



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Salinas Urbina, Addis Abeba; Jarillo Soto, Edgar Carlos
La confrontación de la sexualidad en la práctica profesional de los futuros médicos: la mirada de los
pasantes de medicina
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 18, núm. 3, 2013, pp. 733-742
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63025680030>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La confrontación de la sexualidad en la práctica profesional de los futuros médicos: la mirada de los pasantes de medicina

The confrontation of sexuality in the professional practice of future physicians: the viewpoint of medical interns

Addis Abeba Salinas Urbina ¹
Edgar Carlos Jarillo Soto ¹

Abstract *The subject of sexuality in academic and service institutions is perceived through predominantly biological conceptual perspectives, blurring the subjective component that is imbued in social and cultural processes. The meanings that medical staff construct around sexuality have implications in their professional development and practice. This work presents results from a qualitative study into the meaning of sexuality among medical interns from the Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. In-depth interviews were conducted with students during their community service. This group was selected because they had finished their studies and were performing an independent and autonomous professional practice. The results, which were analyzed based on Grounded Theory, revealed three dichotomies: biology vs. social construction, individual vs. professional and theoretical learning vs. experiences in the community. The most relevant aspect revealed was the antagonism found between a medical intern's biology-centered academic knowledge and the challenge posed by their patients' reproductive and sexual health needs. The interns recognize that they lack the necessary skills to face issues of sexuality in their professional practice.*

Key words *Meaning of sexuality, Medical interns, Social construction of sexuality*

Resumen *El tema de la sexualidad en las instituciones académicas y de servicios se enmarca en perspectivas predominantemente biológicas, desdibujando la subjetividad inmersa en procesos sociales y culturales. Los significados construidos por el personal de salud en torno a la sexualidad impactan su formación y desempeño profesional. Se realizó una investigación cualitativa sobre el significado de la sexualidad en jóvenes pasantes de medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, entrevistándolos porque sin ser titulados ejercen una práctica profesional autónoma e independiente como parte de su servicio social en comunidades rurales. Al analizar la información con base en la teoría fundamentada emergieron tres dicotomías: biológico-construcción-social; individuo-profesional y aprendizaje teórico-vivencias en la comunidad; estas evidencian el antagonismo del conocimiento adquirido durante su formación universitaria con énfasis biológico y los obstáculos para responder a las demandas de salud sexual y reproductiva de la población que atienden. Ellos se reconocen carentes de habilidades para enfrentar estos tópicos en su práctica profesional. Es relevante integrar la perspectiva subjetiva de este tema en los programas de las licenciaturas del área de la salud.*

Palabras clave *Significado sexualidad, Profesionales medicina, Sexualidad construcción social*

¹ Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco, Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud. Delegación Coyoacán. 4960 México D.F. México. asalinas@correo.xoc.uam.mx

Introducción

Desde la salud colectiva es necesario comprender problemas de salud en vertientes que superen la postura circunscrita a la biología, especialmente cuando se trata de implicaciones sociales, y simbólicas de los sujetos. El tema de la sexualidad es uno de ellos y requiere ser entendido como una construcción social. La sexualidad en el campo de la salud generalmente es ignorada, producto del enfoque biológico y reduccionista enmarcado en el modelo médico hegemónico¹. Allí la salud sexual y reproductiva es una ramificación más en la definición de salud general aun cuando enfatiza la libertad de procreación y el goce de una vida sexual satisfactoria, su ejercicio se restringe al contexto sociocultural que tradicionalmente coarta la expresión de la sexualidad². Desde una perspectiva más comprensiva la sexualidad se define como:

Un aspecto central de la humanidad que abarca sexo, roles e identidades de género, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción. La sexualidad es experimentada y expresada en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones. No obstante que la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas son siempre expresadas o experimentadas. La sexualidad es afectada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales³.

Aquí se evidencia la complejidad implícita al plantear a la sexualidad como una totalidad, donde también subyace la subjetividad implicada en los diversos contextos culturales donde existimos los humanos. Una visión amplia e integradora generalmente se subestima en los planes académicos de formación profesional, y en los programas operativos de las instituciones de salud, en ambos se transita por dos perspectivas: por un lado, un enfoque organicista de base biológica, donde el personal de salud brinda atención a la población bajo ese marco restringido que conduce las estrategias de intervención centradas en lo orgánico. Por otro lado, en los programas educativos y sanitarios están ausentes aspectos sociales y culturales de los sujetos para dar sentido a sus comportamientos sexuales y reproductivos. Al final, esta dualidad impide responder de forma integral a las necesidades de la población.

Con relación a la sexualidad en la medicina dominan tres aproximaciones: 1) Directa, 2) Indirecta o desdibujada, y 3) Negada o inexistente⁴. En el primer caso, la sexualidad se define a partir

del daño, alteración o patología de un órgano del aparato reproductor, como ocurre con el cáncer de próstata en hombres o cérvico uterino en la mujer; o por Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). A veces se incluye la sexualidad de la mujer pero sólo asociada a un evento reproductivo.

La segunda aproximación, indirecta o desdibujada se presenta cuando la vida sexual de la persona se afecta por una enfermedad o por el efecto secundario de algún tratamiento. Indicadores epidemiológicos reflejan que en México, 50% de los hombres mayores de 40 años presentan disfunción eréctil⁵; porcentaje que se eleva a 77% ante un diagnóstico de diabetes mellitus⁶. Aun cuando, en el mundo se registran 34 millones de nuevos casos de ITS que afectan la vida sexual y reproductiva de la mujer³, este dato es poco explorado en el país; en esta segunda interpretación el aspecto placentero de la sexualidad en general se ignora, aun cuando se aborden las repercusiones en la vida sexual de hombres y mujeres.

La última aproximación: negación de la sexualidad, ocurre cuando el personal de salud identifica casos de hostigamiento sexual, violencia familiar o sexual en la población que atiende y la intervención y la consecuente atención se limitan a curar la parte lesionada del cuerpo, si no hay huella del daño éste no existe sin involucrar las causas, sin tocar la vida sexual de mujeres y niños, con ello el juicio médico restringe otras intervenciones necesarias fuera de los parámetros clínicos.

Existen evidencias sobre la relevancia de formar al personal de salud en la identificación y atención de la salud sexual durante su consulta⁷, también se ha estudiado la influencia de la actitud del personal de salud durante la atención brindada a los pacientes⁸⁻¹⁰; y aun cuando en las facultades y escuelas de medicina y en los servicios de salud se percibe cada vez mayor interés en la salud sexual y reproductiva, el énfasis continúa en lo clínico y terapéutico, despojando a la sexualidad de sus implicaciones sociales inmersa en un mundo de significados¹¹. En la formación del personal de salud confluyen diversos escenarios (instituciones educativas, de salud y comunidad) que definen su visión sobre la sexualidad; la subjetividad así construida también se expresa cuando el médico se desempeña en el ámbito profesional de la medicina.

Para la población y para los médicos, el tema de la sexualidad, como muchos otros, adquiere relevancia porque comprende la intersección de dos dimensiones: la biológica, orgánica, inherente al cuerpo humano y la dimensión de la vida so-

cial que determina muchos de los procesos del cuerpo y la subjetividad. Es a partir de esta doble dimensión que se construye y articula la interpretación y práctica de la sexualidad en las sociedades específicas. Así, la sexualidad es un proceso social en cuya construcción intervienen fundamentalmente aspectos culturales conformados por las interpretaciones subjetivas de la comunidad expresadas por cada uno de sus integrantes.

En este trabajo se presenta una parte de los resultados de un trabajo más amplio, se exponen los significados en tanto construcciones sociales que comprenden conocimientos y subjetividades sobre un tema, en este caso la sexualidad. Se consideran a los pasantes de medicina durante su servicio social cuando no han dejado de ser estudiantes pero aún no están titulados. Explorar este tema en este grupo de jóvenes muestra contradicciones del ser profesional y del ser social de los médicos.

Método

Para abordar este tema se definió una postura cualitativa, y se optó por entrevistar a pasantes de medicina que están en su práctica profesional, antes de obtener la graduación como profesionales. Se invitó a participar en esta investigación a pasantes de medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco que se encontraban realizando su servicio social en unidades de salud en municipios del estado de Hidalgo, México.

El contacto inicial con los participantes fue a través de las tutoras responsables de dos grupos de pasantes en servicio social. En sesión plenaria se les explicó el propósito de la investigación, se les invitó a participar y se acordó una cita para realizar la entrevista en las instalaciones de la universidad. La selección de sujetos se realizó con base en el modelo de muestreo de juicio o propositivo¹² cinco mujeres y dos hombres aceptaron participar.

Las entrevistas a profundidad fueron a partir de una guía con los siguientes temas: Quién es el pasante de la carrera de medicina; significado asignado a la sexualidad; experiencias sobre el abordaje de la sexualidad en su trayectoria académica, en los espacios clínicos y en su práctica profesional; cada tema se profundizó con preguntas adicionales. El primer tema fue para indagar la identidad de estos jóvenes en tanto están en una fase de tránsito entre ser estudiantes y ser profesionales.

Se realizaron siete entrevistas con duración aproximada de 1 hora 15 minutos cada una, fueron almacenadas en grabadora digital Sony ICD P320, se transcribieron con el procesador de palabras Microsoft Office Word 2003, también se usó el software: Sony Digital Voice Editor 2.4.03.

En los resultados se presentan los fragmentos significativos con un identificador de seudónimo para mantener el anonimato de los participantes. La información se analizó bajo el paradigma de la teoría fundamentada^{13,14}. El primer paso consistió en la codificación abierta; donde los pensamientos, ideas y significados del discurso se dividieron en partes discretas, se examinaron y compararon en busca de similitudes y diferencias. En la segunda fase de codificación axial, se agruparon los diferentes códigos para construir una categoría con base en las similitudes o disparidades que presentaron. En la tercera etapa de codificación selectiva, se consideran las categorías identificadas en una esquematización de los conceptos configurados a partir del significado que los pasantes de la carrera de medicina dieron a la sexualidad.

Resultados y discusión

Las expresiones del discurso de los pasantes muestran el encuentro y desencuentro con sus propias posturas, miradas y estilos de relacionarse con los otros, lo que ha estado presente en distintas fases de su desarrollo profesional; al abrir el espacio a los jóvenes para expresarse afloran cuestionamientos como: ¿dónde está la sexualidad, en el cuerpo, mente, instituciones, sociedad; es teoría o realidad? los cuales no habían reflexionado.

Al analizar las expresiones vertidas en las entrevistas emergen tres principales dicotomías: a) biológico-construcción-social, b) individuo-profesional y c) aprendizaje teórico-vivencias en la comunidad; esta yuxtaposición refleja las confrontaciones que los jóvenes viven en diferentes momentos de su formación académica incluido el periodo del servicio social, por ejemplo una pasante señala “el tema [sexualidad] genera un cruce de cables” o “la ruptura del esquema”. Esto muestra que los sujetos asumen la práctica profesional e intervienen con voz de autoridad, pero en realidad en tanto profesionales y sujetos de una sociedad también enfrentan la escisión de la concepción relativa a la sexualidad, que supuestamente como profesionales ya estructuraron durante su formación académica.

Lo natural, biológico frente a lo socialmente construido

La concepción de la sexualidad desde una visión natural o biológica es un discurso con alta prevalencia entre los pasantes, el cual se moldea durante su formación profesional. En los programas académicos que cursan los estudiantes de medicina el tema se aborda en contadas áreas como: ginecología, psiquiatría y urología. En la primera el tema está presente pero sólo vinculado con la reproducción humana; en los contenidos de psiquiatría el enfoque se reduce al padecimiento mental; según las entrevistas esta perspectiva genera angustia en los pasantes pues la visión que se conforma durante sus estudios, no sólo define la sexualidad como una patología física sino también como una afectación mental. En los contenidos de urología, el tema llama la atención sólo cuando se afecta el aspecto orgánico.

Cuando el médico aborda la sexualidad desde la perspectiva biológica se facilita su manejo, la complejidad inicia cuando se involucran aspectos socioculturales o cuando emerge el tema erótico o placentero de la sexualidad; lo que resulta antagónico con las nociones adquiridas durante su formación profesional, esto genera en los pasantes una sensación de confusión ante la evidencia de la sexualidad como un proceso social y culturalmente construido que anula el discurso adquirido en la universidad.

Al indagar sobre el significado asignando a la sexualidad, la respuesta inmediata se limita a una definición de contenido biológico o reproductivo, omitiendo la comprensión del contexto que rodea a la sexualidad, como se refleja en el discurso de un entrevistado.

[...] entre los hombres los comentarios son abiertos, hay mucha sexualidad hacia las mujeres; ¡hay mira esa chava está muy buena! o no sé, y esta interacción se va dando relacionándose con los compañeros o compañeras (Gerardo).

La fuerza que el hombre ejerce sobre la mujer al visualizarla como objeto y no como persona, es reflejo de la postura presente en la sociedad, sin que los pasantes varones queden exentos de ello. Una de las entrevistadas lo expresa cuando reconoce el acoso sexual que vivió en el trayecto de convertirse en profesionista, durante su estancia en los espacios clínicos como estudiante; y que continuó en su rol profesional en la comunidad donde inició su vida laboral; incluso los acosadores fueron sus supervisores cuando realizó el servicio social.

A veces le dan el "ride" a uno y le van diciendo: usted está muy guapa, es cuando empieza el acoso,

finalmente es algo que uno siempre vive y eso lo viví toda la carrera, hospital donde me paraba, hospital donde alguien me decía algo, muchas veces era gente muy mayor, a veces sí llega a ser incómodo; sin embargo, en el internado fue cuando aprendí a darles la vuelta, a decirles a todos que sí pero no cuando, y eso me ayudó mucho [...] Llegó un momento en que ya me quería largar de ahí [de la comunidad], hablé con mi asesor médico, le explico la situación y me dice: qué raro que a las mujeres les esté pasando esto, porque eso les pasa a los hombres regularmente, algo ha de estar haciendo doctora, fíjese cómo se comporta (Leonor).

Estas experiencias aunque difíciles se asumen como normales, particularmente en el caso de las mujeres y como parte de la vida cotidiana en los diferentes espacios.

En el discurso médico la sexualidad se reduce a la relación coital, ignorando las expresiones de gozo o placer y el erotismo inevitablemente implicado. Así, los pasantes se reconocen carentes de habilidades para abordar esos aspectos en el consultorio o al impartir pláticas sobre planificación familiar a los adolescentes de la comunidad; como se evidencia en el siguiente fragmento.

Imáginese llegar y poner mi cartelón: martes 4 de la tarde, erotismo, con los adolescentes [...] Es un tema que no abor das, porque no sabes; porque cómo le explico a los adolescentes qué es el erotismo, si ni yo misma sé qué es, tengo una idea pero no lo entiendo, nadie te lo explicó [...] y para serle honesta hasta hace un año, yo tenía el término muy ligado a lo que era el coito... (Linda).

Esto representa la dicotomía de la sexualidad como vehículo para la reproducción frente a la expresión placentera de la sexualidad, su origen lo podemos situar en la enseñanza de la medicina donde la atención se centra en los órganos sexuales por sus funciones reproductivas, omitiendo el componente placentero de la vida sexual, como ya ha sido documentado¹⁵.

Visión personal frente a la visión profesional

El soslayo de la sexualidad en los programas académicos de las instituciones de formación de recursos humanos, no implica su ausencia en la demanda de atención en los centros de salud, escenarios donde los jóvenes inician su vida profesional. Cuando así ocurre los pasantes se enfrentan a una disyuntiva para enfocar la sexualidad: desde una postura personal o desde una postura profesional, ellos se cuestionan dónde se ubica esa línea divisoria.

La contradicción aflora cuando los pasantes expresan incomodidad, vergüenza y confusión para brindar información sobre tópicos relacionados con la sexualidad, y al mismo tiempo sienten la responsabilidad de hacerlo para no poner en duda su estatus como profesionales de la medicina. Mencionan que esa disyuntiva se origina por: carencia de información sobre el tema, poco tiempo para reflexionar respecto a su postura ante diferentes prácticas sexuales entre la población; prejuicios personales; y falta de experiencia tanto personal como profesional para abordar el tema. Esto resulta evidente ante el requisito de cubrir un programa de pláticas con los jóvenes de la comunidad que incluye tópicos relativos a la sexualidad, ante eso los pasantes reconocen sus dudas respecto al carácter de lo que transmiten a los adolescentes: mitos, valores personales o fundamentos científicos. Por ejemplo, en una perspectiva de derechos y ante la demanda de los adolescentes de conocer y explorar su cuerpo, los pasantes, más allá de disponer de información y estrategias para resolver estos planteamientos, dudan si el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes genera el despertar a un placer no reconocido y socialmente cuestionado.

Los entrevistados reconocen que al trabajar de cerca con la población, afloran emociones propias como llanto, enojo y frustración las cuales emergen en todo momento, pero no saben cómo contener con estas debido a que durante su formación en los espacios universitarios y, especialmente, en los clínicos, han recibido la orientación de ocultar las propias emociones y evitar el involucramiento afectivo. Parecieran dos mundos: el objetivo, representado por el médico poseedor del saber científico y verdadero; y el subjetivo integrado por individuos (médicos) con emociones que guían sus acciones diarias. Esta polaridad, más el control gremial de los pares para contener las emociones, aun cuando se desconoce el origen y razón de esta regla, deja a los pasantes en una situación vulnerable.

Al explorar sobre el origen de la primera información sobre sexualidad en su campo profesional, llama la atención que los pasantes hacen referencia a conocimientos adquiridos en el ámbito familiar o en las instituciones de educación básica. No ubican el tema en los contenidos académicos de sus programas de estudio. Así, los jóvenes en su rol como profesionales de la medicina se ven en la necesidad de recurrir a sus conocimientos primarios sobre el tema, lo que les impide desenvolverse con naturalidad al abordar aspectos relativos a la sexualidad con la po-

blación que atienden. Sus vivencias, sin recursos para dirigir las adecuadamente, pueden constituirse en un elemento positivo o negativo en el momento de la consulta según la postura personal que hayan construido. Una de las entrevistadas evidencia esta situación:

[...] *cuando no tenía relaciones sexuales, yo decía: el hombre de mi vida es con él que me voy a casar, no me voy a entregar a nadie; [...] ni modo que me cierre y diga, no, es pecado, está mal, no hagas eso porque no eres casada, no puedo [...], porque ya tengo a mi hija, sé lo que es tener relaciones, sé lo que es el placer sexual [...] es difícil decir [a los adolescentes] no lo hagas pero lo puedes hacer; si lo haces está bien, pero mejor no lo hagas, es difícil ir y regresar porque se supone que es para capacitarlos para que se cuiden y no se embaracen siendo adolescentes, finalmente es decirles; puedes tener relaciones pero cuidate, no sé como lo tomen, su propia familia [...]* (Elba)

Quien por ser madre soltera se reserva sus opiniones respecto al tema especialmente con los adolescentes, por dos razones: porque considera que no tiene derecho a dar una opinión debido a que ella “falló” al embarazarse sin estar casada, y porque al dar pláticas sobre prevención piensa que antepone el tema del placer por encima del aspecto reproductivo, en contradicción con su propia experiencia personal que subordina a la definición médica que aprendió y al esquema de valores dominantes en la sociedad.

En la formación de los profesionales de la salud es normal hablar sobre genitales, órganos sexuales, observar el cuerpo desnudo en ilustraciones, explorar al paciente; todo avalado por la distancia que significa formarse en una cierta área profesional. Lo cual facilita el contacto con el cuerpo en tanto objeto de estudio, un cuerpo biológico descontextualizado de su ámbito social y cultural; sin embargo los pasantes reconocen que en su actuar cotidiano en el ámbito clínico no se respeta la privacidad de las personas, se vulnera su intimidad con los comentarios o actitudes del personal de salud que implican censura o reiteración de valores sociales dominantes. Esta situación se ejemplifica con las siguientes expresiones:

... *llegaba un adolescente que no estaba circuncidado [...] empezaba el cirujano, señora por qué tengo que hacer el trabajo de la novia [...], aquí se les juzgaba, se les criticaba. [...] cuando estaban haciendo las episiorrafía de reconstrucción, mandaban llamar al esposo, de qué tamaño quiere que dejemos, ¿cuánto nos va a pagar?* (Linda).

La cercanía del médico con el cuerpo humano es consustancial a su práctica profesional, pero

cuando se trata de los órganos genitales de los adultos, los pasantes reconocen disonancias ya que evitan tocar los genitales de los pacientes para no incomodarlos. Lo que parece es que pretenden evitar su propia perturbación, no por tocar el cuerpo sexuado de otro sino por la connotación sexual que implican los genitales. Este pudor aparente de los profesionales de la medicina para aproximarse al contacto físico de los órganos genitales de personas, parece estar en la base de su formación cuando se relacionaron con modelos anatómicos, y ahora durante su práctica son personas con toda su construcción cultural y un mundo de significados, generalmente ignorado o desplazados por los profesionales de la medicina. Así prevalece una mirada técnica desde los parámetros de la medicina, Conde¹⁶ lo expresa así: *la anatomía al focalizar la atención del médico sobre el cuerpo del paciente y sobre las lesiones localizadas contribuía a la despersonalización del enfermo. Esta manera de actuar limitaba su atención a los signos considerados útiles para establecer las correlaciones clínicas y patológicas. Las otras informaciones, notablemente el testimonio del paciente sobre su vivencia de la enfermedad se volvían secundarias...*

Cuando se focaliza la sexualidad en determinadas partes del cuerpo como los órganos genitales, se fragmenta su complejidad en tanto corporeidad del sujeto que involucra diferentes subjetividades y formas de ejercer la sexualidad. En esta dicotomía se expresa parte sustancial de la conformación del pensamiento médico: los síntomas son biológicos, manifiestos, “objetivos” y lo biológico no implica lo emocional, ni lo cultural, si se consideran es porque se ubica como una enfermedad o parte de una patología.

La sexualidad definida frente a la sexualidad vivida en la comunidad

La dificultad para hablar directamente sobre la diversidad de temas que emergen alrededor de la sexualidad tiene su origen en el desconcierto de lo que el otro piensa y de los procesos implicados en su construcción social, por lo cual finalmente queda desdibujada y es causa de desazón. La visión de la sexualidad en el plano biológico exclusivamente lleva a los pasantes a situaciones de inquietud e inseguridad al enfrentarse al tema en escenarios ajenos y desconocidos para ellos.

Identificar los problemas de salud que se presentan en la población, diagnosticarlos y tratarlos no resulta tarea sencilla, especialmente cuando subyace el componente sexual. Así, aun cuando

se han formulado conceptualizaciones integrales por algunos organismos internacionales, estas contrastan con las experiencias concretas a las que se enfrentan los profesionales de la medicina en la comunidad como son: abuso sexual hacia menores o violencia ejercida hacia la mujer. Estos problemas que en sí mismos reflejan problemas sociales con un importante componente cultural, y con consecuencias directas a la salud de las personas, tanto en lo físico como en lo emocional no se abordan en ningún momento en la formación académica de la licenciatura de medicina, por lo que los pasantes quedan desarmados técnica, legal y emocionalmente. Cuando más actúan es en el plano de las lesiones; la carencia de entrenamiento los afecta personalmente y deja la respuesta a nivel profesional desvinculada de las implicaciones sociales y emocionales.

La violencia tanto física como emocional desmascara un problema con un componente sexual importante, por ejemplo el caso del incesto. Sólo en momentos dramáticos los pasantes identifican la existencia de la sexualidad, tanto en la infancia como a lo largo de la vida del individuo. Los niños abusados sexualmente y las mujeres que no obstante ser golpeadas hasta la deformación, regresan con sus parejas, confrontan el modelo que los pasantes han estructurado en torno a la sexualidad.

Los profesionales de la medicina ignoran cómo atender estos problemas que no obstante incumbir al campo de acción de la salud pública, están entrampados en la complejidad socio-cultural y económica del país; que además implican conflictos éticos, técnicos, morales y legales. Los profesionales se cuestionan cómo se vive la sexualidad en las comunidades que deja marcas tan profundas, no sólo en el rostro de las mujeres sino en su vida emocional y cotidiana.

Esa situación tiene expresiones distintas en las instituciones de salud porque el impacto a la sexualidad de las personas va más allá de lo biológico (violencia sexual) y no se evidencia tan drásticamente como en la comunidad; los pasantes perciben que en las instituciones es un tema manejable y controlable aun cuando las acciones realizadas sean mínimas. En las instituciones la responsabilidad de las intervenciones queda bajo el control del personal con mayor jerarquía (residentes o médicos adscritos) o de las instancias legales correspondientes (ministerio público), a diferencia de las comunidades donde los pasantes al ser responsables de los centros de salud, se sienten desprotegidos por carecer de personal que los oriente, por la ausencia de instancias legales

que aporten estrategias para mejorar las condiciones de vida de las víctimas expuestas a cualquier tipo de violencia. Esta situación se refleja en el siguiente relato:

... realmente no sabes qué hacer [...], estando allá [hospital] dale aviso al ministerio público, que la revisen, hagan una nota, que se vaya a su casa. ¡Ah, sí! mi nota, el ministerio público, la revisa otro doctor, yo nada más escribo lo que él me dice y a su casa. Aquí no, porque para empezar no hay ministerio público, no hay autoridad, no puedes hacerla de médico legista tú, ni de médico, ni de policía porque te metes en problemas [...] entonces todo es: sí pasó pero mejor váyase hasta allá al municipio a que la vean porque no puedo hacer nada, sí es un poquito difícil y te quedas con eso de que yo debería poder hacer más, pero me lo impide el no tener una cédula que avale lo que estoy haciendo (Ana)

Resulta importante subrayar que algunos casos de abuso sexual se interpretan como una patología con una connotación eminentemente biológica, sin contextualizarlos como un problema social y legal. Esto resulta esclarecedor en el siguiente relato donde se refiere la violación sexual de dos menores, lo que impacta al médico, pero su interés profesional se centra en las consecuencias del VPH y no en las repercusiones de la violación en lo emocional, psicológico y en todo el desarrollo personal de las pequeñas.

... eran dos niñas una de 5 y otra de 3 años de un matrimonio joven, iban a tratamiento porque sus hijas tenían verrugas por VPH [...] pobres niñas, alguien que no estuvo contento con su sexualidad, por x o y cosa, se vio frustrado, dejó su frustración en un par de niñas que no podían defenderse y les contagio el VPH. Ahora esas niñitas van a tener que estar en vigilancia cada seis meses, con la citología, desde aquí hasta que se mueran para ver que no desarrolle CACU (Luis)

Otra contradicción que emerge es la sexualidad inexistente. Se cuestiona su presencia al no hablar de ella, en su caso cómo abordarla si se carece de las herramientas lingüísticas adecuadas. Los pasantes refieren que la sexualidad se convierte en un evento intermitente, aparece y desaparece, se vislumbra una imagen pero no la claridad del evento.

Cuando surge el tema de la sexualidad es vinculado con alguna patología como es el caso de la hiperplasia prostática, o como un aspecto secundario a otro padecimiento como es la disfunción eréctil consecuencia de otras enfermedades como la diabetes o cirrosis. La sexualidad no se explora y, en su caso, atiende en sí misma.

Se habla de enfermedades pero no de sexualidad, ni de cómo abordarla con los usuarios de los servicios de salud. En la literatura médica el tema se enfoca desde una perspectiva orgánica y clínica, excluyendo sentimientos y afectos y mucho más los significados. La consecuencia es que ni los profesionales de la medicina ni los usuarios de los servicios identifican su trascendencia.

Así, los pasantes se enfrentan a situaciones complejas cuando la sexualidad se problematiza como resultado de los valores y creencias, los cuales constituyen las diversas formas de mirar y vivir la sexualidad en cada cultura. El problema no es la sexualidad sino la contradicción entre las diferentes miradas que detentan los sujetos, por un lado los profesionales quienes actúan con el patrón impuesto por las disciplinas médicas, y por otro la población y los usuarios, quienes se mueven en un marco social y cultural ajeno al conocimiento técnico.

La sexualidad resulta un ente disociado, hace referencia a dos mundos como lo señala Hawkes¹⁷, la distinción entre el significado social positivo y negativo no es lineal ni presenta una línea de demarcación clara; para los pasantes resulta frecuentemente contradictorio hablar de sexo frente a gente joven en un contexto caracterizado por una clara diferencia social porque carecen de las herramientas para ello, y además les parece vergonzoso por la sanción que existe en la comunidad.

Los médicos se preguntan: qué hacer ante estas situaciones, cómo atender estos padecimientos que vas más allá del aspecto biológico.

... en una mujer que ha sido agredida sexualmente, ¿cómo la manejo? ¿qué le digo? ¿qué le toco? ¿qué no le toco? ¿qué le pregunto? ¿qué no le pregunto? Deberíamos de estar estandarizados los médicos para que todos lo hagamos de la misma manera, para no agredir, no molestar, pero nadie te explica todo lo que es tocante a temas de sexualidad (Linda)

En este relato aflora la confrontación entre sus percepciones con las que expresan las personas de la comunidad a la que atienden. Los canales de comunicación son diversos y complejos, por una parte está la conversación que establece la pasante desde una perspectiva personal; el diálogo entre el profesional de la salud y los integrantes de la comunidad con significados tan diversos, y finalmente el intercambio que se establece entre tres aparentes realidades en las que se mueven los pasantes: la personal; la profesional y la social, al ser parte de una comunidad. Al final de todo esto muestra diferentes formas de signi-

ficar la sexualidad, emergiendo una postura básica centrada en el acto sexual, y derivada de ésta la negación como experiencia vital con erotismo y placer tanto en la vida de las personas de la población como en la vida del personal de salud.

Conclusiones

El tema de la sexualidad en los pasantes de medicina a punto de desempeñarse como profesionales permite mostrar diversas contradicciones. La más general está en los contenidos de los planes académicos de las instituciones de enseñanza donde se forman los recursos humanos en salud, donde se desestima el aspecto subjetivo construido por componentes socio-culturales respecto de la sexualidad y a ésta se le enfoca primordialmente en su dimensión biológica.

Al identificar tres dicotomías respecto de la sexualidad se reflejan las confrontaciones de los pasantes en lo personal y en lo profesional. Uno de los ejemplos más contundentes es la dificultad que tienen para reconocer el aspecto sexual cuando involucra situaciones de violencia sexual contra mujeres y niños; allí los pasantes se declaran incapaces de ofrecer soluciones, porque su formación teórica resulta insuficiente para responder a las necesidades de atención de la población, especialmente respecto a la sexualidad porque su conocimiento teórico los acerca a los cuerpos biológicos y los aleja de los seres humanos; los pasantes demandan, explícita o implícitamente, mayores capacidades para abordar el tema, no sólo para ampliar y complementar su visión profesional sino también en beneficio de su desarrollo personal.

El aislamiento y soledad profesional es evidente para transitar del rol de estudiantes al de profesionales, ya que cuando son estudiantes sus acciones y decisiones están cobijadas por el personal de mayor jerarquía y experiencia, y cuando están en su servicio social se perciben abandonados y tomando decisiones sin preparación y sin la tutela profesional, pocas veces se reconocen advertidos de la diversidad y complejidad de los problemas de salud, particularmente en un tema tan sensible y complejo como es la sexualidad.

En el campo de conocimiento de las ciencias de la salud, la sexología en su afán por identificar un patrón de respuesta sexual humana, impone un modelo que etiqueta los comportamientos como normales o patológicos¹⁸. Y los pasantes adoptan esta postura durante su entrenamiento profesional y conciben a la sexualidad asociada a

padecimientos, para revertir esta noción es necesario incorporar los aspectos emocionales y culturales involucrados en la construcción social de la sexualidad.

La invisibilidad de la sexualidad con su componente subjetivo y su definición como una construcción social produce en los pasantes disonancia. Por un lado, refieren dudas para preguntar o no sobre la vida sexual de las personas que atienden; tocar o no los genitales en una exploración porque significaría una intervención de su intimidad; sin embargo, la irrupción mayor sucede al no comprender la forma de mirar y de ejercer la sexualidad en el otro, o cuando intentan ajustar los comportamientos de la población a los parámetros de normalidad asumidos por ellos. Por otro lado refieren en espacios profesionales la burla y mofa hacia los usuarios de los servicios, lo que también rebasa la intimidad, pero sólo la sexualidad la asocian a lo íntimo por la visión que han configurado, no son conscientes que lo privado es más amplio y está enmarcado en el respecto al otro sea en la consulta o sea en la vida social donde ellos acceden como profesionales.

Los problemas de la salud sexual no se reducen al ámbito de lo biológico ni a la revisión teórica, se requiere identificar la trama compleja de situaciones sociales donde ocurre, como la pobreza y marginación en la que vive gran parte de la población, junto a la injusticia social; todo lo cual constituye el marco que les impide brindar una mejor atención.

Los pasantes reconocen el componente subjetivo del aspecto sexual cuando identifican problemas asociados con la sexualidad pero carecen de herramientas para afrontarlo, sí lo perciben ante casos de violencia (emocional, familiar, sexual) en las comunidades, por encima de las ITS o incluso del Sida; a pesar que el discurso está muy anclado en lo biológico, la violencia evidencia las implicaciones culturales. Para los pasantes la violencia representa una indefensión y frustración por carecer de las herramientas adecuadas para afrontar esos problemas sociales y de salud pública.

La sexualidad como proceso socialmente construido ha sido estudiado y documentado¹⁹⁻²¹, sin embargo los profesionales de la medicina le restan importancia, quizás por el proceso de parcialización profesional, Chauvenet²² lo expresa así “a medida que la medicina se industrializa, se distancia al individuo del dominio de su cuerpo, en donde no sólo se fragmenta sino que se aleja cada vez más de su medio de vida, y del entorno social y familiar” Los aspectos basados en el género que influyen la salud son ignorados

en la práctica médica, en lo relativo a la sexualidad el enfoque se reduce a lo biológico y asociado con la reproducción, omitiendo que la sexualidad es más que la relación coital, más que un momento de la vida, más que un evento biológico y natural, la sexualidad involucra aspectos emocionales, culturales, religiosos, sociales y políticos, los cuáles están presentes a través del ciclo de vida, siendo estos lo que define el significado y la forma de expresar la sexualidad.

Adentrarse en los significados de la sexualidad del pasante de medicina representó un reto importante, debido a que el tema por sí mismo adquiere una connotación adversa por el contexto moral y religioso en el que ha tenido lugar. También indagar el ámbito de acción de los profesionales de la medicina no fue una tarea sencilla, pues su estatus profesional impregnado de un sentido tan centrado en lo orgánico representa un obstáculo para confrontarlos en temas desconocidos pero que al mismo tiempo son parte de su ámbito de intervención. En su discurso y en su cotidianidad profesional se omite la subjetividad de las personas que atienden y menos aún otorgan relevancia a su propia subjetividad.

Colaboradores

AA Salinas y EC Jarillo participaron en todas las fases de la investigación y en la elaboración del artículo.

Referências

- Menéndez E. Modelo médico alternativo subordinado, modelos de autoatención, caracteres estructurales. In: Campos R, editor. *La Antropología Médica en México*. México: UNAM; 1990. p. 97-111.
- Martínez C. Cuatro líneas de reflexión en torno a los elementos sociales de la salud reproductiva. In: Stern C, Figueroa JG, editores. *Sexualidad y Salud Reproductiva: Avances y Retos para la Investigación*. México: El Colegio de México; 2001. p. 115-126.
- Glasier A, Gülmezoglu M, Schmid G, García-Moreno C, Van Look P. Sexual and reproductive health: A matter of life and death. *Lancet* 2006; 368(9547):1595-1607.
- Salinas AA. *El significado de la sexualidad en los recién egresados de la carrera de medicina en la UAM-X* [tesis]. México: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco; 2008.
- Ugarte F, Barroso J. Prevalencia de disfunción eréctil en México y factores de riesgo asociados. *Rev Mex Urol* 2001; 61(2):63-76.
- Hernández PN. Análisis epidemiológico de la función eréctil en una población mexicana escogida. *Ginecol Obstet Mex* 2003; 71(7):332-342.
- Skelton J, Matthews P. Teaching sexual history taking to health care professionals in primary care. *Med Educ* 2001; 35(6):603-608.
- Andrews W. Approaches to taking a sexual history. *J Womens Health and Gen Based Med* 2000; 9(Supl. 1):21-24.
- Dixon-Woods M, Regan J, Robertson N, Young B, Cordle C, Tobin M. Teaching and learning about human sexuality in undergraduate medical education. *Med Educ* 2002; 36:432-440.
- Haslegrave M, Olatunbosun O. Incorporating sexual and reproductive health care in the medical curriculum in developing countries. *Reproduc Health Matters* 2003; 11(21):49-58.
- Salinas AA. La sexualidad como derecho humano: reflexiones a partir de una aproximación cualitativa. In: Martínez C, editora. *Por los caminos de la investigación cualitativa*. Exploraciones narrativas y reflexiones en el ámbito de la salud. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2010. p. 60-77.
- Bernard HR. *Research Methods in Cultural Anthropology*. Newbury Park: Sage; 1988.
- Creswell JW. *Qualitative Inquiry and Research Design*. Choosing among Five Traditions. Thousand Oaks: Sage; 1998.
- Strauss A, Corbin J. *Bases de la Investigación Cualitativa*. Técnicas y Procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada. Medellín: Editorial U de A; 2002.
- Graham R. Lacking compassion. Sociological analyses of the medical profession. *Social Theory & Health* 2006; 4(1):43-63.
- Conde F. Encuentros y desencuentros en la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina. *Rev Esp Sal Pub* 2002; 76(5):395-408.
- Hawkes G. *A Sociology of Sex and Sexuality*. Maidenhead: Open University Press; 1996.
- Weeks J. *Sexualidad*. México: UNAM, PUEG; 1986.
- Stern C. Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México. *Est Soc* 2007; XXV(1):105-129.
- Villaseñor M, Castañeda JD. Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: Análisis de significados en adolescentes. *Sal Pub Mex* 2003; 45(Supl. 1):44-57.
- Amuchástegui A, Aggleton P. I had a guilty conscience because I wasn't going to marry her: Ethical dilemmas for Mexican men in their sexual relationships with women. *Sexualities* 2007; 10(1):61-81.
- Chauvenet A. Biología y gestión de los cuerpos. In: Achard P, Chauvenet A, Lage E, Lentin F, Neve P, editores. *Discurso Biológico y Orden Social*. México: Nueva Imagen; 1980. p. 23-63.

Artigo apresentado em 02/03/2012

Aprovado em 05/04/2012

Versão final apresentada em 17/04/2012