

# ¿POR QUÉ ES NECESARIO ATENDER LA SEXUALIDAD EN UN CENTRO DE DROGODEPENDENCIAS?

**Fernando Pérez del Río**

Dr. en Psicología. Proyecto Hombre Burgos

**Manuel Mestre Guardiola**

Psicólogo. Terapeuta Gestalt. Especialista en Sexualidad. Castellón



**E**l nuevo paciente que ha ingresado tiene 25 años. Siempre que tenía relaciones sexuales lo hacía “colocado”. Tuvo muchas parejas sexuales, pero con ninguna de ellas hablaba de sus gustos y preferencias. La relación se limitaba a la penetración y pocas veces utilizaba el preservativo. Hace año y medio se enteró de que era seropositivo. Ahora tiene miedo a fracasar si intenta tener relaciones sexuales sin haber consumido pero, sobre todo, teme ser rechazado.

La última usuaria que vino a realizar un tratamiento comenzó a consumir muy joven. Siempre ha dicho que lo hacía para escapar de la situación que vivía en casa. Pronto necesitó más dinero del que disponía y, “casi sin darse cuenta”, comenzó a prostituirse para conseguirlo. Hace medio año decidió interrumpir un embarazo que nunca deseó. A día de hoy no le es posible evitar la sensación de ser utilizada cuando tiene una relación sexual y, en ocasiones, le invade un gran sentimiento de culpa.

Estos son dos ejemplos de cómo vivencian la sexualidad personas que están intentando dejar el mundo de las drogas. En cambio, no todos los programas terapéutico-educativos incluyen proyectos bien definidos que aborden de forma clara esta importante área de la personalidad.

La *salud sexual* es un área de intervención necesaria en los programas comunitarios de atención a drogodependientes. En primer lugar, porque la vivencia que estas personas han tenido de la sexualidad suele ser muy negativa. Por otro lado, todas las adicciones producen a medio y largo plazo efectos negativos sobre la sexualidad y la respuesta sexual. También sabemos que, en el proceso de abandono del consumo, aparecen una serie de miedos, preocupaciones, expectativas relacionadas con la sexualidad (dudas respecto a la valía como amante o sobre la propia respuesta sexual, expectativas irreales de lo que son las relaciones sexuales, etc.), que pueden entorpecer la recuperación. Somos conscientes de que problemas vividos en el área afectivo-sexual, como pueden ser una baja autoestima corporal o rupturas de pareja, pueden ser facilitadores o precipitantes de una recaída.

## LA SALUD SEXUAL SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

En 2002 la OMS reunió a un grupo de expertos internacionales para tratar de definir el concepto de salud sexual. De aquella consulta técnica<sup>(1)</sup> surgió la base para la actual definición: “la salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia”.

Como vemos, este modo de entender la salud sexual, está muy influido por la definición de salud aprobada por la propia OMS en 1948, que considera la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Pero, además añade interesantes matices que nos permitimos describir y ampliar con nuestras propias palabras. La salud sexual y por tanto su promoción requiere de:

Una visión positiva de la sexualidad y de las diferentes posibilidades que esta nos ofrece (obtención de placer, reproducción o comunicación de afectos y sentimientos).

Un acercamiento respetuoso al hecho sexual humano, sus diferentes matices y formas de vivirlo, como las diferentes identidades, orientaciones, y conductas sexuales, que, a su vez, sean respetuosas con las demás personas.

El reconocimiento del placer sexual como un valor positivo. La posibilidad de obtener placer en las relaciones sexuales no solo se entiende como saludable, sino como condición necesaria para la salud.

Tomar conciencia de los riesgos asociados a las conductas sexuales (embarazo no deseado, enfermedades transmitidas sexualmente, VIH, o hepatitis), y favorecer experiencias sexuales seguras.

Unas relaciones sexuales fruto de una aceptación libre y voluntaria (nunca obligadas, ni bajo presión de ningún tipo).

Una actividad sexual que se produce dentro de un contexto de: a) igualdad y no discriminación, es decir, fuera de relaciones de poder donde una persona o un género se considere superior sobre otro/a, y de; b) buen trato y no violencia, como opuesto al maltrato y la violencia.

OMS 1948





**“¿SON LOS CENTROS DE ATENCIÓN A DROGODEPENDIENTES ENTORNOS DONDE SE OFRECE INFORMACIÓN DE CALIDAD, DONDE SE CONCIENCIA DE LOS RIESGOS ASOCIADOS A LAS CONDUCTAS SEXUALES, DONDE SE ATIENDE Y PROMUEVE LA SALUD SEXUAL?”**

En un informe más reciente<sup>(2)</sup>, de 2011, la propia OMS señala que: “la salud sexual es fundamental para la salud física y emocional y el bienestar de los individuos, parejas y familias” y afirma que la capacidad de hombres y mujeres para alcanzar la salud sexual depende de su acceso a: a) información de buena calidad sobre el sexo y la sexualidad; b) conocimiento de los riesgos y la vulnerabilidad de las personas ante las consecuencias negativas de la actividad sexual; c). atención de la salud sexual y, finalmente; d) un entorno que afirma y promueve la salud sexual.

A la vista de estas declaraciones nos preguntamos: ¿son los centros de atención a drogodependientes entornos donde se ofrece información de calidad, donde se concientiza de los riesgos asociados a las conductas sexuales, donde se atiende y promueve la salud sexual? Si no es así estamos ante una notable carencia que conviene subsanar, ya que la salud sexual es fundamental para lograr la salud física y emocional.

## NUEVOS RETOS

Por si todo esto no fuera suficiente, hoy en día se nos siguen planteando interrogantes que abren nuevos retos con respecto a la sexualidad en “personas adictas”. Por un lado, diversos estudios, revisiones e investigaciones, nos han ido recordando las consecuencias y la relación, entre los *abusos sexuales* y los/las drogodependientes. Según Moreno, Prior, 1998;<sup>(3)</sup> Simmons, Sack, 1998<sup>(4)</sup> una de las consecuencias de haber sufrido abusos sexuales es el posterior alcoholismo y el consumo de drogas. Trabajos como los de Jacobson y Richarson, 1987<sup>(5)</sup>; Winfield y cols, 1990<sup>(6)</sup>; George y cols, 1991<sup>(7)</sup> demuestran que las mujeres que sufrieron abusos sexuales en la infancia presentan mayores tasas de abuso y dependencia a sustancias, mayor consumo de psicofármacos, aunque también estos autores añaden

una larga lista de consecuencias como pueden ser una mayor incidencia de distintos tipos de trastornos psicopatológicos, incluso intentos de suicidio. ¿Cómo atender los casos de abusos sexuales en drogodependientes?, ¿necesitan los/las terapeutas de una formación específica?

Finalmente, existen trabajos que apuntan a *diferencias de sexo* en cuanto a la *atribución* del consumo<sup>(8)</sup>. Parece que los hombres tienen poca conciencia de aquellos conflictos o problemas previos al inicio del consumo. Identifican el consumo como la *causa* de sus problemas actuales. Sin embargo, las mujeres tienen un mayor grado de conciencia de los conflictos o problemas existentes y que identifican como desencadenantes del consumo. Para ellas, el consumo es una *consecuencia* de estas dificultades previas.



“Cualquier programa que aspire a ofrecer una atención integral a sus usuarios no puede dejar de lado el área de la sexualidad y la salud sexual”

En los próximos años, con seguridad, se irán dando respuesta a estos interrogantes que requieren de mayores reflexiones. Lo que no admite lugar a dudas es que cualquier programa que aspire a ofrecer una atención integral a sus usuarios no puede dejar de lado el área de la sexualidad y la salud sexual.



1. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. 28–31 January 2002, Geneva. World Health Organization (2006).
2. Developing sexual health programmes. A framework for action. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research (2011).
3. Moreno, P., Prior, C., Monge, J. (1998). Abusos sexuales en la infancia y toxicomanía. *Psiquiatría Pública*, 10, 78-81.
4. Simmons, K., Sack T., Miller, G. (1998). Abuso sexual y sus implicaciones en la dependencia química de mujeres en tratamiento. *RET, Revista de Toxicomanías*, 14, 18-24.
5. Jacobson, A., Richarson, B. (1987). Assault experiencies of 100 Psychiatric inpatients: evidence of the need for routine inquiri. *The American Journal of Psychiatry*, 144, < 908-913.
6. Winfield, I., George, L., Swartz, M., Blazer, D. (1990). Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of women. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 335-341.
7. George R., Brown M. D., Bradley, A. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatiets with childhood histories of sexual and physical abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 144, 55-61.
8. Martín, C. (2007) en Pérez, F., Martín, I. *Nuevas Adicciones ¿Adicciones Nuevas?* Guadalajara: Ediciones Intermedio.