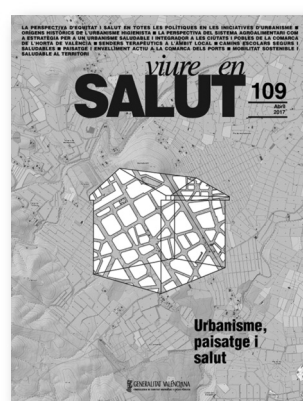
VS 110
**Infància,
alimentació i salut**



VS 107
**Promoció de la salut
en l'àmbit educatiu**



VS 104
**Informació alimentària
facilitada al consumidor**



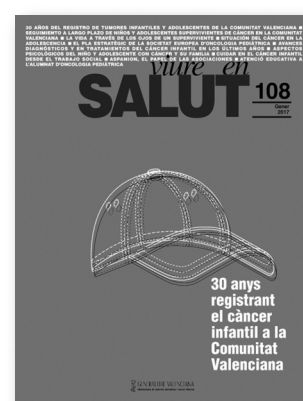
VS 109
**Urbanisme,
paisatge i salut**



VS 106
**Salut en totes les
polítiques**



VS 103
**Prevenció de
càncer colorectal**



VS 108
**30 anys registrant el
càncer infantil a la
Comunitat Valenciana**



VS 105
**Mosquit tigre i
salut**

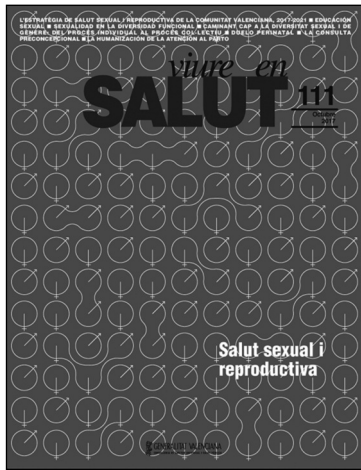


VS 102
**Vacunes més enllà
del calendari infantil**

SUBSCRIPCIÓ GRATUÏTA

Per a subscriure's a VIURE EN SALUT cal comunicar les dades demanades, per a la qual cosa es pot utilitzar qualsevol d'aquests mitjans: correu postal, correu electrònic o telèfon. També es pot fer una subscripció en línia en la pàgina web de la Direcció General de Salut Pública: www.sp.san.gva.es

1	Nom i cognoms	Adreça postal	Direcció General de Salut Pública
2	Domicili		
3	Localitat		Avinguda de Catalunya, 21
4	Província		46020 València
5	Codi postal		
6	Telèfon		
7	Correu electrònic	Correu electrònic	viure_salut@gva.es
8	Data de naixement		
9	Professió	Telèfon	961 92 57 92



Sumari **VS 111**

	últimes pàgines
2.....	Últims números publicats
	editorial
3.....	
	informe
4.....	L'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva de la Comunitat Valenciana, 2017-2021
	Luis Mitjans Lafont
7.....	Educación sexual. El Programa de Intervención en Educación Sexual para Educación Secundaria Obligatoria de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública
	Luis Mitjans Lafont
9.....	Sexualidad en la diversidad funcional
	Charo Ricart Miguel
11.....	Caminant cap a la diversitat sexual i de gènere: del procés individual al procés col·lectiu
	Juan Francisco Fernández Hernández i Pedro Salmerón Sánchez
13.....	Duelo perinatal
	Rubén Bild Alexenicer e Iván Gómez García
15.....	La consulta preconcepcional
	Lourdes Margaix-Fontestad, Miguel Ángel Martín Vallejo i Raquel J. Prieto Prieto
17.....	Buenas prácticas y participación informada de la mujer en la atención al parto
	Ainoa Biurrun Garrido y Josefina Goberna-Tricas
	recursos
19.....	Materials temàtics

La sexualitat ha anat ocupant en les darreres cinc dècades cada vegada més presència en la vida individual i social de les persones. El coneixement científic i els moviments socials defensors de la igualtat de drets entre els sexes i els moviments feministes han potenciat que la sexualitat ocupe un lloc important entre les variables que són percebudes com a determinants en la satisfacció de la vida de les persones. La conseqüència ha sigut que l'atenció a la salut sexual i reproductiva ocupa un valor estratègic prioritari en l'atenció al benestar de les persones.

La sexualitat manté poderosos vincles en l'entramat de construcció de les interaccions interpersonals. En les societats modernes, el criteri bàsic per a establir els llaços emocionals i afectius entre les persones va deixar de ser les conveniències economicosocials i ha passat a ser "l'amor", diguem-ne sexual, el criteri que domina en l'elecció de parella emocional i des d'on s'establixen les relacions de parella, que una vegada es refermen constituïran el nucli familiar, situant la vivència de la sexualitat i la capacitat procreadora, independentment d'un context heterosexual o homosexual, en un primer pla tant de la vida individual de la ciutadania com en el pla relacional.

La declaració dels drets sexuals i reproductius marca un nou temps des d'on la ciutadania demanda l'atenció a la seua salut sexual i reproductiva. Les accions que es desenvolupen han d'estar guiades per aquests drets i per la connexió intersectorial i la participació de la societat civil en el procés de la millora de la salut sexual i reproductiva.

La Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, sensible a aquesta demanda i fent-se partícip d'aquesta nova realitat, ha elaborat un marc referencial unificador que servisca com a full de ruta de totes les polítiques sanitàries relacionades amb el benestar de la sexualitat de la població i la defensa dels seus drets: l'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva.

Aquest document marc permet realitzar un abordatge integral de la promoció, la prevenció i la protecció de la salut sexual i reproductiva, facilita l'ordenació de totes les accions dirigides a aconseguir millorar i mantindre una adequada salut sexual i reproductiva, tant individual com comunitària, a la Comunitat Valenciana.

L'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva parteix d'uns principis rectors que garanteixen els drets sexuals i reproductius, dins d'un marc general que incorpora la perspectiva de gènere i els determinants socials de salut de forma transversal, centrada en les persones i considerant la diversitat sexual i de gènere així com totes les situacions d'especial vulnerabilitat relacionades amb la diversitat funcional i els contextos socioeconòmics vulnerables.

Aquesta serà la proposta temàtica d'aquest número de VIURE EN SALUT, que centrat en l'elaboració de la mateixa Estratègia s'ocupa de temes claus relacionats amb la vivència saludable de la sexualitat. L'educació sexual, la diversitat sexual, la salut sexual i reproductiva en situacions de diversitat funcional, la consulta preconcepcional, el dol perinatal i la humanització del part componen aquesta mirada en profunditat de la salut sexual i reproductiva.

L'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva de la Comunitat Valenciana, 2017-2021

Luis Mitjans Lafont

La salut sexual i la salut reproductiva discorren actualment com a conceptes explicatius units que descriuen i construeixen el relat del procés vivencial de la sexualitat de les persones. Les dues han de ser enteses com un mitjà per aconseguir que totes les persones puguem portar una vida individual i social amb un desenvolupament de la seua sexualitat i la seua capacitat reproductiva de manera lliure, plena i satisfactòria.

Durant l'any 2016 s'ha elaborat l'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva (ESSR), document marc que té com a objectiu servir com a full de ruta per abordar la promoció, prevenció i protecció d'una vivència saludable de la sexualitat de la ciutadania de la Comunitat Valenciana.

El document ha sigut el resultat d'un procés participatiu de construcció, en el qual s'han anat incorporat tots aquells agents clau relacionats amb la salut sexual i reproductiva de la població.

L'escenari de partida. Pinzellades històriques

De l'Edat Mitjana a la modernitat en una dècada
Després d'eixir del llarg període d'ineficaç autarquia, en les primeres dues dècades d'imposició de la dictadura, el règim va haver d'obrir-se al món a partir dels anys seixanta, encara que va continuar mantenint un control estricte sobre les llibertats i els drets de la ciutadania. El nacional-catolicisme, component central i peculiar del règim, havia marcat —i continuava fent-ho— la moral sexual de la societat espanyola, deixant els aspectes relatius a les llibertats sexuals en mans de la ideologia religiosa catòlica més integrista (quant a no deixar incloure cap canvi en els principis morals que regien la sexualitat per a l'Església catòlica més conservadora).

La societat espanyola —per tant, la valenciana— es trobava en la dècada dels huitanta, després de la finalització del règim feixista que es va imposar després de la Guerra Civil espanyola (1939-1978), en una situació de distanciament entre les lleis que regien la convivència en el país i la població, fet que era especialment manifest en els costums i usos en sexualitat.

La societat espanyola es trobava a l'inici de la democràcia post-dictadura en una situació de necessària modernització per aconseguir un nivell de desenvolupament polític, social i econòmic similar al de la resta de les nacions europees.

Les polítiques natalistes del règim franquista —fonamentades en unes polítiques reproductivistes i de recuperació poblacional després de la guerra, l'exili i la penúria post-bèl·lica— estaven emmascarades i sustentades sobre una moral sexual vinculada exclusivament, com ja s'ha assenyalat, a la moral catòlica. La conseqüència directa en va ser la penalització i la proscripció de qualsevol forma de desvinculació de la sexualitat personal i relacional de la reproducció. El condó,

prohibit i mal vist, estava vinculat exclusivament a l'ús de la prostitució de les dones per part dels homes; quant a l'homosexualitat i l'avortament, per qualsevol dels supòsits possibles, estaven penalitzats i perseguits.

Qualsevol mètode anticonceptiu era rebutjat per la moral imperant i penalitzat si es podia. No es coneixen exactament els costums sexuals de la població espanyola durant aquests anys, sobretot els relatius al control del nombre de descendència dins de la família. Les primeres enquestes sobre el control de natalitat es van fer a partir dels anys setanta, el segon informe de la fundació FOESSA, publicat l'any 1970, incloïa preguntes a mestresses de casa (dones casades) sobre l'opinió que tenien sobre aquest control, no sobre l'ús que se'n feia.

Veient l'evolució de la natalitat i els recursos anticonceptius que hi havia fins a l'arribada del *baby-boom* espanyol (naixements entre 1958-1977) el retard del matrimoni, l'abstinència, la "marxa arrere" i els preservatius —tot i no ser fàcils d'aconseguir— i la tolerància de la prostitució per a "l'alleujament" dels homes degueren ser la manera habitual d'evitar embarassos fins a l'arribada d'un període econòmicament més pròsper que va afavorir l'augment de la natalitat.

Les aspiracions subjectives de les dones i homes relatives a la separació de la seua sexualitat i de la seua capacitat reproductora, així com de la protecció enfront de la transmissió de malalties per aquesta via, són quasi tan velles com la història de la humanitat. Els primers condons trobats es remunten a l'antic Egipte, 1339 anys abans de la nostra era, a la tomba de Tutankamon. En el mite del rei Minos, la seua esposa Pasífae es protegeix de l'esperma d'ell utilitzant una bufeta de cabra.

L'arribada dels anticonceptius hormonalment efectius al món occidental —als EUA, l'FDA (Administració de Medicaments i Aliments) va autoritzar-ne la venda en 1960— va produir la consolidació d'aquest anhel de separar el sexe de la procreació.

A Espanya, els anticonceptius hormonalment es van comercialitzar en 1964, però no serà fins que es van legalitzar a l'octubre de 1978, mitjançant la modificació de l'article 416 del Codi Penal, quan es van poder prescriure i prendre de forma legal com a tals anticonceptius. Fins a aquest moment es prescrivien i s'utilitzaven amb la indicació de medicació "reguladora del cicle hormonal". No obstant això, va produir, de manera similar a la resta del món, un canvi dels costums i de les aspi-

racions sexuals de les generacions més joves de dones i homes.

La societat espanyola, sobretot les generacions de persones nascudes en les dècades dels cinquanta i seixanta, havia pres la davantera als canvis que tant el règim franquista com el règim post-franquista predemocràtic podien assumir. La societat de consum, l'accés a la instrucció d'una classe mitjana cada vegada més potent i el turisme havien trencat el control ferri que la moral sexual dominant tenia de la vivència sexual de la ciutadania de l'Estat espanyol.

A la Comunitat Valenciana, com a la resta de l'Estat espanyol, els canvis sociopolítics que ocorren a partir de l'eixida del règim feixista a un règim polític democràtic van permetre l'elecció de les primeres corporacions locals democràtiques en els ajuntaments (1979). Van ser aquests ajuntaments els que primer es van fer ressò de les necessitats i els anhels de les dones, i de la societat en general, i van propiciar la creació dels primers centres de planificació familiar.

Aquest procés va estar afavorit per diferents circumstàncies sociopolítiques. D'una banda, encara no s'havien produït les transferències en matèria de sanitat a unes administracions autonòmiques, encara en fase inicial, que pogueren permetre iniciatives diferents de les marcades per una Administració central incapaç d'assumir les demandes socials en aquestes àrees, per trobar-se ancorades en la inèrcia de la moral sexual del règim nacional-catòlic previ. D'una altra banda, les noves administracions locals i provincials (diputacions) sí que es plantejaven donar resposta a la necessitat social de modernització dels costums sexuals de la societat valenciana i, a més, disposaven de l'empata legal per a poder portar-ho a terme.

En 1980, l'Ajuntament d'Elx va ser pioner en la creació del seu centre de planificació familiar. En els anys posteriors es van crear al llarg del territori de la Comunitat Valenciana molts més centres, de dependència tant municipal com provincial i del mateix sistema sanitari. El resultat va ser la constitució d'una densa xarxa de centres de planificació familiar.

Les transferències en matèria de sanitat a les comunitats autònomes es van iniciar en 1982 a través del Reial Decret 340/1982, en el cas de la Comunitat Valenciana es van fer aquestes transferències a l'ens preautonòmic Consell del País Valencià, i aquestes van passar a la Generalitat Valenciana després de les primeres eleccions autonòmiques (desembre de 1982). La culminació del procés de transferències sanitàries va ser la publicació de la Llei general de sanitat (Llei 14/1986, de 25 d'abril), per la qual es constituïa el Sistema Nacional de Salut, format pels serveis de salut de les diferents comunitats autònomes. Aquest model permetia, entre altres qüestions, la integració gradual de tots els centres, serveis i establiments que fins a aquest moment depenien de les diputacions i dels ajuntaments, en el servei de salut autonòmic amb responsabilitat exclusiva en l'àmbit territorial de la comunitat autònoma.

La Llei general de sanitat (LGS) va plasmar per primera vegada, en un document legislatiu espanyol, la proposta de la Conferència d'Alma Ata

(1978), que proposava que l'atenció primària de salut havia d'incorporar l'atenció a la planificació familiar. En concret, l'article 18.7 de la LGS diu que una de les actuacions sanitàries del sistema de salut inclou "els programes d'orientació en el camp de la planificació familiar i la prestació dels serveis corresponents".

Així que ho va permetre la LGS, el Govern de la Generalitat va legislar l'atenció a la salut sexual i a la salut reproductiva per mitjà de tres decrets. El Decret 42/1986, de 21 de març, que va entrar en vigor el 28 d'abril, pel qual es defineix i s'estructura l'Atenció Primària a la Comunitat Valenciana, que incloïa els programes de planificació familiar com a serveis de suport a l'Assistència Primària; el Decret 149/1986, de 24 de novembre, pel qual es regula la prestació dels serveis en matèria de planificació familiar i sexualitat; i el Decret 147/1986, de 24 de novembre, que regula el tractament integral de l'atenció de la dona en el procés de la maternitat al llarg de l'embaràs, el part i el puerperi.

Fins a 2003, any en què es va produir la culminació del procés de transferència de la dependència de tots els centres de planificació familiar (CPF) a la Conselleria de Sanitat, es van mantindre amb dependència tant municipal com provincial o del Servei Valencià de Salut, ens que assumia les competències sanitàries a la Comunitat Valenciana. Una vegada tota la xarxa de CPF va ser de titularitat de la Conselleria es va iniciar el procés de transformació d'aquests CPF en centres de salut sexual i reproductiva (CSSR), per mitjà de la publicació en 2004 del document que regulava la cartera de serveis dels CSSR.

El marc actual dels significats de salut sexual i salut reproductiva

La postmodernitat

La disponibilitat dels anticonceptius hormonals i els canvis que aquests han permés consolidar en l'apoderament per part de les dones de la seua sexualitat, qüestió que venien defensant els moviments feministes durant tot el segle XX, va posar en l'agenda dels organismes i institucions responsables dels temes referits a la salut sexual, tant internacionals com nacionals, un canvi en el tractament conceptual del que fins a l'inici el segle XXI es denominava planificació familiar.

La planificació familiar ha estat unida al concepte de control de natalitat, el terme *birth control* va ser encunyat en els anys vint del segle XX. Quan es parla de control de natalitat, no només es fa referència a una qüestió individual de les famílies quant al control del nombre de naixements i l'espaiament entre aquests, també es fa referència a un problema de control del volum de la població mundial i a una qüestió de protecció de la salut de la dona i de la seua descendència per aquest mateix espaiament entre els naixements. En la dècada dels noranta del segle XX, les conferències internacionals sobre població i desenvolupament (la Conferència Internacional sobre Població i Desenvolupament, que va tindre lloc al Caire en 1994, i la IV Conferència Mundial sobre la Dona de 1995 a Pequín) van posar l'accent sobre els drets reproductius de la població, relacionant la salut reproductiva de manera estratègica amb el procés d'avanç de l'apoderament de les dones de la seua sexualitat i del procés reproductiu.

En el món occidental s'entra en el mil·lenni, quant al concepte de planificació familiar, amb un procés de canvi paradigmàtic. El procés s'aborda des de la perspectiva individual, independentment de la constitució d'una família o no, l'objecte de la no-concepció (utilització de mètodes anticonceptius i interrupció voluntària de l'embaràs) està dirigit, durant la major part de la vida fèrtil de les persones, al desenvolupament d'una vivència plena de la sexualitat separada de la capacitat procreativa, exceptuant-ne els períodes en què les persones volen buscar descendència, que no els utilitzen.

El punt nuclear de l'objecte de la "planificació familiar", el control del nombre de descendència i l'espaiament, es transforma en l'atenció a la salut sexual i a la salut reproductiva de dones i homes al llarg de totes les etapes de la seua vida.

La salut sexual i la salut reproductiva discorren actualment com conceptes explicatius units que descriuen i construeixen el relat del procés vivencial de la sexualitat de les persones. Les dues han de ser enteses com un mitjà per a aconseguir que totes les persones puguin portar una vida individual i social amb un desenvolupament de la seua sexualitat i de la seua capacitat reproductiva de manera lliure, plena i satisfactòria.

L'any 2010 a Espanya es publica la Llei Orgànica 2/2010, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs, que recull aquests canvis descrits i permet elaborar l'Estratègia Nacional de Salut Sexual i Reproductiva. Pionera en les seues propostes, l'Estratègia Nacional no ha desenvolupat —per qüestions aparentment ideològiques— tot allò que fa referència a la part dedicada a la salut sexual, llevat dels aspectes vinculats a la prevenció de les infeccions de transmissió sexual.

L'ESSR de la Comunitat Valenciana pretén potenciar un desenvolupament efectiu i equilibrat, quant als dos àmbits, en el que és competència de la Conselleria de Salut Universal i Salut Pública.

En l'ESSR es recullen aquests nous conceptes explicatius, que entenen la salut sexual com la que s'ocupa dels aspectes relacionats amb el benestar de la sexualitat durant tot el cicle vital, i la salut reproductiva com la que s'ocupa dels aspectes relacionats amb el benestar relatiu a tot el procés reproductiu (preconcepcional, embaràs, part i puerperi).

Els drets sexuals i reproductius han constituït els eixos rectors en la formulació d'aquesta ESR dins d'un marc general que incorpora la perspectiva de gènere i els determinants socials de salut de manera transversal, centrada en les persones i considerant la diversitat sexual i de gènere, com també totes les situacions d'especial vulnerabilitat relacionades amb la diversitat funcional i els contextos socioeconòmics vulnerables. Haurà d'estar basada en l'evidència científica amb l'objectiu de proporcionar la màxima qualitat en les accions que propose i afavorir el consens entre els professionals que la implementen.

Relat del procés d'elaboració de l'ESSR

Des de l'estiu de l'any 2015 es va començar a obrir una sèrie de noves oportunitats en la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública quant al plantejament del tractament de la salut

sexual, que es van concretar en la formació d'un grup de treball preliminar —al desembre d'aquest any— constituït per professionals de la Direcció General de Salut Pública i de la Direcció General d'Assistència Sanitària, per a abordar el projecte d'elaboració d'una estratègia que constituïra el full de ruta del tractament de la salut sexual i reproductiva a la Comunitat Valenciana.

D'aquest grup va sorgir la constitució formal del Grup Coordinador de l'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva, encarregat de liderar el procés de partida, la coordinació de les diferents estructures que s'anirien creant al llarg del procés i el control del producte final. La primera acció que assumeix és configurar i convocar el grup de professionals que formaran el comitè tècnic de l'ESSR, al gener de 2017, en el qual s'integra i en forma part.

El comitè tècnic es constitueix com un grup operatiu en la seua terminologia clàssica, grup centrat en una tasca, que es concreta en l'elaboració d'un document que constituïska la futura ESSR, a través de la combinació de la teoria amb la praxi, per a obtindre el millor producte possible amb aquest procés. En el comitè tècnic s'integren professionals d'atenció primària de salut, medicina, sexologia, infermeria i comares (centres de salut sexual i reproductiva i centres de salut), de l'àmbit hospitalari dels serveis de ginecologia i obstetrícia (professionals de la medicina i comares), professionals de la Direcció General de Salut Pública, de la Direcció General d'Assistència Sanitària i de la Unitat d'Igualtat de la Conselleria. A aquest grup de professionals s'incorpora una professional de la sociologia, externa al sistema sanitari públic valencià, que actua com a relatora del procés.

El comitè tècnic comença a treballar com tal una vegada constituït formalment, partint d'un document embrionari preliminar elaborat pel grup coordinador basat en el document de l'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva Nacional, amb la incorporació de les principals propostes internacionals en matèria de polítiques de salut sexual i reproductiva. Les primeres sessions de treball van estar orientades a la constitució d'un llenguatge comú per mitjà de dinàmiques grupals, lectures i exposicions col·lectives i la identificació, a través d'una metodologia d'anàlisi DAFO, de la realitat de la salut sexual i reproductiva a la Comunitat Valenciana.

Amb aquesta informació ja analitzada, el grup coordinador va prendre la decisió d'ampliar el diagnòstic qualitatiu amb la consulta a un grup de professionals que treballen en temes sociosanitaris, educatius, juvenils, de persones majors i d'atenció a dones. La consulta va es va fer per mitjà de l'emplenament d'un qüestionari obert, facilitat per via telemàtica, en què es ressenyaven els tres problemes més rellevants i les tres situacions de millora en salut sexual i reproductiva a la Comunitat Valenciana. La informació una vegada analitzada va ser incorporada al diagnòstic qualitatiu que va fer prèviament el comitè tècnic, en el qual va integrar la visió socioeducativa a la visió salubrista assistencial.

Com a resultat d'aquest procés, i considerant i incorporant la informació obtinguda en la consulta pública del IV Pla de salut de la Comunitat

quant a la salut sexual i reproductiva i les propostes presentades en el document (esborrany) de l'Organització Mundial de la Salut europea, la comissió coordinadora proposa al comitè tècnic quatre línies estratègiques sobre les quals elabora el posterior desenvolupament del document:

- Promoció de la salut sexual, benestar i drets sexuals.
- Promoció de la salut reproductiva, benestar i drets reproductius.
- Defensa de l'accés universal a l'atenció i dels drets de salut sexual i reproductiva per a reduir les desigualtats.
- Generació de coneixement, investigació, innovació i comunicació en salut sexual i reproductiva.

Una vegada el comitè tècnic valora les línies proposades s'elabora una primera aproximació dels objectius generals i dels específics de cadascuna de les línies. Posteriorment, aquest document es passa a un grup creat ex professo perquè el valore. Aquest grup, denominat grup intersectorial, va ser convocat en sessió presencial per fer la valoració de les línies estratègiques. Estava format per un grup de professionals dels diferents sectors de les administracions públiques que es va considerar que arribarien a estar més implicades en la posada en marxa de l'ESSR (educació, joventut, diversitat, dona, polítiques inclusives).

Com a conseqüència de tot aquest procés participatiu, al juny de 2016 es disposa d'un esborrany de l'ESSR que conté línies estratègiques, objectius generals i objectius específics, i que està validat pel comitè tècnic. Amb aquest document es convoca el comitè de participació, òrgan de participació i consulta, constituït per representants de diferents organitzacions socials i societats científiques de la Comunitat Valenciana. La composició resulta de la proposta que va fer la comissió coordinadora al comitè tècnic, i aquest va ser convocat per a constituir-se formalment el 28 de juny de 2016.

La funció del comitè de participació, en aquesta etapa, és consultar, debatre i validar les línies estratègiques, els objectius i les accions que es proposen en el document de què es disposa fins a aquest moment. A partir de la incorporació de les aportacions que fa aquest comitè de participació es comença a configurar el document definitiu de l'ESSR.

A la fi de desembre de 2016, el document final de l'ESSR està llest per a ser sancionat. Al març de 2017 ja es disposa del document final validat pels nivells directius de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Al juny de 2017 l'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva és presentada per la consellera de Sanitat Universal i Salut Pública, Carmen Montón Giménez, com a culminació a tot el procés participatiu de la seua construcció.

El document de l'ESSR

El document complet es pot consultar en la pàgina web de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (www.san.gva.es).

Inclou una anàlisi de situació que pretén ser una aproximació a l'estat de la salut sexual i reproductiva i que posa de manifest, en primer lloc, com els sistemes d'informació de què es disposen per a recollir-la se centren sobre els grups de po-

blació, adolescents-joves i població adulta i, per tant, amb capacitat de procreació, acotació que permet reduir de forma directa la sexualitat que interessa i es ressenya a la vinculada al període reproductiu.

Aquesta qüestió planteja tres tipus de biaixos clars, en primer lloc el biaix relacionat amb el fet de suposar que quan es parla de sexualitat es parla de sexualitat vinculada a la capacitat reproductiva i deixa fora de manera implícita aquelles sexualitats que no encaixen en aquest espai. Aquest biaix porta al següent i crea una situació d'anàlisi en què l'heteronormativitat dificulta la recerca de dades, a través de la no-disponibilitat d'indicadors, sobre sexualitat en la diversitat sexual i de gènere i en la diversitat funcional. El tercer biaix està referit al gènere; en massa ocasions aquests sistemes d'informació sobre salut sexual quan es refereixen les dones es limiten al període reproductiu, i deixa les dones de forma implícita sense sexualitat més enllà del període menopàusic, qüestió que no ocorre de manera tan radical quan es fa referència als homes.

El resultat és que la informació de què es disposa per a l'anàlisi de la salut sexual no deixa de ser un facsimil de l'ordre social més dominant, que oculta, en silenciar-la, la situació de tota la realitat sexual diferent de l'establida per aquest ordre. Sembla clar que caldrà fer un esforç per a disposar de sistemes d'informació que incloguen la infància i la maduresa, que eliminen els biaixos de gènere i que tinguen en compte la diversitat sexual i de gènere, la diversitat funcional i les situacions de vulnerabilitat social i econòmica.

Hi ha un capítol on es desenvolupen les línies estratègiques, els objectius i les accions amb què es pretén millorar la salut sexual i reproductiva de la ciutadania, per mitjà de la promoció del desenvolupament efectiu dels seus drets sexuals i reproductius. Aquest capítol es complementa amb un altre d'indicadors bàsics —falta desenvolupar-ne els específics de la implementació de cadascuna de les accions— i amb el dedicat a la implementació, seguiment i avaluació, en què es desenvolupen les estructures que s'ocuparan de l'aplicació/execució de l'ESSR.

Al maig de 2017 es va constituir el comitè d'avaluació i seguiment de l'ESSR, que haurà de vetlar per l'aplicació, el seguiment i l'avaluació de les accions que proposen cadascuna de les línies estratègiques i que hagen sigut prioritzades per a implementar-les en cada període temporal.

L'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva de la Comunitat Valenciana té una vigència de cinc anys, de 2017 a 2021. Esperem que complisca amb la missió que s'ha imposat en el mateix document: "Millorar la salut sexual i reproductiva de la població de la Comunitat Valenciana, amb la promoció del desenvolupament efectiu dels drets sexuals i reproductius de totes les persones que la componen."

.....
Luis Mitjans Lafont

Cap de la Secció de Salut Sexual.

Direcció General de Salut Pública.

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Coordinador de l'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva.

Educación sexual

El Programa de Intervención en Educación Sexual para Educación Secundaria Obligatoria de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública

Luis Mitjans Lafont

El Programa de Intervención en Educación Sexual para Educación Secundaria Obligatoria, sustentado en los valores de salud sexual y teniendo como principios rectores los derechos sexuales, basa su carácter preventivo en la promoción de valores de una sexualidad placentera, igualitaria, diversa y respetuosa.

No parece razonable que en el momento histórico en el que nos encontramos se plantee si es o no adecuado realizar educación sexual en la escuela. La pregunta no se suele explicitar como tal —quizá no sea políticamente correcta—, pero es la que está detrás y sostiene la falta de voluntad y de decisión política a nivel del Estado español para no incluir la educación sexual en el currículo de la educación obligatoria, infantil-primaria-secundaria, en los contenidos de las competencias básicas.

En general, en nuestro medio, es aceptado que el modelo de relación entre la escuela y la familia para la educación obligatoria es un modelo en el que la responsabilidad es compartida por la familia y por la escuela, cada una con roles y responsabilidades diferentes y cambiantes a lo largo del proceso. En el caso de la educación sexual la disyuntiva sobre la que pivota la decisión para que la escuela no sea depositaria de un papel claro y decidido sobre ella es la subsidiaridad de los distintos agentes educativos a la familia respecto a la formación sobre la moral sexual.

Plantear un argumentario reivindicativo sobre el papel central y único de la familia en lo relativo a la moral, incluida la sexual —por lo tanto, nadie debe realizarla excepto ella— es claramente torticero, ya que solo pretende enfrentar sentimientos primarios de defensa de la potestad familiar, que por otra parte no solo conlleva derechos sino también deberes, para elegir qué tipo de educación se ajusta más a un tipo de moral sexual u otra, frente al derecho y al deber que una sociedad democrática y progresista tiene de educar a la ciudadanía —sobre todo y de forma clara cuando están en el periodo de educación obligatoria— en valores de reconocimiento, aceptación y respeto de la diversidad del hecho sexual humano y de la igualdad de género. Plantear en la actualidad esta disyuntiva, incluso sin explicitarla, es una cuestión sin lugar a dudas de “populismo ideológico”.

Es aceptado por el conjunto de la sociedad que la sexualidad es una parte intrínseca de la vida de los humanos. La evidencia científica permite afirmar, con poco margen de error, que la imbricación del proceso de sexuación —proceso que empieza con la concepción y acaba con la muerte— es inseparable del desarrollo de la humanidad. De forma similar, se acepta que la estructura familiar, del tipo y amplitud que sea, es el núcleo primigenio, la urdimbre, donde el ser humano inicia su desarrollo como tal, es decir, en sociedad. Estas familias ya no son las familias nucleares de antaño, son familias diversas en cuanto a

los tipos de composición, manteniendo los mismos derechos y deberes independientemente de su diversidad y, en general, son aceptadas por la mayoría de las sociedades como la nuestra.

Hay que señalar que la sexualidad en los humanos no es un proceso cerrado por automatismos estructurales de especie, más bien es un proceso de construcción biográfica, un proceso bio-psico-social. Biología, compleja, entendida como el sustrato donde se instala el proceso de sexuación que orienta los diferentes itinerarios corporales-vivenciales. Proceso de sexuación que, partiendo de un único molde de especie y a través de momentos críticos en su desarrollo inicial, plantea una situación de diversidad que se aleja de un planteamiento dicotómico simplificador. Este proceso que sin solución de continuidad, es decir, sin determinismos inexorables, se construye desde la subjetividad (psico), se imbrica, desde la concepción de la persona, en lo social, condicionando esta dimensión social (incluso determinando) como va a ser encajada (o desencajada) la persona en la sociedad donde se desarrolla.

La familia, como escenario socializador primario, tiene un papel clave y determinante en la construcción biográfica de cualquier persona. La socialización primaria de niñas y niños (incluyendo en estas categorías las situaciones trans) y las realidades intersexuales, es el producto del proceso de interacción funcional y biológica que tiene la familia respecto del individuo, donde adquiere su identidad y su posición subjetiva en las redes de interacciones sociales. El sistema de reglas, de valores y de creencias, la cultura donde está inmersa la persona, son construidos primariamente en el núcleo familiar.

Así pues, la familia jamás puede ser ajena al desarrollo de la sexualidad de esa persona que empieza su andadura en ella. No es una opción para la familia hacer educación sexual, siempre la realiza, de forma implícita a través de identificaciones conscientes e inconscientes —en el peor de los casos no hacer es hacer por omisión— y de forma explícita a través de la transmisión por aprendizaje vicario, entre otros. Así pues, la familia siempre va a estar implicada en la educación sexual de sus integrantes.

Si recordamos cómo define la Organización Mundial de la Salud (OMS) la sexualidad, “un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual” (OMS, 2006), tendremos un punto de par-

tida para explicar por qué y cuándo se debería iniciar el proceso educativo en el área de la sexualidad en lo que respecta a la escuela.

La escuela va a ser la institución que tiene el encargo de la sociedad —a la que sirve— del desarrollo integral del alumnado en lo relativo a los aspectos socializadores y educativos. La escuela debería facilitar al alumnado, en el proceso de convertirse en personas adultas, la integración en la sociedad, construyendo entre otras cuestiones básicas una posición crítica frente a la realidad, que permita desarrollar posicionamientos constructivos y participativos en ella, junto con la aceptación de la diversidad como constitutivo de lo humano y del pluralismo intrínseco de un sistema democrático. La función de la escuela como responsable de la socialización secundaria —función que va más allá de la función reproductora— viene plasmada en el preámbulo de la LOGSE: “El objetivo primero y fundamental de la educación es el de proporcionar a los niños y a las niñas, a los jóvenes de uno y otro sexo, una formación plena que les permita conformar su propia y esencial identidad, así como construir una concepción de la realidad que integre a la vez el conocimiento y la valoración ética y moral de la misma. Tal formación plena ha de ir dirigida al desarrollo de su capacidad para ejercer, de manera crítica y en una sociedad axiológicamente plural, la libertad, la tolerancia y la solidaridad.”

Desde esta concepción, la escuela debe implementar el proyecto educativo que favorezca y potencie el desarrollo integral de la persona. Para que este desarrollo sea completo debe incorporar su dimensión sexuada como un elemento básico y fundamental.

“Una educación de calidad debe incluir la educación sexual integral como componente básico o esencial. Una educación sexual inexistente o deficiente, no solo no responde a las necesidades y derechos de niños y jóvenes sino que los expone a serios riesgos para su salud y su vida.” (página 3, Educación Integral de la Sexualidad: Conceptos, Enfoques y Competencias. Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe de la UNESCO OREALC/UNESCO Santiago. 2014).

Presente y futuro del Programa de Intervención en Educación Sexual para Secundaria Obligatoria (PIES)

La educación sexual ha estado presente en los últimos 25 años en el discurso de la mayoría de los movimientos políticos y sociales de este país, engrosando el listado de las reivindicaciones sobre todo de aquellos que animaban el progreso y la lucha por la igualdad entre los sexos. Sin embargo, no ha sido posible un acuerdo por parte de las instituciones educativas y sanitarias que clarifique y unifique qué hacer y cómo hacerlo.

Ante la pregunta básica de si se debe realizar de forma transversal o debe recaer en áreas competenciales propias no existe un consenso claro, ¿se integra transversalmente durante todo el ciclo educativo en todas las áreas de conocimiento? o ¿se debería hablar de la educación sexual como una competencia básica? Tampoco se llega a un acuerdo sobre otra cuestión básica, ¿quién la realiza?, ¿agentes externos?, ¿el propio profesorado?

A finales de la primera década del siglo XXI, 2006-2008, desde la Unidad de Salud Sexual de

la Dirección General de Salud Pública, y ante esta situación de impase se inició el diseño y desarrollo de un programa de intervención en educación sexual a través de un procedimiento de indagación y operación consistente en la formación en educación sexual de un grupo de enfermería y profesionales del ámbito del trabajo social de los Centros de Salud de Atención Primaria (CSAP) que realizaban, o lo iban a realizar, intervenciones en educación sexual en los centros escolares de los departamentos de Alcoi y de la Marina Baixa, con la colaboración de los Centros de Salud Pública y de los profesionales de sexología de varios Centros de Salud Sexual y Reproductiva (CSSR) de dichos departamentos.

Se trataba de un proyecto de investigación-formación-acción que como resultado final construyó los elementos constitutivos de lo que en el año 2009 constituyó el PIES.

Se partía de una larga experiencia de intervenciones más o menos puntuales desarrolladas por las sexólogas y los sexólogos de los CSSR y alguna experiencia más amplia pero sin carácter permanente ni institucional.

El PIES está diseñado como un programa de promoción de la salud sexual, que interacciona y conecta la Atención Primaria de salud —enfermería de los CSAP fundamentalmente y el área de sexología de los CSSR— Salud Pública y los centros escolares, es decir, gerencias de los departamentos de salud, Salud Pública y las Direcciones Territoriales de Educación.

Como tal programa de educación sexual, que está sustentado en los valores de salud sexual y teniendo como principios rectores los derechos sexuales, basa su carácter preventivo en la promoción de valores de una sexualidad placentera, igualitaria, diversa y respetuosa.

En el PIES se definen los contenidos básicos a desarrollar en educación sexual en la ESO en tres unidades competenciales. Cada una de ellas recoge, aquellos contenidos conceptuales que componen las competencias básicas en sexualidad que deben desarrollarse.

Unidad competencial 1: “Somos seres sexuados”. Desarrolla las competencias: sexuación y diversidad; identidad sexual e identidad de género; orientación sexual y relación no determinante con la identidad sexual y de género; roles sexuales y estereotipos sexuales.

Unidad competencial 2: “Exploro, reconozco y significo mi cuerpo”. Desarrolla las competencias: deseo sexual y respuesta erótica; placer; procreación; conductas sexuales y masculinidad y feminidad hegemónicas.

Unidad competencial 3: “Valoro el riesgo y decido”. Desarrolla las competencias: el encuentro erótico, pareja sexual y comunicación-escucha; conductas sexuales con riesgo, la vía de transmisión sexual (genital-anal-oral); vulnerabilidad y riesgo; y anticoncepción.

La implementación del PIES exige un gran esfuerzo organizativo y formativo. La formación en el área de educación sexual de las personas que imparten los talleres en el aula, principalmente personal de enfermería de los CSAP, se

lleva a cabo, en general, por profesionales de la sexología de los CSSR de la red. La formación en educación sexual básica es realizada dentro del Plan Escuela de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud y reforzada con seminarios de formación continuada en cada departamento de salud.

Cada unidad competencial se traslada al aula a través de una metodología de “talleres”. Estos “talleres” son espacios de construcción del conocimiento y la práctica de valores humanos, donde cada persona es protagonista por sí misma. Donde se construye este conocimiento y los nuevos valores, o su posible cambio, a través del intercambio dinámico del grupo y la transformación individual, al favorecerse la integración de las vivencias —lo sentido— mediante la reflexión sobre ellas. Cada taller se desarrolla a través de actividades programadas, diseñadas en formato corto e intensivo, y dirigido por la monitora o el monitor en educación sexual.

Durante el primer lustro de implementación del PIES se ha realizado en 3º de la ESO. Se decidió este grupo de edad por cuestiones de oportunidad y factibilidad en el momento que se inició el PIES, a sabiendas de la necesidad de iniciar la intervención más tempranamente. El resultado del estudio piloto para valorar la idoneidad de la implementación del PIES en 2º de la ESO (2015-16) fue de consenso general sobre la conveniencia del adelanto del momento de iniciar la intervención y la idoneidad de los contenidos. El objetivo es bajar la edad de inicio y ampliar la intervención a 2º y 3º de la ESO.

El alumnado de secundaria obligatoria inicia, recién entrado en la ESO, el proceso madurativo (instauración de la pubertad) y vivencial (inicio de los procesos relacionales sustentados en estos cambios subjetivos) en el que la sexualidad relacional adulta, singularmente diferente de la infantil, ha irrumpido de forma mayoritaria en mayor o menor grado. Por lo que, la educación sexual en este periodo vital debería poder afianzar un posicionamiento individual que favoreciera esa sexualidad placentera, igualitaria, diversa y respetuosa ya nombrada. Conseguir que este proceso educativo produzca un desempeño adecuado del alumnado en el área de la sexualidad no es tarea fácil, el orden social sigue manteniendo básicamente el patriarcado y el machismo como eje director de una visión de la sexualidad hegemónica, excesivamente sustentada en los requerimientos biológicos teóricos y en el rendimiento sexual vinculado a la época con capacidad reproductora.

La coordinación y la colaboración del estamento educativo en el desarrollo curricular de la educación sexual, dejando el PIES como complementario a él, durante todo el ciclo de secundaria obligatoria, es el reto que se debería abordar para completar una educación sexual que abarque toda la ESO. Siendo necesario para llevarlo adelante una formación específica en el área de la educación sexual para el profesorado.

.....
Luis Mitjans Lafont

Jefe de la Sección de Salud Sexual.

Dirección General de Salud Pública.

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Coordinador de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva.

Sexualidad en la diversidad funcional

Charo Ricart Miguel

La salud sexual y la sexualidad son elementos presentes cuando hablamos de calidad de vida. No se puede considerar como integral un programa de salud que no incluya la educación, orientación y tratamiento de las necesidades sexuales de la población en general, pero también de las necesidades especiales de las personas con diversidad funcional.

En el mundo hay más de 500 millones de personas con diversidad funcional, según cálculos de la Organización de las Naciones Unidas. En estos momentos, en Europa dicho colectivo supone más de 50 millones de ciudadanos y ciudadanas, podríamos decir que más del 10% de la población sufre algún tipo de diversidad funcional. En España la cifra alcanza 3,5 millones de personas.

Desde un punto de vista de los derechos, todas ellas requieren igualdad de oportunidades en todos los aspectos de la vida. Sin embargo, la realidad es que cuando tratamos temas como la sexualidad, seguimos encontrando mucha resistencia a ver que bajo la “singularidad” corporal o mental hay una persona humana con sus demás funciones intactas. Creemos que la discapacidad es algo lejano a nosotros, pero no hay que olvidar que puede sucederle a cualquiera.

Quien escribe este artículo es mujer, médica y sexóloga y tiene una diversidad funcional física de nacimiento.

Introducción

Cada vez existen más acciones dirigidas a que las personas con diversidad funcional podamos alcanzar un estado de bienestar similar al de la población en general. Pero se necesitan más medidas específicas (educacionales, médicas, laborales, psicológicas y culturales, entre otras) que propicien una total integración sin desventajas y nos permitan alcanzar una mejor calidad de vida. Por otro lado, estas acciones no siempre se han atendido o priorizado de igual manera. En lo relativo al ámbito afectivo-sexual han sido mínimas o inexistentes.

Si queremos abordar el tema de la sexualidad en las personas con diversidad funcional, habría que empezar por ser conscientes de que en nuestra sociedad actual la “sexualidad” sigue asociada a lo heteronormativo, a lo reproductivo y a lo genital. Se sigue confundiendo sexualidad con relación sexual, y relación sexual con coitos como forma de relación ideal, considerando así otras prácticas (masturbación, caricias, besos, abrazos, etcétera) como preámbulos, sustitutos o relaciones de segunda categoría.

Concebir la sexualidad de este modo tan reducido, ocasiona muchos problemas e insatisfacciones en la vida de muchas personas. Ya que si por ciertas circunstancias no se puede realizar un coito —como sucede en el caso de algunas personas con diversidad funcional—, automáticamente se asume que la persona se encuentra en inferiores condiciones para tener una buena vida sexual. Es una percepción totalmente errónea, ya que la realidad demuestra ser bien distinta. Aunque para ello es necesario ser conscientes de

que la sexualidad humana en todas sus dimensiones (biológica, psicológica y social) admite formas muy diversas de vivirla. No hay una única forma correcta y no por ello son peores o menos saludables (heterosexual u homosexual, con o sin masturbación, con o sin actividad coital, casados o solteros, etc.).

Nos encontramos ante personas que muchas veces dependen de sus cuidadores principales o viven en centros especiales. Renunciar al ejercicio de su propia sexualidad solamente debería ser fruto de su voluntad, nunca por imposición de otras personas.

Sexualidad en la diversidad funcional

La sexualidad es fundamental para el desarrollo y ajuste de la personalidad de cada ser humano. Es un aspecto central de la identidad, presente a lo largo de toda la vida. Permite conocerse, aceptarse y tomar decisiones propias. El completo desarrollo, en todas las dimensiones de la vida, es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social. Esto pasa por satisfacer necesidades humanas básicas como son: el deseo de contacto, de intimidad, de placer, de complicidad y de ternura.

Con frecuencia, las personas con diversidad funcional afrontamos un sinfín de restricciones para poder desenvolvernos tanto en lo personal como en lo social. No solo por las propias discapacidades, también por actitudes y conductas inapropiadas de los que nos rodean. Los “modelos socio-culturales” de cómo deben ser los hombres y las mujeres tampoco ayudan. Dichas idealizaciones han dejado y siguen dejando a mucha gente fuera.

Tener una diversidad funcional no impide disfrutar de una vida sexual activa y plenamente satisfactoria. Aunque siguen existiendo muchos falsos mitos, prejuicios y estigmas por derribar —especialmente si se trata de una discapacidad intelectual—.

Estos prejuicios aún están muy arraigados y hacen que se siga pensando que las personas con discapacidad no tenemos necesidad de actividad sexual. Esto contribuye a promover sentimientos de culpabilidad y autorrepresión. Se puede observar que dichos comportamientos son más notorios entre las mujeres.

Por un lado, tenemos las actitudes de sobreprotección hacia el colectivo de la diversidad. Por otro, la incomodidad que genera en la sociedad una sexualidad “diferente”. Y a esto se añade que para muchas personas con discapacidad no es fácil acceder a experiencias de aprendizaje erótico.

Los pocos programas de educación sexual realizados hasta ahora se han basado en el peligro y la amenaza que suponía que alguien con algún

tipo de diversidad funcional tuviese una vida sexual activa.

Todo esto ha propiciado que la atención de la sexualidad no represente un hecho primordial (a tener en cuenta durante el proceso de desarrollo o rehabilitación de la persona). Por lo que muchas veces este aspecto es obviado o relegado a un segundo, tercer o ningún plano.

Requerimientos especiales

La sexualidad se puede ver afectada de varias maneras, debido a circunstancias biológicas o psicosociales. Las disfunciones sexuales representan el aspecto que más les inquieta y, al mismo tiempo, es el menos manejado por los profesionales.

La dificultad sexual y su magnitud (desde la disfunción eréctil, trastornos de lubricación, ausencia de eyaculaciones, o pérdida de la percepción del orgasmo, entre otras), dependerá del perfil del daño biológico y de las circunstancias que presenten.

Es importante destacar que existen necesidades particulares relacionadas con la salud sexual que requieren orientaciones específicas e individualizadas (autoconocimiento corporal, cuidados higiénicos, uso de anticonceptivos y orientación a la familia, etc).

La salud sexual y la sexualidad son elementos presentes cuando hablamos de calidad de vida. No se puede considerar como integral un programa de salud que no incluya la educación, orientación y tratamiento de las necesidades sexuales de la población en general, pero también de las necesidades especiales de las personas con diversidad funcional.

Mujer, salud sexual y reproductiva

Muchas mujeres de este colectivo presentamos cuerpos que nunca alcanzarán los ya de por sí inalcanzables cánones de belleza. De hecho, en la mayoría de los casos ni siquiera se considera que tengamos “cuerpos normativos”. En consecuencia, tampoco somos percibidas como “deseables”. Y si además sumamos la infantilización vinculada a las mujeres que necesitan cuidados, difícilmente se las verá como ‘seres que desean’.

Se suele pensar en la sexualidad (de una mujer con diversidad funcional) en términos reproductivos, al abordar el problema que supondría que se quedase embarazada. También se incide en los miedos respecto de posibles abusos.

Además, la discriminación de género lleva a una “doble situación de vulnerabilidad”.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva, existe la falsa creencia de que las mujeres con diversidad funcional no somos sexualmente activas y no necesitamos controlar la fertilidad. Es cierto que hasta ahora muchas mujeres no se han dejado ver o no les ha sido fácil acudir a un consultorio. Como resultado de ello, no están representadas en los centros de salud y, como consecuencia, sus necesidades se desconocen. Y muchas no reciben la información ni el asesoramiento adecuado acerca de su salud sexual y reproductiva. En muchas ocasiones hasta les resulta extremadamente complejo realizarse un examen ginecológico rutinario.

Sin embargo, muchas mujeres con diversidad funcional pueden tener hijos y como cualquier



Figura 1. Talleres de Sexualidad Funcional.

mujer es posible que deseen usar anticoncepción temporalmente. Otras pueden desear un método anticonceptivo permanente, ya que sus embarazos pueden ser de muy alto riesgo o sufren de una condición genética que podrían heredar sus hijos. Lo importante es el derecho de cada una de ellas a poder decidir, derecho que no se repeta en muchas ocasiones.

Asimismo, las probabilidades de que una persona con diversidad funcional contraiga una enfermedad de transmisión sexual (ETS) no son tan reducidas como se podría pensar. En el caso de las mujeres, si se diagnostica una ETS, se suele considerar la posibilidad de que haya contraído la infección como resultado de un abuso sexual. No tiene por qué ser así, digamos que como cualquier persona se encuentra en riesgo y lo importante es asegurarse de que dispone de la información adecuada para no contraerla.

Propuestas: escuchar, educar y atender

Como todas, las personas con diversidad funcional queremos ser protagonistas de nuestra propia vida. Para ello, será fundamental que se nos presten los apoyos necesarios adaptados de forma individualizada y se planifiquen las actuaciones pensando en cada persona.

Respecto a Europa, España lleva un cierto retraso en el tratamiento de la sexualidad y la diversidad funcional. Por suerte, están surgiendo asociaciones y servicios encaminados a favorecer este aspecto esencial.

Como fundadora de Sexualidad Funcional, operante en la Comunitat Valenciana, nuestros objetivos están enfocados en primer lugar a escuchar y atender las necesidades, demandas e inquietudes que las personas con diversidad funcional expongan (figuras 1 y 2). En segundo lugar, facilitar que las personas se acepten, cada uno/a con sus diferencias y peculiaridades. Y puedan expresar su sexualidad de forma satisfactoria a través de una visión positiva de la sexualidad (que enfocamos a través de talleres prácticos y dinámicos).



Figura 2. Logotipo de Sexualidad Funcional.

Trabajamos desde la creencia de que existen múltiples formas de placer y que la sexualidad va mucho más allá de “genitales, coitos y orgasmos”. Por último, prestamos apoyo a cada persona desde sus necesidades individuales. Si es necesario, mediante el “acompañamiento íntimo y erótico” o, como se conoce en Europa, “asistencia sexual”.

Para lograrlo, estamos convencidos de que el esfuerzo debe ser compartido. Tanto desde el ámbito profesional como desde la familia. Desde lo institucional y junto a la sociedad y, sobre todo, desde las propias personas con diversidad funcional.

Si en lugar de centrarnos en las limitaciones nos ocupáramos en descubrir las cosas positivas que la sexualidad nos ofrece, las personas con y sin diversidad funcional nos sentiríamos mucho mejor y tendríamos una vida mucho más plena.

Charo Ricart Miguel

Médica y sexóloga.

Fundadora de Sexualidad Funcional.

Caminant cap a la diversitat sexual i de gènere: del procés individual al procés col·lectiu

Juan Francisco Fernández Hernández i Pedro Salmerón Sánchez

El nou paradigma de comprensió de la diversitat sexual i de gènere ha de donar cabuda a tota la realitat preexistent ja acceptada i, a més, ha d'incloure totes les persones que el sistema tradicional de pensament deixava fora. La clau del replantejament consisteix a assumir que els diferents significats que donàvem a la paraula sexe, en el fons, feien referència a conceptes diferents i no correlacionats necessàriament. A més, ha d'allunyar-se del binarisme imperant per a donar cabuda a realitats que s'allunyen de la dicotomia home/dona, mascle/femella o masculí/femení, entre d'altres.

L'acceptació de la pròpia diversitat sexual i/o de gènere suposa un procés similar que és al mateix temps independent i diferenciat de la presa de consciència i desenvolupament de l'heterosexualitat. Aquesta particular presa de consciència ve marcada per aspectes tan evidents encara hui com són suposar l'heterosexualitat des de la infància i la consegüent omisió de qualsevol altra manifestació d'orientació o identitat que no encaixe en aquest esquema. Així, sembla evident que en aquesta autoconstrucció, la persona heterosexual que se sent a gust amb el gènere que li van assignar en nàixer no requereix sotmetre's a un procés d'autoacceptació, ja que la seua sexualitat es correspon amb la majoritària i la socialment acceptada.

Des del moment del naixement ens transmeten, de manera més o menys subtil, que l'heterosexualitat és l'orientació adequada i, en conseqüència, qualsevol altra manera de viure la sexualitat és inferior o almenys no igualitària. Davant d'aquest tipus de missatge tot sembla indicar la lògica d'establir una sèrie d'etapes que la persona no normativa pot vivenciar fins a arribar a una acceptació sana. Aquest procés d'integració s'inicia, en general, en la infància o preadolescència quan comences a percebre diferències pel que fa als teus iguals, encara que, en general, no acabes de comprendre què t'ocorre. Aquesta percepció inicial se sol consolidar en l'adolescència, encara que és ben sabuda l'existència de situacions en les quals l'accepta-

ció de la pròpia identitat o orientació i "eixida de l'armari" té lloc en l'adulthood, fins i tot ben entrada aquesta.

Enquistar-te en qualsevol dels moments que vius en el procés d'autoacceptació o estar rebent continus atacs físics i verbals, subtils o no, et pot conduir per la via ràpida a situacions en què el protagonista passa a ser l'ansietat, els problemes depressius, la deixadesa personal i la falta d'autocures, la baixa autoestima, els problemes d'alimentació... i, per què no, l'intent de suïcidi.

Veiem com seria aquest entramat de l'autoacceptació en el cas de l'orientació sexual¹, encara que aquests passos són generalitzables i matisables en altres situacions com en parlar de la identitat. En el moment d'inici (etapa de confusió) comences a percebre que ets diferent al que s'estableix socialment; et fan una certa "gràcia" les persones del teu mateix gènere o et sents atret per aquest. En ocasions, quan reconeixes aquesta atracció pots tindre tendència a negar els teus sentiments o a justificar determinats comportaments amb arguments del tipus "anava molt borratxa quan em vaig besar amb ella". Hi ha qui proposa l'existència d'una etapa posterior a la confusió, una etapa pura i intensa de negació d'aquests sentiments. En qualsevol cas, la presència de la negació sembla quadrar en la lògica humana de negar tot allò que no ens agrada o que no volem acceptar i arriba, fins i tot, a voler canviar allò que sents o desitges.

Aquesta confusió inicial dóna pas a un moment en el qual podries començar a acceptar la teua atracció cap a persones del teu mateix gènere (etapa de comparació) i a plantejar-te qüestions del tipus com seria la meua vida en cas que això fóra realment així. Aquests moments inicials suposen una espècie de duel en el qual has de trencar amb la concepció heteronormativa de la vida. Aquest és el moment en què se senten idees com "és una fase" o "jo no sóc lesbiana, és que m'agrada ella com a persona".

Fins a aquest moment la sensació d'aïllament i solitud ha estat en el punt més alt. La necessitat de no sentir-te únic et porta a la buscar iguals, persones que senten com tu sents (etapa de tolerància). D'aquesta manera, les amistats que t'han acompanyat poden passar temporalment a un segon pla davant de la necessitat de trobar suports i de socialitzar amb aquests grups d'iguals. Ací apareixen també els teus primers desitjos de proximitat i intimitat amb altres persones.

La integració de la teua nova realitat acceptada fa que valors els danys ocorreguts en l'autoestima i autoconcepte durant les etapes prèvies (etapa d'identitat). En aquest instant comences a sentir realment la comoditat d'estar entre els teus "nous" iguals. Comences a llevar importància al "què diran". I ací és quan arriba el teu moment de l'"eixida de l'armari" (etapa d'orgull). A partir d'ara compartiràs amb el teu entorn el que ets i el que sents. En ocasions, aquest procés se't fa interminable si contínuament has d'estar eixint d'aquell armari amb cada nova amistat o en cada nou treball que aconseguixes. Finalment, integres la teua orientació sexual fins al punt que aquesta és una faceta més de les que defineixen la teua vida i, per tant, deixa de ser la prioritària o la que més et defineix. Aquest fet et porta a retrobar-te amb altres característiques personals que et fan obrir-te a altres realitats de la teua vida.

Si tot aquest camí que recorres en solitari pot semblar dur, imagina ara com seria si li afegies les pedres que, com a part de la societat, posem en forma de discriminació, vexacions, insults i altres formes de rebuig. Si fórem capaços de comprendre i respectar la diferència, facilitaríem el recorregut o, fins i tot, deixariem de parlar-ne. I per a aconseguir-ho, el primer és lliurar-se dels prejudicis. El més costós és assumir que totes les persones som homòfobes i masclistes, perquè així és l'educació que hem rebut, però només des d'aquest punt de partida podem abordar aquesta realitat.

Si preguntem a qui llig aquestes línies què és el primer que li passa pel cap en esmentar la paraula sexe, una gran majoria de persones pensaran en múltiples sinònims que, amb més o amb menys enrogiment, ens evoquen el concepte de pràctiques sexuals.

Si demanàrem l'esforç de buscar altres significats per al terme sexe, no costaria massa pensar en aquell moment en què davant d'un embaràs preguntem: "Serà xiquet o xiqueta?" Potser algú també recorde que en el DNI apareix aquesta categoria com a masculí o femení. Pot ser fins i tot que recordem les classes de Ciències Naturals de la infància en les quals se'ns explicava que la presència de penis o vulva definia els mamífers com a mascles i femelles, respectivament.

Aglutinar tots aquests significats en un únic terme, sexe, crea un *totum revolutum* que, més enllà de complicar l'aprenentatge de la nostra llengua, genera una situació de correlació de termes que, de manera implícita, abona el terreny a la incomprensió de la diversitat sexual i de gènere en el millor dels casos, o que pot arribar fins a la discriminació en el pitjor.

En nàixer, per una observació directa dels genitals, se'ns assigna una categoria administrativa: home, si s'hi observa un penis; dona, davant de la presència de vulva. Des d'aquest mateix moment rebrem una educació, més o menys diferenciada, i se'ns socialitzarà de manera diferent segons se'ns considere homes o dones. Fruit d'això es generaran unes expectatives respecte al nostre comportament, ja que se'ns atribuirà la masculinitat als homes i la feminitat a les dones. Evidentment, entre aquestes atribucions estarà la suposició automàtica que a un home li atrauen les dones i a una dona, els homes.

Aquesta concatenació de baules suposades en funció de la genitalitat genera una cadena que es convertirà en eina de supervivència en aquesta societat per a aquelles persones a les quals incloga, mentre que seran uns grillons incòmodes per a aquelles persones que se n'isquen de la norma establida.

Aquestes excepcions a la norma són tan nombroses que la situació exigeix un replantejament de la realitat amb una perspectiva que no estigmatitze les persones gais, lesbianes, transsexuals, bisexuals o aquelles altres que, tot i tindre una orientació heterosexual o una identitat de gènere acceptada, tenen comportaments que els rols culturals del moment consideren vetats.

Aquest nou paradigma de comprensió de la diversitat sexual i de gènere ha de donar cabuda a tota la realitat preexistent ja acceptada i, a més, ha d'incloure totes les persones a les quals el sistema tradicional de pensament deixava fora. La clau del replantejament consisteix a assumir que els diferents significats que donàvem a la paraula sexe, en el fons, feien referència a conceptes diferents i no correlacionats necessàriament. A més, aquest nou plantejament ha d'allunyar-se del binarisme imperant per a donar cabuda a realitats que s'allunyen de la dicotomia home/dona, mascle/femella o masculí/femení, entre d'altres.

Pel que fa al sexe —que perfilarem anomenant-lo sexe biològic—, cal destacar que el binarisme, en classificar-nos com a mascles i femelles, va deixar fora una realitat coneguda des de sempre i lamentablement invisibilitzada com és la intersexualitat. Aquelles persones que han nascut amb cossos amb característiques biològiques atribuïbles a mascles i femelles de manera simultània encara hui en dia continuen sent mutilats amb l'únic objectiu de normalitzar el seu aspecte, com qui retalla les peces d'un puzzle per a aconseguir que encaixen en lloc d'ampliar-ne la visió i buscar l'espai adequat per a cada peça. I és que com deia la biòloga Anne F. Sterling en el seu llibre *The Five Sexes*: "El sexe és un continu vast i infinitament mal-leable que desafia els límits de fins i tot cinc categories."²

Quant al gènere, hauríem de distingir entre el gènere que se'ns assigna en nàixer, en funció dels nostres genitals (penis-home, vulva-dona) i la identitat de gènere, entesa com la captació subjectiva que cadascú té quant a sentir-se home, dona o qualsevol altra identitat no binària com bigènere, agènere o de gènere fluid. Com que és un sentiment, és un aspecte íntim i personal, i com a tal ningú extern pot influir ni modificar aquest sentiment. La gran majoria de les vegades, el gènere assignat en nàixer coincidirà amb la identitat de gènere, cosa que donarà lloc a una persona cis. No obstant això, pot ocórrer que algú senta una identitat de gènere diferent al gènere assignat en nàixer i és aleshores quan parlarem de les persones transsexuals.

Aquesta realitat, poc coneguda, encara que persistent en la història de la humanitat, ha patit, i continua encara hui en dia patint, no per ser transsexual, sinó per culpa del desconeixement i la confusió d'aquests conceptes tan bàsics. Sexe biològic, gènere assignat en nàixer i identitat de gènere han de ser entesos com a categories dife-

rents i s'han de relacionar en alguns casos però no en tots. Aquesta és l'única manera de comprendre i, per tant, de respectar les persones transsexuals.

La tercera categoria en discòrdia és l'expressió de gènere, o com expresse en societat el meu sentiment de ser home o dona. Lluny de ser una cosa objectiva digna d'aparèixer en un DNI, ja que a això es refereix masculí i femení en aquest document, és una cosa subjectiva, canviant, que depèn del moment de la història i del país on ens trobem. Així, no expressa de la mateixa manera ser dona algú que viu al Pakistan o que viu a Espanya o algú que ho va ser en el segle XIX o en el XXI. No obstant això, tendim a qualificar els comportaments de les persones com a masculins o femenins, fins al punt d'atribuir una orientació sexual a una persona en funció de com camina, es vist o, fins i tot, del seu to de veu, seguint arguments del tipus "si actua de manera femenina és com una dona i, per tant, li agraden els homes".

Pel que fa a aquest punt, l'orientació sexual només fa referència a la identitat de gènere cap a la qual sentim atracció sexual o romàntica i, tenint en compte que hi ha un ventall ampli d'identitats de gènere, hem de reconèixer l'existència d'orientacions sexuals més enllà d'heterosexual, homosexual o bisexual. Si considerem que qualsevol orientació sexual és sana mentre no provoqe sofriment ni a la persona que la sent ni a qui és objecte d'aquesta atracció, abordar-ne la classificació no és més que un bast intent d'etiquetar una cosa molt més rica i diversa.

Si recordàrem aquestes reflexions, col·laboraríem a una vivència sana, saludable i lliure de la pròpia sexualitat, convertida en aliada del benestar personal, i ens allunyariem de les problemàtiques ja esmentades. Per a fer-ho, és essencial traslladar aquesta llibertat de vida des de la infància, separant-nos del binarisme i de l'heteronormativitat i integrant aquestes altres realitats que fan més divers l'ésser humà. I recordem que l'ésser humà sense la seua sexualitat no seria ésser humà, per la qual cosa sempre hauríem de tindre present allò que deia Levine que la nostra sexualitat és "vehicle per a l'autoconeixement, l'amor, la salut, la creativitat, l'aventura i un intens sentiment d'estar viu"³.

.....
Juan Francisco Fernández Hernández
 Docent. Responsable de programes educatius.
 Lambda, col·lectiu de lesbianes, gais,
 transsexuals i bisexuals de València.
Pedro Salmerón Sánchez
 Doctor en Psicologia.
 Lambda, col·lectiu de lesbianes, gais,
 transsexuals i bisexuals de València.
 Universitat Oberta de Catalunya.

Referències bibliogràfiques

1. Cass VC. Homosexuality Identity Formation: A Theoretical Model. *J Homosexuality*. 1979; 4(3): 219-35.
2. Fausto-Sterling A. *The Five Sexes: Why male and female are not enough*. New York: The New York Academy of Sciences; 1993.
3. Levine J. *Harfuml to minors*. Los Angeles: Book Prize; 2002.

Duelo perinatal

Rubén Bild Alexenicer e Iván Gómez García

La evidencia clínica nos muestra que reponerse a la pérdida de un niño, haya nacido o no, es el mayor desafío vital. Desafortunadamente, no se da al duelo perinatal la suficiente importancia, dado que la falta de su resolución tiene consecuencias en todos y cada uno de los miembros de la familia, que pueden ser marcados por el resto de sus vidas, impidiéndoles el disfrute de las mismas.

El proceso de duelo por la pérdida de un niño por nacer o en sus primeros días de vida no consiste en olvidar como si nada hubiese ocurrido, sino en recorrer distintas etapas que ayudarán a despojarse de idealizaciones, fantasías y fantasmas para integrar saludablemente esa experiencia en el ciclo vital.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el periodo perinatal se extiende desde las 22 semanas de gestación hasta una semana de vida independiente. Sin embargo, expertos en el tema sostienen que este periodo puede prolongarse desde la concepción hasta el final del primer año de vida. Teniendo esto en cuenta, la pérdida perinatal incluye el aborto espontáneo o inducido, el embarazo ectópico, la muerte de un gemelo en gestación, el feto muerto intraútero o intraparto, la muerte del prematuro y del neonato. También los bebés nacidos con anomalías congénitas.

Si bien el duelo perinatal provoca reacciones similares a las que se dan en un duelo por otro tipo de pérdidas, nos referiremos a continuación a aquellos aspectos diferenciales que afectan a la madre y a toda la trama familiar (pareja, hijos, abuelos).

La madre

Mientras el embarazo avanza la madre va construyendo un vínculo con su bebé e imagina proyectos de futuro. Además tiene que adaptarse a los cambios en su cuerpo y a la responsabilidad que supone convertirse en madre.

El embarazo es un tiempo de incertidumbre y esperanza. Antiguamente se creía que si la mujer se mantenía emocionalmente separada del feto o del recién nacido con enfermedad congénita, la muerte no le provocaría una sensación de pérdida y por lo tanto no tendría que

afrontar el duelo. Hoy sabemos que eso es falso y contraproducente intentarlo. Negar la existencia de un vínculo que ya se ha formado durante la gestación contribuye a la aparición de duelos complicados. Por el contrario, si la persona reconoce la existencia del vínculo podrá ir elaborando un duelo saludable o trabajar aquellos aspectos que dificultan el disfrute de la vida.

Frente a la pérdida afloran en la madre sentimientos de frustración y culpa. Frustración porque siente que su proyecto se ha truncado y culpa porque relaciona la pérdida con una incapacidad de procrear. Es como si dijera “mi cuerpo no es lo suficientemente bueno para tener un niño”. La madre vive la pérdida como un fracaso personal. Esta situación se agrava si tiene antecedentes psiquiátricos o fragilidad emocional lo que requerirá ayuda psicoterapéutica. Ansiedad y depresión pueden aparecer durante un embarazo normal, pero es más frecuente cuando se trata de un embarazo de alto riesgo. Se pide tranquilidad a una madre que atraviesa complicaciones en su embarazo, lo cuál no es algo que se pueda hacer fácilmente ya que cuando las cosas no van bien nos solemos preocupar. Cuanto mayor es la preocupación mayor es la probabilidad de que aparezcan nuevas dificultades.

Desde el momento en que la mujer sabe que está embarazada establece un diálogo con el feto y según avanzan los meses añade a lo imaginado y fantaseado el sentir en su cuerpo la presencia física del futuro bebé. De manera intuitiva le habla, le canta, juega con posibles nombres. Los meses de gestación van configurando la naturaleza de este vínculo único que será diferente para cada madre. Si el niño llega a nacer y vive por un tiempo, la madre tendrá la posibilidad de verlo, tocarlo, abrazarlo. De esta manera, la imagen idealizada se confronta con el niño real. El contacto físico ayuda a la madre a tomar consciencia de la existencia de su hijo y le recuerda que aunque este niño viva solamente unas horas, días o semanas será para siempre parte de su vida.

La pareja

El embarazo siempre pone a prueba la solidez de la pareja. En una pareja que se lleva bien, el periodo de gestación puede ser una etapa de goce y compenetración mutua. Sin embargo, muchas madres —sobre todo las primerizas— no comparten con su pareja las preocupaciones y esto puede ser vivido en la pareja como un alejamiento. Cuando aparecen dificultades y la comunicación entre ambos no es fluida es probable que comiencen roces, malas contestaciones, recriminaciones que ponen en peligro la continuidad de la relación. Es importante por ello que ambos consigan compartir sus senti-

mientos y dudas durante este periodo para poder gestionar la posible pérdida. Cuando la pérdida ocurre la familia entra en crisis y su resolución dependerá de que ambos consigan compartir el dolor y transitar juntos cada paso del proceso de duelo. Cuando las bases de la pareja son frágiles, al dolor por la muerte se agrega el dolor por una posible separación o divorcio.

Con frecuencia no se tiene en cuenta el dolor del padre, ya que culturalmente toda la atención se concentra en la madre y se espera que el padre esté siempre preparado para protegerla y cuidarla. El sentimiento de fracaso y culpa también es experimentado por el padre, que puede sentirse desplazado y solo.

Los hermanos

Existe una dificultad en los padres de comunicar a sus hijos de manera clara y veraz la pérdida intrauterina o la muerte del recién nacido. Muchas veces los padres, creyendo que de esta manera evitan un dolor a sus hijos, inventan explicaciones que añaden confusión y aíslan a los niños, que no se permiten hacer preguntas o expresar sus sentimientos. Erróneamente, se atribuye solamente a los adultos el impacto del duelo perinatal, ignorando la evidencia de que los niños aun siendo muy pequeños sienten también el impacto de la pérdida y deben ser acompañados en su duelo.

Los abuelos

Tienen que afrontar una doble pérdida: por el nieto que no tendrán y por presenciar el sufrimiento de su hija. Sabemos que en nuestra cultura, llegada cierta edad, los padres dicen a sus hijos: “A ver cuando nos vas a dar un nieto”. Ponen en ello muchas expectativas, porque la llegada de un nieto es una oportunidad para los abuelos de reparar aquellas carencias que por desconocimiento o falta de tiempo afectaron a sus hijos. Es habitual escuchar la frase: “Mis padres juegan con su nieta de una manera que nunca hicieron conmigo”. La pérdida representa también para ellos la interrupción de un proyecto.

Algunas recomendaciones

Cuando se habla con una madre en duelo perinatal debemos evitar frases hechas tales como: “Sé cómo te sientes”; “Tienes que ser fuerte”; “La vida continúa”; “Si lloras nos ponemos tristes”; “Eres joven y puedes tener otro niño”. Estas frases, lejos de servir, provocan irritación y desconcierto; son siempre falsas ya que por definición toda experiencia es única e intransferible.

Es imposible negar que la condición de profesionales de la salud nos convierte en figuras de poder para las familias. Conscientes de ello evitaremos confrontaciones innecesarias si quitamos de nuestra conversación frases como: “Deberías hacer...”; “Te lo digo por tu bien”; “Lo mejor en estos casos es...”. Debemos evitar utilizar juicios de valor y generalizaciones ya que entorpecen cualquier tipo de comunicación.

Escuchar atentamente es una herramienta valiosa para poder saber dónde se encuentra emocionalmente la persona en duelo. Es ella la que marcará el ritmo de la conversación y no debemos im-

ponerle nuestros puntos de vista o querer acelerar el proceso.

Otro recurso que todos podemos utilizar es el silencio. Un silencio de acompañamiento que induce a que la persona nos perciba como alguien confiable. Si esto se consigue se genera un espacio fértil para que la familia pueda expresar sus preocupaciones y necesidades.

Nunca debemos presionar, pero sí es aconsejable invitar a los padres y familiares a tener contacto físico con el niño, aunque este viva solamente unas horas. El ritual de despedida da un marco de realidad a la situación, facilitando así el proceso de duelo.

Hay que recordar la necesidad de brindar al padre un espacio en el que pueda expresar sus sentimientos y preocupaciones, ayudándolo a encontrar el equilibrio entre cuidar a su mujer y atender a sus propias necesidades. La inclusión del padre contribuye a fomentar la cohesión familiar haciendo que éste se sienta reconocido y pueda tomar un rol activo.

En general los niños son los eternos olvidados. Sufren en silencio o muestran su preocupación a través de la aparición de síntomas como enuresis, dificultad para dormir, peleas en la escuela, falta de concentración, dolores de estómago, etc. Es aconsejable explicarles, con palabras sencillas adaptadas a su nivel de comprensión, lo que está pasando e incluirles en el cuidado del hermano o la madre. Los niños pueden sentir envidia o celos por la falta de atención recibida durante el embarazo. Hay que decirles que no son culpables de la muerte del hermano y que tampoco ellos la han causado (muchos niños al enfadarse desean la muerte de los otros y cuando una muerte ocurre tienen la fantasía de que ellos la han provocado con su deseo).

Es posible que los hermanos sientan que lo que hacen no es suficiente, apareciendo problemas de autoestima. Un niño que nace en una atmósfera familiar donde ha habido una negación del duelo va a tener que convivir con el fantasma del hermano que murió. Esto constituye una carga que influirá en su desarrollo psicológico. Una forma de evitar esto es que los padres les recuerden con frecuencia que no son un sustituto del hermano, sino que se los quiere por lo que ellos son y eso es suficiente.

Algunas parejas que han perdido un hijo se guían por la falsa creencia de que un nuevo embarazo lo más rápido posible es la solución para recobrar la ilusión y la alegría. Tienen prisa por pasar página y seguir adelante para no pensar en la tristeza que inevitablemente está presente en toda pérdida. En nuestra experiencia clínica, las prisas son un indicador de duelo complicado. Como el énfasis se pone en olvidar, el duelo se enquistará y, aunque aparentemente la pareja recobra su ritmo habitual de vida, con el tiempo los sentimientos de culpa, fracaso, tristeza y desesperanza vuelven a aparecer, aunque hayan transcurrido meses o incluso años. Si no se ha elaborado la pérdida del hijo es posible que el vínculo con el niño que nace sano de un nuevo embarazo esté empañado por las características idealizadas del hermano muerto.

Todos aquellos profesionales de la salud involucrados en la asistencia de la mujer embarazada o

en el parto se verán afectados por la muerte del bebé. Aunque hayan tenido durante su vida profesional experiencia con casos similares, negar la sensación de desazón y fracaso provoca un estrés añadido a su labor asistencial. En la raíz de muchos casos de profesionales que sufren *burnout* (síndrome de estar quemado) se encuentra la acumulación de duelos sin resolver. Por ello, es necesario que los profesionales cuenten con un espacio de reflexión en el que puedan identificar y elaborar los sentimientos que la pérdida de un niño provoca.

La evidencia clínica nos muestra que reponerse a la pérdida de un niño, haya nacido o no, es el mayor desafío vital. Desafortunadamente, no se da al duelo perinatal la suficiente importancia, dado que la falta de su resolución tiene consecuencias en todos y cada uno de los miembros de la familia, que pueden ser marcados por el resto de sus vidas, impidiéndoles el disfrute de las mismas. Los profesionales de la salud pueden ofrecer la posibilidad de una ayuda psicoterapéutica con especialistas en el trabajo de duelo, especialmente en los casos en que detectan un duelo complicado (el estado de conmoción perdura por más de dos semanas, signos de una depresión grave, ideas de suicidio, dificultad de mencionar la pérdida, tristeza intensa que no disminuye con el paso del tiempo, inhabilidad de hacerse cargo de tareas domésticas simples, presencia de culpa persecutoria).

¿Cómo dejar ir a un niño que apenas comenzó a vivir?

Esta tarea parece imposible cuando se espera ver crecer a un hijo y los proyectos deseados se desmoronan. Sólo podemos dejar ir a alguien cuando reconocemos su existencia y somos capaces de elaborar el dolor por su pérdida y expresar los sentimientos que ella nos provoca. Es entonces que lo que parece imposible ocurre y se puede seguir viviendo sin necesidad de identificarnos con la ausencia sino con el disfrute del momento presente. Es tal el impacto en nuestras vidas de un duelo perinatal que amar lo que nunca fue y poder dejarlo ir es un desafío personal que nos permite conservar en nuestra mente y en nuestras vidas el recuerdo del vínculo que se formó durante meses de convivencia intrauterina. Ese lazo que se desata no es un olvido, sino la posibilidad de honrar a quien no estando aquí permanece vivo en el recuerdo y en nuestra acciones diarias.

.....
Rubén Bild Alexenicer

Doctor en Filosofía. Psicoanalista y psicoterapeuta familiar. Pionero en cuidados paliativos.

Codirector del Centro de Acompañamiento Creativo para la formación y atención emocional en duelo, Valencia (www.crecimientoemocional.org).

Iván Gómez García

Psicólogo y psicoterapeuta Gestalt.

Asesor del Centro de duelo del Hospice de niños PLAMIENOK (Bratislava, Eslovaquia).

Codirector del Centro de Acompañamiento Creativo para la formación y atención emocional en duelo, Valencia.

La consulta preconcepcional

Lourdes Margaix-Fontestad, Miguel Ángel Martín Vallejo i Raquel J. Prieto Prieto

L'atenció preconcepcional permet identificar les condicions de salut físiques i psicosocials, així com l'estil de vida de la dona i la seua parella, a fi d'optimitzar el seu estat de salut previ a la gestació per a aconseguir uns resultats més favorables.

L'èxit d'un embaràs depén en gran manera de les condicions dels progenitors prèvies a la gestació. La meitat dels embarassos que es produeixen en el nostre entorn són planificats. Les dones i les seues parelles volen triar el moment per a quedar-se embarassades. No obstant això, només el 10 % de les parelles que planifiquen la seua gestació consulten amb un professional sanitari prèviament. A més, de les dones que estan intentant quedar-se embarassades, fins a un 70 % estarien interessades a tindre més informació sobre l'embaràs.

Les activitats preventives han demostrat la seua eficàcia en la disminució de la morbiditat infantil associada als dos grans problemes:

- Les malformacions congènites associades a teratògens: consum de fàrmacs i/o tòxics o exposició a agents externs com les radiacions.
- El baix pes al naixement del bebé, associat sovint a un baix nivell socioeconòmic, males condicions dietètiques i/o laborals, ansietat, ITS i/o atenció prenatal tardana.

L'atenció preconcepcional permet identificar les condicions de salut físiques i psicosocials, així com l'estil de vida de la dona i la seua parella, a fi d'optimitzar el seu estat de salut previ a la gestació per a aconseguir uns resultats més favorables.

Tant els organismes nacionals com internacionals recomanen la instauració de la consulta preconcepcional a tota la població en edat reproductiva des de l'assistència primària de salut, com a part de l'assistència prenatal de qualitat.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) recomana la suplementació amb àcid fòlic almenys dos mesos abans de la concepció prevista.

El grup d'experts sobre cures prenamentals del SNS dels EUA recomana l'atenció preconcepcional com una part de l'assistència prenatal integral en el marc de l'atenció primària per a assegurar la salut de l'embarassada i del fetus.

En l'àmbit estatal, la Societat Espanyola de Ginecologia i Obstetrícia (SEGO) també recomana la seua realització l'any previ a la concepció prevista.

A la Comunitat Valenciana, la consulta preconcepcional ja apareix en el II Pla de salut 2005-2009. En el IV Pla de salut 2016-2020, amb l'objectiu d'oferir una atenció de qualitat en salut sexual i reproductiva s'incideix en la necessitat de potenciar la consulta preconcepcional en atenció primària i els centres de salut sexual i reproductiva. A més, en l'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva de la Comunitat Valenciana (2017-2021) es marca com a objectiu potenciar el con-

sell preconcepcional en atenció primària, promovent l'actualització d'un protocol de consulta preconcepcional, consensuat amb els distints agents assistencials, que preveja activitats preventives basades en l'evidència científica.

Per tant, la consulta preconcepcional s'ha d'oferir a totes les dones en edat fèrtil i les seues parelles amb desig gestacional en els mesos anteriors a la possible gestació, de manera individualitzada i prenent en consideració les seues característiques de salut, hàbits de vida, cultura, incidint en aquells col·lectius més vulnerables. D'aquesta manera s'afavoreix la parentalitat positiva des d'abans de la concepció i millora els nivells de salut.

La consulta preconcepcional inclou la realització d'una anamnesi completa, per a identificar possibles riscos biològics, psicològics o socials de la dona i la seua parella que puguin afectar la salut maternofetal, una intervenció precoç davant dels factors de risc basada en l'evidència científica i la realització d'accions educatives i promotores de salut relacionades amb la salut perinatal.

Avaluació del risc preconcepcional

La correcta aplicació d'un protocol per a l'atenció del desig genèsic de la futura mare i el seu entorn familiar que garantisca una correcta avaluació del risc preconcepcional resulta clau des de l'escenari assistencial de l'atenció primària i des dels centres de salut sexual i reproductiva (CSSR) com a unitats de suport. Així mateix resulten clau altres col·laboradors, com els metges especialistes quan siga necessari. A més, la intervenció d'altres agents pot ser necessària per a garantir el benestar psicosocial.

El resultat de tot el procés seria una intervenció precoç davant de factors de risc detectats amb accions basades en l'evidència científica i proporcionant a la futura mare i el seu entorn familiar accions educatives i promotores de salut perinatal.

El protocol de la consulta preconcepcional contempla com a punt de partida una anamnesi detallada, incloent: dades sociodemogràfics, antecedents obstètrics i ginecològics, antecedents personals i familiars de risc per a la reproducció, estat vacunal, història laboral i social, violència de gènere i violència sexual. A més, s'inclou una avaluació de l'estil de vida (hàbits tòxics, alimentació, activitat física) i del benestar emocional completant-se amb un examen físic detallat i ginecològic si fóra necessari amb la sol·licitud d'anàlítica específica, incloent-hi serologies segons l'estat vacunal i els riscos específics.

L'acompanyament, la disponibilitat i el suport per part del personal sanitari, prestant especial atenció a l'esfera emocional, resulten clau per al

correcte seguiment del protocol de la consulta preconcepcional.

La interpretació de les proves complementàries sol·licitades junt amb les distintes valoracions realitzades per part del personal d'atenció primària i del CSSR garantixen el benestar bio-psico-social més òptim possible. Al contrari, també poden identificar condicions que no recomanen l'embaràs en este moment o condicions potencialment corregibles que poden precisar la supervisió i el seguiment pels diferents agents de salut implicats.

Accions educatives i de promoció de salut

Les accions educatives i de promoció de salut van encaminades a proporcionar informació i consells sobre aquells factors susceptibles de modificació que puguin influir en la salut maternofetal i/o neonatal, basades en la major evidència científica disponible. S'incidirà sobre estils de vida saludables relacionats amb l'alimentació, activitat física, consum de substàncies tòxiques, exposició ambiental, benestar emocional i salut oral.

Durant l'etapa preconcepcional, els progenitors presenten una major predisposició per a realitzar canvis que els conduïsquen a resultats més favorables. Així doncs, si els canvis es produeixen en l'etapa preconcepcional, l'embaràs començarà amb unes condicions més òptimes, comprénent el període de major vulnerabilitat de malformacions (primeres 10 setmanes de gestació).

Després de la realització de la història clínica detallada, obtindrem informació sobre tots aquests aspectes, amb la qual cosa de forma individualitzada oferirem la informació oral i escrita que siga necessària. S'ha d'emprar un llenguatge senzill i clar, però adaptat a les característiques personals, diferenciant el més important del prescindible. A més, s'ha de reforçar amb l'ús de material gràfic en consulta i fullets atractius per a portar. Es pot trobar més informació en <http://www.estilosdevidasaludable.mssi.gob.es/>

S'hauria de realitzar un seguiment més exhaustiu en persones vulnerables, tenint en compte la multiculturalitat.

A aquelles dones que presenten sobrepès o obesitat se'ls proporcionarà informació i ajuda per a disminuir el seu risc, ja que l'obesitat es relaciona amb major morbiditat maternofetal. Haurien de perdre pes abans de la gestació, per mitjà d'una alimentació saludable i la realització d'exercici físic adequat.

L'alimentació ha de ser variada, equilibrada i saludable (figura 1) amb un consum de cinc racions de fruites o hortalisses al dia, i de peix diverses vegades a la setmana, evitant els peixos grans (peix espasa, tauró, tonyina roja...) perquè contenen metalls pesants, com el mercuri. També es recomana el consum de sal iodada. S'haurien d'evitar aquells aliments amb alt contingut calòric, menjar ràpid, precuinats i aperitius. S'aconseylla un consum moderat de cafeïna. A més, s'aconsellen mesures higienicodietètiques per a evitar l'adquisició d'infeccions durant l'embaràs.

S'ha de recomanar la realització d'activitat física moderada (com caminar a pas lleuger) o vigorosa

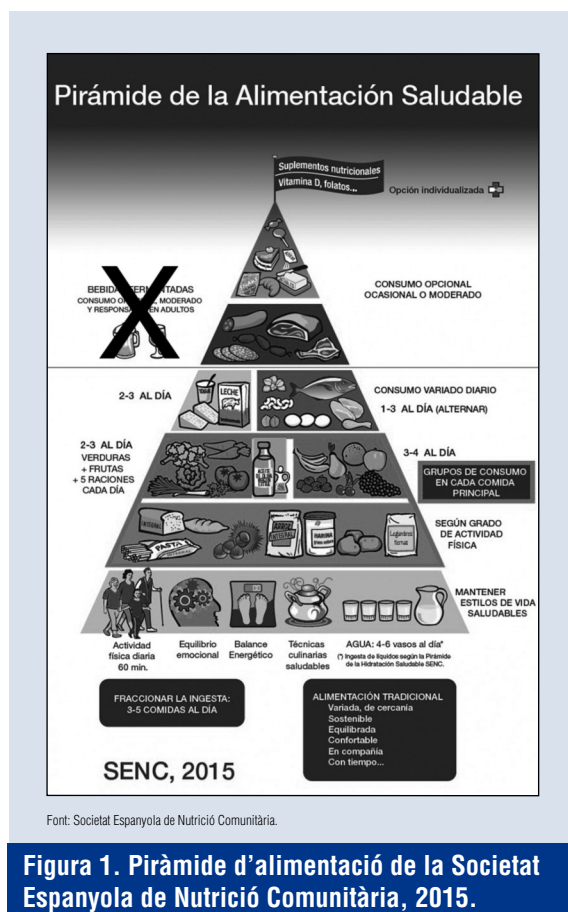


Figura 1. Piràmide d'alimentació de la Societat Espanyola de Nutrició Comunitària, 2015.

(com córrer). Aquesta no difereix de l'establida per al grup d'adults.

També s'ha d'informar la dona i la seua parella dels efectes nocius del consum de tabac, alcohol i drogues il·legals. L'alcohol s'ha d'evitar completament, ja que es desconeix el nivell mínim segur, i la dona no és conscient de la seua gestació fins passades unes setmanes. S'aconseylla l'abandonament del tabac i es donarà informació sobre el tabaquisme passiu i les seues repercussions per a la salut maternofetal, aconsellant canvis de conducta i proporcionant l'ajuda necessària. També s'aconseylla l'abandonament del consum de qualsevol altra droga, remetent a les unitats de conductes addictives.

Quant a l'exposició ambiental, s'ha de donar informació sobre el risc derivat de l'exposició a agents físics, químics o biològics presents en el medi laboral, derivant al servei de prevenció de riscos laborals de l'empresa. En el domicili s'ha d'indicar la reducció de l'ús de pesticides i la no utilització de recipients de plàstic en el microones (disruptors endocrins).

El benestar emocional és un factor molt important per a la salut. S'ha de proporcionar informació útil sobre l'estrès i com controlar-lo i oferir recursos comunitaris o sanitaris específics, així com recursos d'informació. S'hauria de remetre a la unitat de salut mental, en cas necessari. A més, s'hauria de proporcionar suport emocional davant de les pors, dubtes, sentiments d'ambivalència, etc. L'adopció d'un estil de vida saludable millora el benestar emocional.

La salut oral tindrà una important repercussió en el curs de la gestació i en la descendència. Es recomana tindre una boca sana abans de l'embaràs. En cas d'alguna patologia es recomana la visita a l'odontòleg. S'ha d'incidir en la necessitat de la higiene diària.

Mesures preventives

S'oferiran mesures preventives si són necessàries:

- Després d'avaluar l'estat vacunal, s'oferiran aquelles vacunes que necessite.
- Cribatge de càncer de cèrvix segons el protocol específic.
- Suplementació amb àcid fòlic:

El dèficit d'àcid fòlic s'ha relacionat amb defectes del tub neural. Una dieta apropiada pot aportar al voltant de 0,25 mg/dia de folats, per la qual cosa és imprescindible associar a una correcta alimentació la suplementació farmacològica amb folats. Hi ha una sòlida evidència dels beneficis que aporta la suplementació amb folats des d'almenys un mes abans de la concepció i durant les 10-12 setmanes primeres de la gestació quant a la disminució de la incidència i recurrència dels defectes del tub neural, que són encara majors si es realitzen des de l'etapa preconcepcional.

Per tant, es recomana la suplementació diària amb àcid fòlic almenys un o dos mesos previs a la concepció, mantenint-ho fins a la setmana 12. La dosi recomanada és 0,4 mg/d. En el cas de dones amb antecedents de defectes del tub neural, diabètiques, en tractament amb anticonvulsivants o amb un IMC > 30, es recomana la suplementació diària amb dosi de 5 mg.

Conclusió

Es pot concloure que la millor ferramenta per a una atenció preconcepcional de qualitat és la implementació d'un protocol de consulta preconcepcional i poder disposar-ne el personal sanitari per al seu coneixement i implementació.

Lourdes Margaix-Fontestad

Infermera obstetricoginecològica (comare).

Centre de Salut de Puçol.

Miguel Ángel Martín Vallejo

Metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària.

Centre de Salut Sexual i Reproductiva de Natzarret.

Raquel J. Prieto Prieto

Metgessa especialista en Medicina Familiar i Comunitària.

Centre de Salut de Benicalap Azucena.

Membre del Grup de la Dona de la SVMYFC.

Bibliografía

World Health Organization. Standards for maternal and neonatal care. 2007. [Consulta 24/5/2017] Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/a91272/en/

National Institutes of Health. Caring for Our Future: The Content of Prenatal Care. Public Health Service Expert Panel on the Content of Prenatal Care. Bethesda;1989. [Consulta 24/5/2017] Disponible en: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED334018.pdf>

SEGO. Protocolos asistenciales en obstetricia. Consulta preconcepcional. 2010.

II Pla de salut de la Comunitat Valenciana 2005-2009.

IV Pla de salut de la Comunidad Valenciana 2016-2020.

Buenas prácticas y participación informada de la mujer en la atención al parto

Ainoa Biurrún Garrido y Josefina Goberna-Tricas

La calidad de la asistencia al nacimiento sigue siendo un desafío para los profesionales sanitarios que procuran la atención a la gestación, parto y puerperio y también para las instituciones y para la sociedad en general. Convertir a la mujer en centro de atención significa aplicar las mejores prácticas sanitarias disponibles, así como tener en cuenta su voz para convertir a la mujer en protagonista del proceso.

Hasta finales del siglo XIX, y a pesar de que desde el siglo XVII se había ido incrementando el número de médicos y cirujanos que intervenían en la asistencia al nacimiento, parir en un hospital era considerado signo de pobreza, de soledad e incluso de exclusión social¹. Asimismo, dar a luz en un centro hospitalario estaba considerado un peligro para la vida de la mujer por la alta mortalidad materna a causa de las fiebres puerperales, provocadas por la falta de desinfección de manos de los médicos². Sin embargo, esta situación cambió drásticamente durante el siglo XX, como consecuencia de la revolución biomédica¹ de occidente debida a las mejoras sociales, económicas y a los progresos en descubrimientos, conocimientos y tecnologías sanitarias.

Finalizada la II Guerra Mundial los indicadores de salud materno-infantil mejoraron considerablemente a pesar del estrés que la guerra había supuesto para muchas mujeres europeas. Uno de los avances fundamentales fue la posibilidad de prevenir la inmunización Rhesus gracias al descu-

brimiento en 1963 de la gammaglobulina anti-D por parte del profesor Clarke de Liverpool junto a Finn y Freisa. También se instauró el seguimiento y control del embarazo, así el *British Medical Journal* publicaba que en 1930, casi un 34 % de mujeres del Reino Unido recibían atención prenatal, mientras que en 1935 esta cifra se aproximaba al 80 %¹. Posteriormente, la aplicación de los ultrasonidos para la exploración del útero introducida por Ian, permitió un avance fundamental en el control prenatal. En lo que a atención al parto se refiere, el uso de la oxitocina sintética a partir de 1955, junto con la popularización de la utilización de agentes anestésicos y la monitorización fetal intraparto promulgaron un control activo del trabajo de parto, acortándose los periodos de dilatación y de expulsivo.

A partir de entonces, la atención al nacimiento se empieza a conceptualizar bajo un modelo en el que primaba la medicalización y tecnificación de la asistencia. Todo ello se asoció con cambios en el imaginario social. El parto, considerado hasta entonces un proceso fisiológico que sucedía en la intimidad de un hogar³, pasa a ser atendido en un hospital, en el que el proceso es protocolizado y dominado por la ciencia médica. A partir de ese momento, la parturienta es tratada como paciente hospitalaria, lo que conlleva que pase a ser observada como un objeto pasivo, comenzándose así la valoración de la gestación y el parto desde una perspectiva fundamentada en un modelo tecnológico⁴, paternalista e incluso autoritario. Esta medicalización no se circunscribió exclusivamente a la asistencia al nacimiento sino que se convirtió en un concepto global de medicalización de la vida. Así, en 1979, la revista médica *BMJ* confecciona una lista de las veinte “no enfermedades” que más se habían medicalizado, entre las que se encontraban el embarazo y el parto.

Un ejemplo de medicalización y falta de humanización de la asistencia al nacimiento lo podemos observar en el caso de la cesárea. En 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó la tasa de cesáreas como un indicador de calidad de la atención materna y perinatal, e indicó que no podían justificarse tasas de cesárea superiores al 10-15 %. Según las recomendaciones de la OMS, la cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos, en quienes este procedimiento resulta innecesario. Asimismo, y como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo para la mujer, para el neonato, así como para embarazos futuros.

Debido al gran intervencionismo obstétrico que se estaba realizando incluso en los partos considerados de bajo riesgo, a partir de los años 80 del siglo XX, empezaron a cuestionarse estas praxis médicas, y un número considerable de movimientos sociales dejaron oír su voz pidiendo una atención menos intervencionista en el parto normal que pusiera a la mujer en el centro de la atención; estas voces calaron en el imaginario colectivo y produjeron cambios en el concepto de lo que debía ser una atención de calidad, reivindicando el empoderamiento de la mujer⁵. A raíz de estos movimientos sociales comenzó a cambiar la forma de entender y abordar la atención al nacimiento, buscando un equilibrio entre las garantías de seguridad, que ofrecen los conocimientos y técnicas científicas, y el deseo de las mujeres en participar en las decisiones en relación a la asistencia sanitaria. Como consecuencia de este cambio de mentalidad, algunos estados y organismos internacionales iniciaron cambios legislativos en esta línea. En 1985 la oficina regional europea de la OMS, la Organización Panamericana de la Salud y la oficina regional de la OMS para las Américas realizaron en Fortaleza, Brasil, una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto. Esta conferencia hizo que la OMS revisara el modelo biomédico de atención a la gestación. Las prácticas sanitarias empezaron a ser cuestionadas, puesto que muchas de ellas no se fundamentaban en la evidencia científica; además, se constató que la medicalización que se estaba realizando no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada, al no tener en cuenta sus necesidades y expectativas, limitando por tanto su autonomía⁶. Como resultado de ello, la OMS promulgó unas recomendaciones para evitar ciertas prácticas no justificadas que se estaban realizando de manera sistemática y que en ocasiones podían llegar a ser peligrosas tanto para la parturienta como para el neonato, dado que podrían provocar iatrogenia (daño en la salud causado por un acto médico involuntario). Unos años más tarde, en 1993, el Departamento de Salud del Reino Unido, publica el informe *Changing Childbirth*⁷, en el que se incorporan una serie de recomendaciones fundamentales para un modelo humanizado de atención al parto basado en tres principios: el primero destaca que el cuidado maternal debe focalizarse en la mujer, haciéndola sentir que tiene el control sobre lo que está sucediendo, de forma que pueda tomar decisiones sobre su cuidado, e introduce la importancia de mejorar la comunicación entre usuarios y profesionales sanitarios; el segundo, explica que las mujeres deben tener acceso sencillo a los servicios de maternidad y éstos deben responder a sus necesidades; y, finalmente, el tercer principio explica que las mujeres deben participar en los servicios de maternidad, para que estos se adapten a sus ne-

cesidades. Además, destaca que el cuidado debe ser eficaz y los recursos deben usarse de forma eficiente. A partir de las recomendaciones propuestas por la OMS algunos estados y organismos internacionales han iniciado cambios legislativos.

En el año 2000, en la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto realizada por integrantes del movimiento brasileño para la humanización, apoyada por el proyecto LUZ y promovida por la Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA)⁸ se propone el concepto “humanización” como un “proceso de comunicación y cuidado entre las personas que llevan a la autotransformación y la comprensión del espíritu fundamental de la vida y a un sentido de compasión y unidad con el universo, el espíritu y la naturaleza, los individuos de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global y, también, con otras personas en el futuro, así como las generaciones pasadas”.

Asimismo, la demanda de un número importante de parejas y asociaciones de mujeres en España, fue recogida en el informe institucional del Defensor del Pueblo de 2006⁹, que en su punto IV, recomendó “respetar la progresión natural del parto cuando se presenta de forma espontánea y sin factores de riesgo, en aquellas mujeres que así lo soliciten”. Este informe, junto con las anteriores recomendaciones de la OMS, hizo que el Ministerio de Sanidad y Consumo y los responsables de salud de las diferentes comunidades autónomas comenzaran a promover líneas de trabajo menos intervencionistas en los embarazos y partos de bajo riesgo, produciéndose un hito importante; la implantación de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo¹⁰. En el prólogo de dicho documento se expresa que existe la necesidad de mejorar aspectos como la calidez, la participación y protagonismo de las mujeres en el proceso del parto. El objetivo de dicha estrategia es asegurar una atención sanitaria de excelencia, más personalizada y centrada en las necesidades de cada usuaria. Además, se menciona que debe realizarse una revisión de buenas prácticas; destacando la importancia de promover la participación informada de las mujeres en el proceso y en la toma de decisiones. Como resultado, posteriormente se edita una guía de acompañamiento de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS, que tiene como objetivo facilitar la implementación de esta por matronas, obstetras, pediatras, enfermeras y demás profesionales implicados en la atención al parto. Esta estrategia de humanización contempla la revisión de las prácticas clínicas y su adecuación a la evidencia científica, pero también los aspectos de cuidado y protagonismo por parte de las mujeres. Las recomendaciones que se proponen en la guía están basadas en las mejores evidencias científicas disponibles y son una buena herramienta para mejorar la atención, facilitar la participación de las mujeres y apoyar las iniciativas de mejora en los servicios obstétricos de nuestros hospitales.

Los aspectos de mejora que propone la estrategia habían sido previamente recogidos por algunos autores como Wagner¹¹, quien propone que para humanizar la asistencia al parto es necesario promover la autonomía y el control por parte de las mujeres; entendiendo autonomía como la capacidad de toma de decisiones por parte de la mujer y control como elección plenamente informada. Según Wagner, para que un parto sea humanizado, las

prácticas clínicas realizadas por parte de los servicios de maternidad deben estar basadas en la evidencia científica, dado que la atención medicalizada y el incremento de la utilización de tecnologías —que no siempre han demostrado su eficiencia— durante la práctica obstétrica suele deshumanizar. Adicionalmente, menciona la necesidad de que los profesionales sanitarios que atienden el parto lo hagan en armonía y trabajando como iguales. Finalmente, destaca la importancia de la promoción de servicios sanitarios por medio de la atención primaria en la atención y control del embarazo.

En estos momentos, en España se ha producido un importante avance en la aplicación de los principios propuestos por la Estrategia de Atención al Parto Normal; son muchos los profesionales que se han formado en relación a la aplicación de prácticas clínicas basadas en la evidencia científica y regularmente se organizan jornadas de difusión de buenas prácticas en la atención al parto normal, intentado avanzar hacia un modelo centrado en la mujer. Sin embargo, en España, la tasa de cesáreas según la última cifra disponible de 2014 en el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) es del 25,37 % (consultado en junio de 2017. Disponible en <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/ArbolNodos.aspx>). Si desglosamos la cifra anterior entre hospitales públicos y privados, obtenemos una tasa de cesáreas del 21,94 % en hospitales públicos pertenecientes al Sistema Nacional de Salud y un 38,09 % en hospitales privados. Adicionalmente, la tasa de cesáreas en España desde 1997 hasta 2014 ha aumentado un 28 %. Por otro lado, en el caso concreto de los hospitales públicos de la Comunitat Valenciana, según la memoria de gestión de 2015 de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Comunitat Valenciana, la tasa de cesáreas se sitúa en el 23,46 %.

Conclusiones

A pesar de los cambios producidos desde la publicación de la Estrategia de Atención al Parto Normal, la humanización de la asistencia al nacimiento sigue siendo un desafío para los profesionales sanitarios que procuran la atención a la gestación, parto y puerperio y también para las instituciones y para la sociedad en general. Convertir a la mujer en centro de atención significa aplicar las mejores prácticas sanitarias disponibles, así como tener en cuenta su voz para convertir a la mujer en protagonista del proceso.

El modelo humanizado de atención al nacimiento busca dotar a las mujeres de los recursos necesarios para tomar sus propias decisiones y conseguir de ese modo una elección autónoma informada y un modelo de atención centrado en la mujer. En este sentido los profesionales de la salud tienen una gran responsabilidad dado que deben tener la capacidad de escuchar la voz de las mujeres y procurar conocer sus expectativas, entender sus preferencias y conocer sus preocupaciones. Los sanitarios, y muy fundamentalmente las matronas, como profesionales de primera elección para la atención al parto normal, deben proporcionar apoyo emocional y basar sus cuidados en prácticas que estén fundamentadas en la evidencia científica. Además, deben utilizar la tecnología necesaria, evitando la realización de técnicas no justificadas. Por otro lado, es evidente que este modelo de atención no es posible si no existe también un compromiso a nivel de políticas sanitarias, hospi-

talarias y estatales que son las que determinan los recursos disponibles por parte de los sanitarios, el tiempo estipulado por visita, la formación en aspectos éticos y comunicativos etc. Por todo ello, cabe destacar que los servicios hospitalarios deben adecuarse a las demandas de las mujeres, teniendo en cuenta los deseos y expectativas previas de éstas, deben fomentar que los profesionales sanitarios trabajen como iguales, y se formen en aspectos éticos y comunicativos para crear relaciones de respeto entre ellos y hacia las usuarias; pero ello no será posible sin la implementación de las infraestructuras y los recursos necesarios para facilitar la práctica del parto humanizado. Todo ello debe integrarse en un modelo de atención centrado en la mujer, que la tenga en cuenta como verdadera protagonista de la atención.

Ainoa Biurrun Garrido

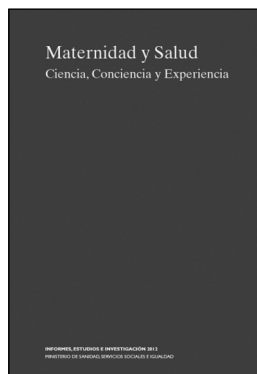
Matrona asistencial en atención primaria y en sala de partos del Hospital del Mar de Barcelona. Profesora asociada en el Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Maternoinfantil de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona.

Josefina Goberna-Tricas

Profesora titular de Universidad. Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Maternoinfantil. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona. Secretaria del Centro de investigación ADHUC: teoría, género y sexualidad.

Referencias bibliográficas

- Goberna-Tricas J. Dones i procreació: Ètica de les pràctiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement. [tesi doctoral]. Universitat de Barcelona; 2009.
- Tortajada M, Gironés R. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Madrid, España: Panamericana; 2003. 456-61 p.
- Goberna-Tricas J, Palacio Tauste A, Banús Giménez MR, Linares Sancho S, Salas Casas D. Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento: la percepción de las mujeres. Matronas profesión. 2008;(1):5-10.
- Biurrun-Garrido A. Humanización de la asistencia al parto: respeto a la autonomía de la mujer en la toma de decisiones e implicaciones en la relación asistencial. In: Boladeras Cucurella M, editor. Bioética del cuidar, ¿Qué significa humanizar la asistencia? 1a ed. Madrid, España: Tecnos; 2015. p. 251-61.
- Goberna-Tricas J. Toma de decisiones en atención sanitaria a la maternidad: la voz de las mujeres. In: Boladeras Cucurella M, editor. Bioética: La Toma de decisiones. 1a ed. Capellades, España: Proteus; 2011. p. 325-52.
- Biurrun-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión bibliográfica. Matronas profesión. 2013;2:62-6.
- Department of Health. Changing childbirth: report of the expert maternity group. 1993.
- Umenai T. Forewords of the International Conference on the Humanization of Childbirth held on 2-4 November 2000, in Fortaleza, Ceará, Brazil. Vol. 75. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2001. p. S1-2.
- Defensor del Pueblo. Informe anual 2006 y debates en las Cortes Generales. Informe [Internet]. 2006 [cited 2017 Feb 11]. Available from: <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/INFORME2006informe.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2008 [cited 2016 Nov 27]. Available from: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf
- Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. Int J Gynecol Obstet. 2001;75:S25-37.
- Conesa Ferrer MB, Canteras Jordana M, Ballesteros Meseguer C, Carrillo García C, Martínez Roche ME. Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. BMJ Open. 2016 Aug 26;6(8):e011362.
- Medeiros RMK, Teixeira RC, Nicolini AB, Alvares AS, Corrêa AC de P, Martins DP, et al. Humanized Care: insertion of obstetric nurses in a teaching hospital. Rev Bras Enferm. 2016 Dec;69(6):1091-8.



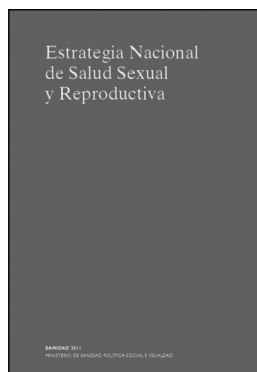
Maternidad i Salut: Ciencia, Conciencia y Experiencia

Edita: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.

Editat en castellà.

Aquesta publicació tracta de l'atenció a la maternitat enfocada des de la salut, i aborda aspectes no massa coneguts i/o reconeguts basats en l'evidència científica, en el millor coneixement disponible, en les bones pràctiques existents –ciència-. També mostra l'evolució i complexitat sociològica de la maternitat com a procés social en els últims anys; la sensibilitat i conscienciació sobre el procés vital més important en la vida de les dones i homes —consciència—, que representa l'acte sanitari de major prevalença en els hospitals del Sistema Nacional de Salut.

Aquest informe es pot descarregar en format electrònic en <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/MatySalud.htm>



Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Edita: Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat.

Editat en castellà.

Coordinada per l'Observatori de Salut de les Dones del Ministeri de Sanitat i Política Social, aquesta estratègia és fruit del consens entre societats científiques i professionals, organitzacions socials i població usuària, persones expertes i representants de les comunitats autònomes. En aquesta es descriuen les línies estratègiques tant de salut sexual, incloent-hi cada una objectius i recomanacions per al seu desenvolupament, com de salut reproductiva.

Aquesta publicació es pot descarregar en format electrònic en <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ENSSRIntro.htm>



Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Comunidad Valenciana, 2017-2021

Edita: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Editat en castellà.

La implementació de l'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva suposa l'ordenació de tots els recursos humans, tècnics i materials involucrats en l'atenció i promoció de la salut sexual i reproductiva. Per fer efectiu l'esperit d'aquesta estratègia s'ha establert una coordinació intersectorial i la implicació de la societat civil, comptant per a això amb la participació de professionals de diferents disciplines, societats científiques i ciutadania.



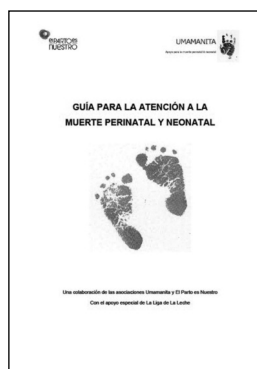
La asistencia al parto de las mujeres sanas. Estudio de variabilidad y revisión sistemática

Edita: Ministeri de Ciència i Innovació.

Editat en castellà.

Aquesta publicació finançada pel Ministeri de Sanitat i dirigida metodològicament per l'Agència d'Avaluació de Tecnologies Sanitàries de Galícia (Avalia-T) respon a dos objectius: descriure els tipus de part i les variacions existents en les taxes d'utilització de diversos procediments relacionats amb el part, així com estudiar la variabilitat existent entre comunitats autònomes, províncies i tipus d'hospitals espanyols entre 2001 i 2006; i realitzar una revisió sistemàtica sobre l'estat de coneixement actual de l'efectivitat i seguretat d'aquells aspectes relacionats amb el part normal en dones de baix risc i establir conclusions basades en l'evidència per a la seua utilització en la pràctica clínica.

Aquesta publicació es pot descarregar en format electrònic en <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/asistenciaparto.htm>



Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal

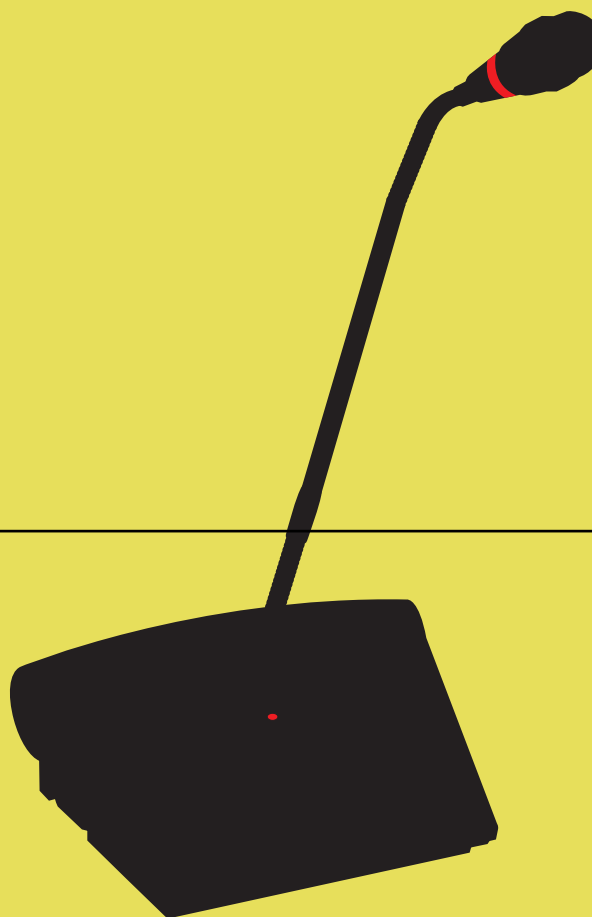
Edita: Associació Umamanita. Associació La lliga de La Llet.

Editat en castellà.

Aquesta guia sorgeix del treball conjunt de mares i pares que van patir aquestes pèrdues i de l'experiència de professionals de l'àrea perinatal (comares, obstetres, psicòlogues i psiquiatres. Naix de les pèrdues patides i del desig que aquestes experiències faciliten l'acompanyament a la mort quan s'esperava la vida. Té com a objectiu facilitar per part dels professionals l'atenció sanitària a aquells pares i mares que pateixen una mort perinatal o neonatal.

Viure_{en} Salut

/Jornades/



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA