

¿Qué debería saber el médico de familia sobre...?

Educación sexual desde las consultas sanitarias

Laura Clotet Romero^{a,*}, María Gómez Barroso^b, Meritxell Pi Juan^c y Laura Sánchez Roig^d.

^aMedicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Vigilancia Epidemiológica Vallès. Unidad TRÀNSIT ASSIR Sabadell. Barcelona. España. Grupo de trabajo Sexualidad CAMFIC.

^bMedicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Cornellà del Llobregat. Barcelona. España. Referente de Diversidad Sexual, Violencia Machista e ITS. Grupo de trabajo Sexualidad CAMFIC.

^cEnfermera Pediátrica. Centro de Atención Primaria Vinyets. Sant Boi de Llobregat. Barcelona. España. Referente del programa Salut i Escola. Grupo de trabajo Sexualidad CAMFIC.

^dMedicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Llefia. Badalona. Barcelona. España. Referente de Violencia Machista y Sexualidad. Educadora Sexual del programa Salut i Escola. Grupo de trabajo Sexualidad CAMFIC.

*Correo electrónico: sexualitat@camfic.org

Puntos para una lectura rápida

- En las consultas sanitarias frecuentemente se olvida la salud sexual como parte de la salud.
- Promover la educación sexual libre de prejuicios desde una perspectiva de género y respeto a las diversidades sexo-afectivas.
- Es importante diferenciar las cuatro dimensiones dentro de la esfera sexual: sexo atribuido, identidad de género, orientación sexual, expresión de género. Entendiéndose como dimensiones no dicotómicas e independientes entre ellas.
- Abordar la sexualidad considerando las diferentes características sociales como el género, edad, raza, religión, diversidad funcional, etc., que determinan en cada persona vivencias individuales y realidades específicas.
- Potenciar la educación sexual desde el placer, el respeto y la prevención de violencias. Hablar de riesgos de ITS y embarazo sin juicios a las prácticas realizadas y de forma objetiva y realista.

Palabras clave: Educación sexual • Sexualidad • Interseccionalidad • Buenas prácticas • Género • Prevención ITS.

Introducción

A pesar de ser bien conocida la definición de salud establecida por la OMS, “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, a menudo se nos olvida cuando hablamos de salud sexual¹.

Definida por el mismo organismo, la sexualidad es “un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones interpersonales. La

sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”².

Históricamente, la escasa educación sexual que se ha ofrecido en nuestra sociedad, se ha construido en torno a la exposición y magnificación de los riesgos que la sexualidad puede conllevar y además, se ha realizado desde un punto de vista cis-hetero-coito-adultocéntrico-patriarcal, es decir, excluyendo géneros, corporalidades y orientaciones no normativas, prácticas no coitales, ignorando la sexualidad en edades no reproductivas y priorizando el placer o bienestar de los hombres^{1,2}. Identificar y cuestionar las normas que impe-

ran en nuestra sociedad, así como revisar las propias creencias o prejuicios establecidos, es una condición esencial para una adecuada atención³.

Asimismo, el modelo biomédico ha otorgado una perspectiva biologicista y reproductiva a la sexualidad, lo que ha contribuido a menospreciar la importancia del bienestar psicológico de las personas que se relacionan sexualmente con otras, especialmente en el caso de las mujeres³.

En el presente artículo se pretende abordar la educación sexual desde una mirada positiva hacia la sexualidad. A lo largo del texto se exploran conceptos y se exponen herramientas útiles que puedan ayudar al profesional sanitario a realizar una mejor atención. Partiendo de la diversidad sexual, incidiendo en el abordaje de las emociones y haciendo hincapié en los factores protectores como son el autoconocimiento, la autoestima, la asertividad y la capacidad de negociación, para así romper con el enfoque negativo aún presente, en el que predomina la idea y asociación constante: “sexo es peligro”.

Abordaje de la sexualidad desde la diversidad con perspectiva de género y mirada interseccional

Para dar respuesta a las necesidades en sexualidad, se precisa de conocimientos y herramientas que ayuden a realizar un acompañamiento adecuado desde un enfoque de derechos humanos y perspectiva de género.

Debe entenderse la sexualidad como una dimensión más de las personas, presente y cambiante a lo largo de la vida, influida por múltiples factores. Este abordaje tiene como premisa la diversidad y contempla orientaciones, expresiones e identidades libres no estigmatizadas.

El género es una construcción cultural basada en otorgar a las personas diferentes comportamientos, roles y funciones sociales según el sexo asignado al nacer, siendo un factor determinante de inequidades sanitarias. En la sociedad occidental actual, el modelo de organización social a través del cual se organizan los mecanismos, las estructuras de poder, valores y discursos en torno al género, se denomina modelo dicotómico de género e identifica dos categorías excluyentes, pero también jerarquizadas y complementarias: hombre y mujer⁴.

Esto repercute directamente en la forma de entender y vivir las relaciones, ya sea a través de la asignación de roles, diferentes y desiguales, o mediante la imposición de la cis-heterosexualidad, que da privilegio a una única posibilidad de identidad y de deseo e implica discriminación, persecución, exclusión y violencia contra cualquier otra representación. Este modelo afecta negativamente a todas las personas, principalmente a mujeres y personas LGTBQIA+, pero tam-

bién a personas con cuerpos no normativos, personas con diversidad funcional, etc.

Hay que tener en cuenta el carácter histórico y culturalmente situado de este binarismo y por tanto su limitación en el momento actual debido a la emergencia de múltiples sexualidades no normativas y expresiones/identidades de género que transgreden la conceptualización binaria.

Para hablar de sexualidad, también debe realizarse desde una perspectiva interseccional, es decir, teniendo en cuenta otros aspectos y contextos que determinan la posición en la que se encuentra cada persona, resultado de la interacción entre diferentes ejes (fig. 1)⁵.

Aspectos como la edad, la diversidad funcional, la educación, nivel socioeconómico, ser migrante, pertenecer a un grupo étnico minoritario o desfavorecido y cualquier condición o característica social que atraviesa la vida de estas personas y las sitúa en posición de privilegio u opresión, crea realidades específicas, subjetivas e individuales. Estas opresiones se refuerzan entre ellas y pueden situar a una persona en clara vulnerabilidad⁶.

Para entender la diversidad sexo-afectiva es importante diferenciar cuatro grandes dimensiones: sexo atribuido, identidad de género, expresión de género y orientación sexual; pudiendo considerar como quinta la orientación relacional (tabla 1). No es preciso conocer todos los términos, pero sí reconocer en qué categoría se sitúan las más frecuentes.

Estas dimensiones no siguen un eje vertical que las relacione, sino que cada una tiene entidad propia en la persona, pudiendo encontrar todas las combinaciones posibles. Algunos ejemplos, mujeres cis masculinas heterosexuales poliamorosas, hombres cis femeninos asexuales, hombres trans femeninos gays monogámicos, etc.³

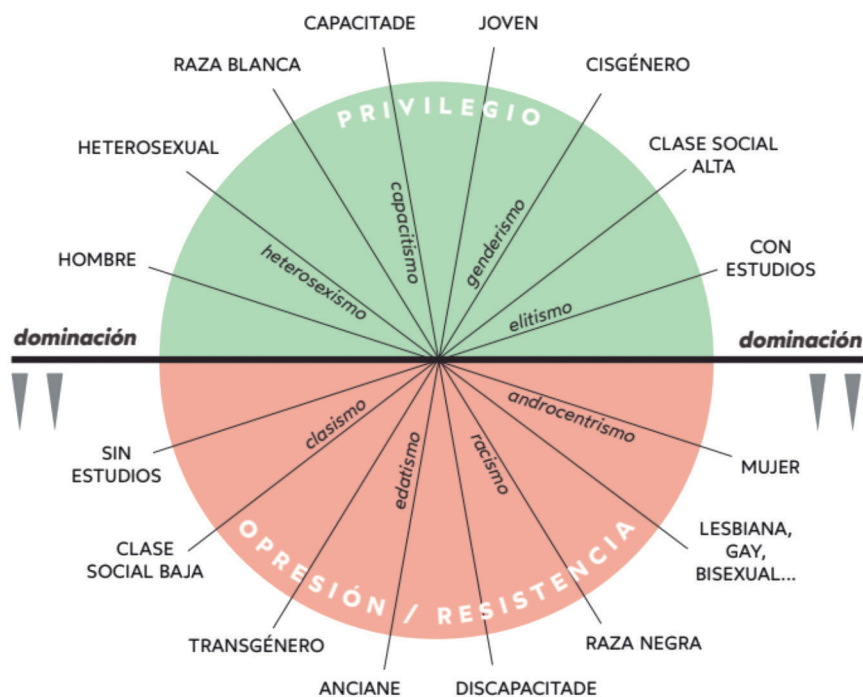
Partiendo de estas dimensiones, existe un campo más amplio que el nombrado, de conceptualizaciones y términos en el que no es posible fijar definiciones únicas e inamovibles. Los conceptos tienen significados diferentes según el momento histórico y contexto cultural y se pueden observar diferencias según si un término se usa en el ámbito clínico, académico, administrativo o activista.

El acrónimo LGTBQIA+ es un término paraguas para referirse a personas lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersex, queer, asexuales y todas aquellas personas con identidades, orientaciones o corporalidades no binarias. Estos conceptos son cambiantes y ejemplo de ello es que algunos activistas empiezan a hablar de GSRDI, que corresponden a: géneros, sexualidades y romanticismos divergentes e intersexo, en sustitución a LGTBQIA+, por ser considerado más inclusivo.

Estudios a nivel nacional e internacional recogen que estas personas se enfrentan a barreras y dificultades en la atención sanitaria, lo que ocasiona peores resultados y disparidades en salud. Las necesidades y especificidades en salud de este colectivo son consecuencia del estigma social, la falta de reconocimiento de derechos y de las dificultades que pre-

INTERSECCIONALIDAD

Ejemplos de 8 ejes de desigualdad



© Afectos Especiales, basado en Patricia Hill Collins



Figura 1. Interseccionalidad.

Tomado de: <https://afectosespeciales.com/blog/interseccionalidad-2/> con permiso del autor⁵.

senta el sistema sanitario para integrar la diversidad en el modelo actual de salud^{7,8}.

Una de las principales causas que contribuyen de forma directa a estas inequidades son las actitudes y la falta de conocimientos del personal sanitario en la atención y cuidado de estas personas⁹.

Para paliar estas dificultades se recogen los siguientes puntos, que aplicados desde el respeto y reconocimiento a la diversidad, favorecen la buena praxis:

- Conocer y hacer buen uso de conceptos y terminología. Una adecuada nomenclatura ayuda a la visibilización de realidades diversas y contribuye a identificar discriminaciones.

- No caer en juicios y atender a las personas entendiendo que hay tantas formas de vivir la sexualidad como personas y que todas ellas son válidas dentro de un marco de relaciones respetuosas, consentidas y deseadas por todas las partes en juego. Reflexionar sobre nuestras creencias es imprescindible para llegar a esta atención sin juicios.

Mitos: “Las lesbianas no tienen riesgo de infecciones de transmisión sexual en las relaciones sexuales”. “Todos los gays son promiscuos”. “Si eres trans no puedes ser homosexual”. “La bisexualidad es una fase”.

- Generar preguntas abiertas a la diferencia que generen confianza.

Propuesta para entrevista inicial: ¿Tienes pareja? ¿Quieres comentarme de qué género es tu pareja? ¿Tienes solo una pareja o más de una? (abriendo la posibilidad a relaciones no heterosexuales y a relaciones no monogámicas).

- Dirigirse a la persona por el nombre/identidad de género que refiera.

Una forma de aproximación en la primera consulta podría ser: “¿Cómo quieres que te llame? ¿Con qué pronombre quieres que me dirija a ti?”. Esto abre la puerta a que nos exprese cómo quiere ser llamada realmente, ya sea porque usa un diminutivo o porque no se identifica con el nombre y/o sexo asignados.

- Despatologizar las identidades no cis, así como las dificultades sexuales. No aplicar códigos diagnósticos de enfermedad. No realizar derivación a salud mental si no lo precisa, ya que esto ha de ser un apoyo solo si existe malestar y sufrimiento psicológico.

- No realizar intervenciones quirúrgicas tempranas o tratamientos médicos no consentidos en niños intersex.

TABLA 1. Dimensiones sexo-afectivas

	Definición dimensión	Categorías	Definición categoría	Ejemplos
Sexo atribuido	Sexo asignado según características biológicas y anatómicas (genitales)	Macho	Persona con pene, XY	
		Hembra	Persona con vulva, XX	
		Intersexual	Persona con características sexuales diferentes a pene y vulva	
Identidad de género	Identificación de cada persona en el género que siente, reconoce y nombre como propio	Persona cis	Persona cuya identidad de género coincide con el género asignado al nacer. Mujer cis/hombre cis	
		Persona trans* (se pone asterisco para que sea un concepto que engloba toda la diversidad de lo "no cis", incluye conceptos como: transexual, transgénero, no binario, etc.)	Persona que no se siente identificada con el género asignado al nacer	Mujer trans: persona que transita del género masculino al femenino Hombre trans: persona que transita del género femenino al masculino Persona no binaria: persona ni masculina ni femenina Género fluido: persona masculina o femenina de forma variable
Expresión de género	Es la expresión de los roles de género a través del comportamiento, la indumentaria, el peinado, la voz, los rasgos físicos, etc.	Femenino		
		Masculino		
Orientación sexual	Término utilizado para referirse al tipo de atracción física y emocional	Heterosexual	Atracción hacia personas del género opuesto	
		Bisexual/ pansexual	Atracción hacia los dos géneros/ hacia todos los géneros	
		Homosexual	Atracción hacia personas del mismo género	Gay, lesbiana
		Asexual	Persona que no siente atracción sexual	Demisexual, grisexual...
Orientación relacional	Define el tipo de relaciones con las que la persona se identifica	Monogamia	Relaciones con una sola pareja	
		No monogamia	Relaciones con más de una pareja de forma simultánea. Conocido y consentido entre las partes	Poliamor, swinger, anarquía relacional...

Fuente: elaboración propia.

• Preguntar lo que no se conoce o entiende desde la naturalidad y el respeto.

Propuesta: "Perdona, no estoy familiarizada con ese término, ¿te importa explicarme qué significa o a qué te refieres?"

El placer, el gran olvidado en la educación sexual

El placer debería ser el objetivo principal de las relaciones sexuales y con frecuencia ni siquiera se menciona al abordar la salud sexual.

Se puede definir el placer sexual como las sensaciones agradables, positivas y eufóricas que experimentamos en nuestro cuerpo. El placer puede incluir o no estimulación

genital y orgasmos y puede darse en situaciones diversas, ya sea de manera individual o compartida. La capacidad de obtener placer tiene que ver con la construcción social del mismo en un contexto geográfico-cultural concreto y también con las vivencias propias, por lo que aquello necesario para obtenerlo será diferente para cada persona. El placer tiene un componente físico, sensorial y emocional, y es por eso que el órgano principalmente encargado de proporcionarlo es el cerebro. Los sistemas simpático y parasimpático deberán trabajar coordinados para obtener placer³.

Según el modelo de respuesta sexual de control dual, el deseo de cada persona se ve condicionado negativa y positivamente por diferentes factores, llamados frenadores y aceleradores respectivamente. Estos factores frenadores y aceleradores del deseo son mayoritariamente aprendidos, por lo

que se puede intervenir nombrando y fomentando una mirada crítica a los mismos. Ejemplos de algunos frenos frecuentes son el miedo a que la pareja no respete tus límites o el temor a un embarazo no deseado. Este modelo también se aplica para disminuir o resolver la gran mayoría de las disfunciones sexuales¹⁰.

Es conocido que la capacidad de crear fantasías sexuales es un buen predictor de las relaciones placenteras. Sin embargo, cuando el único referente del que disponemos en nuestro imaginario es la pornografía, la diversidad de las mismas queda comprometida, siendo tan baja que ocasiona una menor activación de la respuesta sexual, lo que puede ocasionar dificultades en el sexo compartido. Es decir, la sobreexposición mantenida a unos estímulos “más intensos” a través de imágenes pornográficas puede provocar que con estímulos “más reales” se produzcan problemas como falta de deseo o dificultad para la erección.

El peso de las expectativas

Las expectativas que se tienen respecto a las relaciones sexuales condicionan la capacidad de obtener placer a través de las mismas. Las más interiorizadas surgen de lo que se ha ido inculcando como “normal”.

A lo largo de la historia, la ciencia y medicina occidentales han divulgado sobre aquello que debe suceder en una relación sexual y de qué modo se debe obtener el placer. Se ha considerado la sexualidad femenina inferior a la masculina, se ha afirmado que el “placer auténtico” se obtiene durante el coito (como en la concepción del orgasmo inmaduro de Freud, el clitoriano, indicativo según él de trastorno mental en la edad adulta), que los genitales siempre coinciden con la identidad sexual o que el deseo siempre debe ser espontáneo. Únicamente desmontando estos falsos mitos podremos educar en una sexualidad realmente centrada en la libertad y el placer.

Para ello es imprescindible entender que cualquier persona, tenga los genitales, los gustos, los deseos o prácticas que tenga, es una persona sana. La mayoría de las personas que consultan por problemas en su sexualidad son personas sanas que tienen un contexto (interno o externo) desfavorable que les penaliza por no cumplir las expectativas y acuden a consulta con sentimientos de tristeza, frustración o culpabilidad. Por eso debemos tener respuestas válidas y rigurosas científicamente.

Respecto a la parte anatómica, debe conocerse, visibilizarse y situarse el clítoris en el centro del discurso del placer de las personas con vulva, entendiendo que las prácticas donde se estimula de forma directa son generalmente las más placenteras para estas personas. El hecho de que el coito sea considerado y divulgado como práctica principal, deja a muchas personas fuera del placer, sobre todo a las mujeres

cis heterosexuales, como muestran múltiples encuestas de satisfacción sexual. Debemos educar bajo la premisa de que tenemos todo un cuerpo para disfrutar y una gran diversidad de prácticas sexuales para experimentar.

Para trabajar esta parte física y corporal se pueden trabajar diferentes actividades, como por ejemplo la realización de un mapa erótico corporal o autoexploración de genitales, que abren la posibilidad de compartir y comentar el resultado de las mismas.

Tener una sexualidad “sana”, más allá de las ITS

Para una sexualidad saludable en todos los aspectos, no se debe hablar únicamente de prevención de ITS y embarazo. Se propone potenciar las habilidades que permiten la toma de decisiones individuales y conjuntas mediante herramientas de comunicación asertiva y otras que posibiliten la minimización de las violencias^{3,11}:

- Autonomía y libertad de decisión.

Es necesario recordar que todos nuestros deseos son válidos y deben ser respetados. Se debe aceptar el autoconocimiento como fuente de aprendizaje, evitando cualquier tipo de juicio o persecución moral a la masturbación u otros modos de autoexploración, ya que solo si sabemos qué nos gusta, podremos pedirlo.

- Comunicación asertiva.

Una vez conocemos nuestro cuerpo y nuestros deseos, tanto a nivel afectivo como sexual, será básico poder comunicarlo a las personas con las que nos relacionamos de una manera asertiva, clara, respetuosa, sin agresividad, desde la no exigencia, sin juicios a opiniones o deseos diferentes y entendiendo que el “no” siempre es una respuesta posible y válida.

- Escucha y respeto a las necesidades y decisiones ajenas.

En contraparte a la capacidad de comunicarse asertivamente está la capacidad de escucha respetuosa de las necesidades y deseos de las personas con las que nos relacionamos. Independientemente a la dirección de la respuesta que demos a dichas demandas, es crucial que esta tenga su base en el respeto y rehúya de cualquier juicio que podamos eventualmente emitir.

- Toma de decisiones conjuntas e informadas.

El carácter sensible de las relaciones sexo-afectivas hace que frecuentemente deban tomarse decisiones: si se van a tener relaciones sexuales o no, qué prácticas queremos llevar a cabo y cuáles no, de qué manera queremos realizarlas, qué métodos de prevención de ITS y/o embarazo queremos usar o cuáles no, etc. (tablas 2 y 3)^{3,11-14,26,27,29}.

Estas decisiones deberán tomarse siempre de manera conjunta y consensuada entre todas las personas implicadas en la relación sexual y deberemos asegurarnos de que se dispo-

TABLA 2. Métodos de prevención de ITS y embarazo

Penetración pene-vagina	Frotamiento pene-vulva	Penetración pene-ano	Felación (lamer o besar el pene)	Frotamiento pene-pene	Frotamiento vulva-vulva	Cunnilingus (lamer o besar la vulva)	Anilingus (lamer o besar el ano)	Fisting anal (penetración anal con la mano o el puño)	Fisting vaginal (penetración anal con la mano o el puño)	Masturbación del ano	Compartir juguetes eróticos	Uso de juguetes eróticos	Masturbación individual o simultánea	Masturbación de la vulva	Masturbación del pene	Besos
Análisis periódico de ITS*																
Profilaxis preexposición (única y exclusivamente para el VIH)**																
Guantes o dedos de látex																
Banda de látex																
Banda de látex																
Banda de látex																
Preservativo para penes		Preservativo para penes										Preservativo para penes			Preservativo para penes	
<i>Coitus interruptus</i> o "marcha atrás" (poco eficaz)			<i>Coitus interruptus</i> o "marcha atrás" (poco eficaz)													
Preservativo para vaginas o anos		Preservativo para vaginas o anos					Preservativo para vaginas o anos							Preservativo para vaginas o anos		
Diafragma																
Esponja vaginal con espermicida																
Espermicida (poco eficaz)																
Anticonceptivo hormonal inyectable (progestágenos)																
Anticonceptivos hormonales orales (progestágenos +/- estrógenos)																
Anticonceptivo hormonal implantable (progestágeno)																
Anticonceptivo hormonal transdérmico (estrógeno + progestágeno)																
Anticonceptivo hormonal en anillo cervical (estrógeno + progestágeno)																
Método sintotérmico																
Contraceptivo de emergencia (levonorgestrel)																
Dispositivo intrauterino (cobre o hormonal)																
Vasectomía																
Esterilización tubárica																

* Los análisis periódicos de ITS disminuyen el riesgo de contagio de las mismas en cuanto el conocimiento del estado de salud promueve una sexualidad consciente y la posibilidad de uso de métodos de barrera en caso de ser portador de alguna de ellas^{27,28}.

** La profilaxis preexposición o PrEP minimiza el riesgo de contagio únicamente de VIH, no de otras ITS²⁹.

Leyendas. Gris: puede prevenir embarazo. Verde: puede prevenir ITS. Naranja: puede prevenir ITS y embarazo.

Fuente: elaboración propia, basada en las citas 11,13, 27-29.

TABLA 3. Riesgo de embarazo y transmisibilidad de las enfermedades de transmisión sexual según prácticas sexuales

PRÁCTICAS SEXUALES (ordenadas de mayor a menor riesgo global)	Chancroide (<i>Haemophilus Ducreyi</i>)	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Citomegalovirus	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Virus herpes simple tipo 1	Virus herpes simple tipo 2	Virus de la inmunodeficiencia humana	Virus de papiloma humano	Otros tipos de uretritis	Virus de la hepatitis A	Virus de la hepatitis B	Virus de la hepatitis C	Sifilis (<i>Treponema Pallidum</i>)	Ladillas (<i>Phthirus pubis</i>)	<i>Trichomonas vaginalis</i>	<i>Candida albicans</i>	Embarazo
	Recibir penetración anal por un pene	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑	↑↑↑
Penetrar con el pene un ano	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑	↑↑↑	↑↑↑
Recibir penetración vaginal por un pene	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑	↑↑↑	↑↑	↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑	↑↑↑	↑↑↑
Penetrar con el pene una vagina	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑	↑↑↑	↑↑	↑↑↑	↑↑	↑↑↑	↑↑	↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑	↑↑↑	↑↑↑
Frotar genitales (mayor riesgo con eyaculación)	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑	↑↑↑	↑↑	↑↑↑	↑↑	↑↑↑	↑↑	↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑
Recibir un annilingus (lamer o besar el ano)	↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑	↑↑↑	↑	↑↑	↑↑	↑↑
Realizar un annilingus a otra persona (lamer o besar el ano)	↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑	↑↑↑	↑	↑↑	↑↑	↑↑
Recibir una felación (lamer o besar un pene)	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑	↑↑↑	↑	↑	↑↑	↑↑
Realizar una felación (lamer o besar un pene)	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑	↑↑↑	↑	↑	↑↑	↑↑
Recibir un cunnilingus (lamer o besar una vulva)	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑	↑↑↑	↑	↑	↑↑	↑↑
Realizar un cunnilingus (lamer o besar una vulva)	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑↑↑	↑	↑↑↑	↑	↑	↑↑	↑↑
Compartir juguetes eróticos	↑↑↑	↑↑	↑↑↑	↑	↑↑↑	↑↑	↑↑↑	↑	↑↑	↑↑↑	↑	↑↑↑	↑	↑↑	↑↑	↑↑↑	↑↑
Recibir fisting anal (penetración anal con la mano o el puño)					↑	↑↑	↑	↑↑		↑↑	↑↑	↑↑	↑↑				
Realizar fisting anal (penetración anal con la mano o el puño)					↑	↑↑	↑	↑↑		↑↑	↑↑	↑↑	↑↑				
Recibir fisting vaginal (penetración anal con la mano o el puño)					↑	↑↑	↑	↑↑		↑↑	↑↑	↑↑	↑↑				
Realizar fisting vaginal (penetración anal con la mano o el puño)					↑	↑↑	↑	↑↑		↑↑	↑↑	↑↑	↑↑				
Recibir una masturbación de la vulva		↑			↑	↑↑		↑↑					↑				
Masturbar a una vulva (con las manos)		↑			↑	↑↑		↑↑					↑				
Recibir una masturbación del pene					↑	↑↑		↑↑					↑				
Masturbar a un pene (con las manos)					↑	↑↑		↑↑					↑				
Besarse		↑↑↑			↑↑↑					↑↑							
Frotar genitales con ropa puesta														↑↑	↑		
Usar juguetes eróticos																	
Masturbación individual o simultánea																	
Factores que aumentan el riesgo de transmisión de las enfermedades de transmisión sexual																	
<ul style="list-style-type: none"> - Contacto con sangre o menstruación - Usar flujos de otras personas como lubricación - Contacto directo con heridas abiertas, úlceras genitales - Uso insuficiente de lubricante - Actividad sexual de larga duración y/o alta intensidad - Afeitado o depilación genital reciente - Lavarse los dientes o usar colutorios con alcohol justo antes o después - Estados de inmunosupresión 																	
Intensidad de los colores en función de cuán probable es la transmisión de cada ITS en cada práctica. Fuente: elaboración propia, basada en las citas 3, 11, 14-26).																	

ne de la información necesaria para tomarlas y que todas las personas se encuentran libres de presiones o coacciones.

- Corresponsabilidad anticonceptiva.

En relación a la toma de decisiones, debemos hacer especial mención a los métodos anticonceptivos que se deciden usar en las relaciones sexuales entre personas con pene y

vulva en edades fértiles. Debemos asegurarnos que toda la información relativa a los diferentes métodos es conocida y entendida por todas las personas implicadas y que la elección del método se hace desde una posición de igualdad y de respeto a las necesidades y preferencias de cada una.

- Prevención de la violencia machista y sexual.

TABLA 4. Tipos de violencias sexuales

Tipos de violencias sexuales		
Acoso verbal	Proferir comentarios sexualizados a otra persona sin su consentimiento	<i>Paula está enamorada de Lucía desde hace mucho tiempo. Lucía no siente lo mismo por Paula y le ha explicado que ella no se siente igual. Aún así, Paula le escribe mensajes diariamente, refiriéndose a lo guapa que está Lucía y cómo le encantaría poder besarla y tocarla</i>
Exhibicionismo	Mostrar los genitales o masturbarse delante de otra persona sin su consentimiento	<i>Susana y Mercedes salen del instituto y van a comer pipas al parque de siempre. Esta vez se encuentran a un hombre que se masturba mientras se intenta esconder detrás de un árbol</i>
Sexpreading	Difusión de una fotografía, audio o vídeo de contenido sexual sin consentimiento	<i>Sofía y Vanesa tienen una relación a distancia y a menudo se envían audios eróticos y se masturban. Vanesa, asimismo, comparte alguno de los audios de Sofía en su grupo de amigos con la intención de que todos vean lo afortunada que es</i>
Sextorsión	Someter a chantaje bajo la amenaza de difundir imágenes íntimas y/o de carácter sexual sin consentimiento	<i>Juan insinúa a Manuel durante una discusión que si se va de casa “puede que las fotos que se hicieron juntos practicando sexo hace unos años aparezcan en alguna web de pornografía”</i>
Tocamientos o rozamientos indeseados	Tocar o rozarse contra otra persona, de manera sexualizada, sin su consentimiento	<i>Patricia va en el metro a las 7 de la mañana y nota cómo el hombre que tiene detrás cada vez se le acerca más y empieza a rozar su pene contra la pierna de Patricia</i>
Abuso sexual por imposibilidad de consentir	Tener relaciones sexuales con una persona que no es capaz de consentir (menor no maduro, discapacidad intelectual grave, demencia avanzada, inconsciencia o durante el sueño)	<i>Germán y Gema son pareja desde hace años. Tienen una vida sexual muy activa. Hoy, mientras Gema duerme, Germán decide rozar su pene erecto contra sus nalgas y tocarle la vulva</i>
Sumisión química	Administrar alguna sustancia estupefaciente sin consentimiento a otra persona o aprovechar que se encuentra voluntariamente bajo sus efectos para tener relaciones sexuales	<i>José está de fiesta y conoce a Carmen. Intiman a lo largo de la noche, pero Carmen se encuentra al final de la noche muy embriagada por el alcohol que ha bebido. José, a pesar de que Carmen no se encuentra en situación de consentir, aprovecha para acompañarla a casa y tener sexo con ella</i>
Abuso sexual por consentimiento viciado	Tener relaciones sexuales con una persona que ha dado su consentimiento, pero este se encuentra viciado por diferentes circunstancias (relación de poder, diferencia relevante de edad, miedo al rechazo, insistencia, sentimiento de obligatoriedad)	<i>Fidel y Josefa llevan casados 35 años. Desde que murió su madre, Josefa ya no tiene casi nunca ganas de tener sexo. Aún así, tiene relaciones sexuales con Fidel a menudo, cada vez que él lo pide, porque “es su deber de esposo”</i>
Prácticas sexuales no consentidas	Dentro de una relación sexual consentida, realizar prácticas sexuales sin el consentimiento explícito de la otra persona	<i>Fran y Marcos se acaban de conocer, se gustan y deciden irse a casa de Fran para tener sexo. Fran le realiza una felación a Marcos, quien accede a ello, pero durante la misma, Fran introduce un dedo dentro del ano de Marcos para estimularle la próstata sin preguntarle a Marcos primero si le apetece</i>
Agresión profiláctica o stealthing	Retirarse el preservativo durante o justo antes de la penetración sin el consentimiento de la otra persona	<i>María y Pedro están manteniendo relaciones sexuales y les apetece realizar penetración pene-vagina. Pedro saca un preservativo y se lo pone, ya que sabe que María prefiere hacerlo así. Cuando llevan un rato, él empieza a sentir que sin preservativo gozaría más. Como sabe que María no aceptaría, decide, en un cambio de posición, retirarse el preservativo sin que María se percate</i>
Violación	Obligar a otra persona a mantener relaciones sexuales por medio de la intimidación, amenazas o violencia física	<i>Clara y Miguel están casados desde hace años. Desde que le echaron del trabajo Miguel se encuentra frustrado y en ocasiones ha gritado y agarrado fuerte a Clara contra la pared. Cuando Miguel tiene ganas de tener sexo, Clara, que tiene miedo de que vuelva a agredirle, no se niega a tenerlo</i>

Fuente: elaboración propia, basada en las citas 3, 4, 11 y 12.

Las relaciones sexo-afectivas son las que suelen albergar las violencias machistas de mayor magnitud (en cuanto a repercusión para la salud física y emocional individual). Es por ello que desde nuestra posición como profesionales de la atención primaria tenemos el deber y privilegio de poder detectar, con más frecuencia que desde otras partes del sistema socio-sanitario, situaciones de violencia física, psicológica,

económica, vicaria o sexual (tabla 4). Ante estas situaciones podemos intervenir, acompañar y derivar a recursos más especializados, así como contribuir en la prevención de la misma.

Como profesionales de la salud, tenemos el deber social y moral de utilizar nuestro altavoz para educar en relaciones sexo-afectivas donde el respeto sea el mínimo común, la

violencia (sea del tipo que sea) sea condenada y nunca excusada, y la sexualidad compartida sea entendida como una herramienta para el goce conjunto y no un derecho de nadie. Asimismo, necesitaremos contribuir a cultivar la autoestima necesaria para ser capaces de expresar y defender nuestros límites y construir relaciones sanas que huyan de las dinámicas de poder y dependencia, aprovechando cada consulta donde esto sea posible.

En el marco de lo sexual, debemos recordar que cualquier relación sexual que no nazca del deseo explícito y expresado libremente de todas las personas que participan en ella, se considera violencia sexual y que el consenso se debe obtener para cada una de las prácticas sexuales dentro de una misma relación sexual, aunque ya se haya iniciado la misma o se haya realizado previamente. La violencia física es considerada únicamente como agravante, no un requisito.

Asimismo, debemos desestimar la idea de que las violencias sexuales ocurren por la noche en un callejón oscuro por un desconocido, ya que la inmensa mayoría de las mismas se dan en el seno del hogar, por parte de parejas o familiares y en muchas ocasiones el consentimiento no ha sido negado, aunque sí pervertido a través de chantajes, presión social, inseguridades, insistencias o la amenaza implícita de violencia emocional si no se accede a los deseos del agresor.

Es importante recordar que los cuidados son una pieza clave para garantizar el bienestar físico y emocional de las personas implicadas en una relación sexual, por lo que deberemos comprobar el bienestar y hacer por reparar cualquier malestar que haya podido surgir previamente, durante y después de que tenga lugar la relación sexual^{3,4,11,12}.

Conclusiones y recomendaciones

Para concluir se proponen los siguientes puntos clave, que recogen las ideas principales que deben estar presentes ante cualquier intervención en salud sexual, tanto individual como comunitaria³:

- No presuponer ninguna realidad; escuchar, abordar y explorar sin juicios, desde la observación de las necesidades de cada persona y en caso de duda: preguntar.
- Despatologizar y reconocer la diversidad sexo-afectiva y relacional.
- Entender la sexualidad de la persona con todo su entorno cultural y social.
- Evitar emitir juicios de valor, intentando que nuestra propia vivencia de la sexualidad no interfiera en la información que se da o en el modo de comunicarla.
- Dar información veraz y contrastada, basada en la evidencia, no en creencias. Transmitirla de una forma simple y adaptada a la edad, madurez y características culturales de cada persona. Facilitar recursos fiables para ampliarla.

- Acompañar desde el respeto total a la autonomía de las personas en la toma de decisiones, conscientes e informadas, rehuendo de la infantilización y el paternalismo.
- Centrar la educación sexual en el placer, no en el miedo.
- Identificar, acompañar y derivar las violencias sexuales y machistas de cualquier tipo.

Bibliografía

1. Constitución. OMS [Internet]. OMS; 2022 [consultado 23 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
2. Salud sexual. OMS [Internet]. OMS; 2022 [consultado 23 Nov 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
3. Collignon Simó J, Giménez Azagra F. *Diversex*. 1ª ed. Manresa: Editorial Bellaterra; 2021.
4. Género y salud. OMS [Internet]. OMS; 2022 [consultado 23 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
5. Foraster Rovira F. Interseccionalidad. Afectos especiales [Internet]. [consultado 9 Nov 2022]. Disponible en: <https://afectosespeciales.com/blog/interseccionalidad-2/>
6. Platero RL. *Intersecciones. Cuerpos y sexualidades en la encrucijada. Temas contemporáneos*. 1ª ed. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2012.
7. United Nations Officer of the High Commissioner for Human Rights, OHCHR. 2020. Information series on sexual and reproductive health and rights. Lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex persons [Internet]. [consultado 9 Nov 2022]. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_LGTG_WEB.pdf
8. Gil-Borrelli CC, Velasco C, Iniesta C, Beltrán P de, Curto J, Latasa P. Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España. *Gac Sanit* [Internet]. 2017 Jun [consultado Nov 2022]; 31(3):175-177. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112017000300175&lng=es. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.09.013>
9. Fernández-Garrido S. Diagnóstico participativo de las problemáticas que presentan las personas TLGBQI en salud sexual y reproductiva en el municipio de Madrid [Internet]. Madrid; 2017 [consultado 9 Nov 2022]. Disponible en: <https://madridsalud.es/pdfs/TLGBQI.pdf>
10. Nagoski E. *Tal como eres*. 1ª ed. Móstoles: Editorial Neo Person; 2021.
11. Coll Gutiérrez C, Arcarons Martí L. *Sexualitat en joc*. 1ª ed. València: Sembra Llibres; 2021.
12. Datos contra el ruido 2019 [Internet]. [consultado 23 Nov 2022]. Disponible en: <https://datoscontraelruido.org/datos/>
13. Prácticas sexuales por niveles de riesgo de embarazo y/o contagio. *Golfos con principios* [Internet]. [consultado 31 Oct 2022]. Disponible en: <http://www.golfosconprincipios.com/lamoscacojonera/practicas-sexuales-por-niveles-de-riesgo-de-embarazo-yo-contagio/>
14. Mensa J. *Guía de Terapéutica Antimicrobiana*. 31ª ed. Barcelona: Editorial Antares; 2021.
15. Chlamydia. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. USA; 2022 [consultado 31 Oct 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/chlamydia/stdfact-chlamydia-detailed.htm>
16. Cytomegalovirus (CMV), and congenital CMV Infection. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. USA; 2022 [consultado 1 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/cmvc/clinical/overview.html>
17. Gonorrhea-CDC Basic Fact Sheet. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. USA; 2022 [consultado 1 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/gonorrhea/stdfact-gonorrhea-detailed.htm>
18. Genital Herpes – CDC Detailed Fact Sheet. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. USA; 2022 [consultado 1 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/herpes/stdfact-herpes-detailed.htm>
19. HIV transmission. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. USA; 2022 [consultado 1 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/basics/transmission.html>
20. Genital HPV Infection – Basic Fact Sheet. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. USA; 2022 [consultado 1 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/hpv/stdfact-hpv.htm>

21. Hepatitis A Questions and Answers for Health Professionals. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. USA; 2022 [consultado 1 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hepatitis/hav/havfaq.htm>
22. Hepatitis B Questions and Answers for Health Professionals. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. USA; 2022 [consultado 1 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hepatitis/hbv/hbvfaq.htm>
23. Hepatitis C Questions and Answers for Health Professionals. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. USA; 2022 [consultado 1 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/hcvfaq.htm>
24. Syphilis – CDC Detailed Fact Sheet. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. USA; 2022 [consultado 1 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/syphilis/stdfact-syphilis-detailed.htm>
25. Pubic “crab” lice. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. USA; 2022 [consultado 1 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/parasites/lice/pubic/index.htm>
26. Vulvovaginal Candidiasis (VVC). Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. USA; 2022 [consultado 1 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/candidiasis.htm>
27. Patel P, et al. Routine Brief Risk-Reduction Counseling With Biannual STD Testing Reduces STD Incidence Among HIV-Infected Men Who Have Sex With Men in Care. *Sex Transm Dis.* 2012; 39(6):470-4.
28. Rietmeijer, C. The Role of STD Outreach Testing in Times of Dwindling STD Prevention Resources. *Sex Transm Dis.* 2003; 30(8): 659-60.
29. Profilaxis de preposición. Información Básica. [Internet]. USA; 2022 [consultado 19 Ene 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/prep.html>