

MEMORIA

Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Estrategia de Salud Sexual en el SNS

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

Consulta de Atención a la Sexualidad de la Mujer y su Pareja.

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA:** Madrid
- Nombre de la entidad: Hospital Rey Juan Carlos
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** C/ Gladiolo, s/n, 28933 Móstoles, Madrid
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.**
 - Nombre y apellidos: Raquel Barba Martín
 - E-mail: gerenciahrjc@hospitalreyjuancarlos.es
 - Teléfonos: 914816224
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura¹:**
 - Nombre y apellidos: Juana Martí-Belda Torres
 - E-mail: jmartibelda@hospitalreyjuancarlos.es
 - Teléfonos: 914816224

4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
Ana M ^a Martín Casado	ana.m.casado@hospitalreyjuancarlos.es	688933822	Supervisora Paritorio	Hospital Rey Juan Carlos
Miriam Sobrino Olmedo	miriam.sobrino@hospitalreyjuancarlos.es	646378314	Matrona especialista en sexualidad	Hospital Rey Juan Carlos

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia presentada como candidatura a BBPP en caso de ser necesario.

5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

	Estatal
X	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio:** Mayo de 2016.
- **Actualmente en activo:** Sí.
- **Prevista su finalización:** La prestación está integrada en el conjunto de servicios ofrecidos a las mujeres en el ámbito de salud ginecológica y reproductiva. Prevista su continuidad.

7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) ²	Promoción de la Salud Sexual desde el Ámbito Sanitario
---	--

8. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la Salud Sexual como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no solo la ausencia de enfermedad, disfunción o alteración. Requiere, además, un acercamiento positivo y respetuoso a la sexualidad, así como la posibilidad de mantener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia” (1)

El hecho sexual humano hace referencia a la dimensión sexual inherente a hombres y mujeres a lo largo de toda su biografía, es decir, en cualquier momento de su desarrollo vital y en todas las circunstancias o contextos. (2) Así, la atención a la sexualidad como parte de la atención integral a mujeres y hombres, se conceptualiza no solo como algo necesario, sino imprescindible para dar una prestación de calidad y calidez por parte de los profesionales de la salud.

² Se refiere a las líneas de actuación de la Estrategia a la que se presenta esta experiencia como candidata a Buena Práctica: dichas líneas son las que figuran en las páginas 10-12 de la **Guía de Ayuda para la Complimentación de la Memoria**.

En este sentido, diferentes planes ministeriales y documentos oficiales elaborados en los últimos años han situado a la sexualidad como objeto de cuidado, atención y de programas de intervención dentro del ámbito sanitario y social. Algunas de estas líneas estratégicas, como la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, han ubicado a la matrona como uno de los profesionales sanitarios competentes para asumir esta tarea. (3,4).

Según la información recogida por la Encuesta Nacional de Salud Sexual (ENSS), el 24,8% de la población encuestada, afirma haber sentido preocupación por su vida sexual en algún momento de su vida. Es significativo que de las mujeres que identificaban malestares, un 61,3% no buscó ayuda sobre lo que pasaba. De aquellas mujeres que sí buscaban ayuda, el 60% acudían a los profesionales sanitarios, siendo ginecología la especialidad más demandada, mientras que el porcentaje de aquellas que acudían a los profesionales de la sexología era mínimo (5), posiblemente por la no disponibilidad de estos especialistas dentro del Sistema Sanitario. En este sentido, y según un estudio realizado por la Federación Española de Sociedades de Sexología en 2004, se observa que un 34% de las personas entrevistadas manifestaba haber tenido algún problema de salud sexual (8). Estos datos justifican la necesidad de contemplar medidas que atiendan las demandas sentidas por las mujeres en materia de sexualidad.

Dicha atención debe dar respuesta a las demandas sobre problemas e inquietudes sexuales que las mujeres y sus parejas manifiestan y que acostumbran a quedar desatendidas ya que no existe un recurso específico dentro de los centros sanitarios capaz de acogerlas y abordarlas. Este hecho es evidenciado por la necesidad de estandarización de planes de actuación ante las consultas por distrés sexual, tanto en el diagnóstico como en el manejo y el tratamiento. Y es que, debido a la alta prevalencia y el gran infra diagnóstico resulta fundamental la inversión en prevención primaria y en educación a la población sobre los distintos tipos de dificultades sexuales, sus factores de riesgo y sus posibilidades de tratamiento. (8)

La implementación de una consulta de atención a la sexualidad de la mujer y su pareja supone la incorporación de un servicio novedoso y pionero que complementa la atención de los procesos ginecológicos y reproductivos en el ámbito de la asistencia sanitaria ofrecida a las mujeres. Por lo tanto, esta propuesta ofrece un servicio puntero e innovador ya que, a día de hoy, este tipo de iniciativas no se encuentran disponibles en los centros asistenciales. Así, se trata de mejorar la calidad de nuestras intervenciones, contemplando necesidades que no acostumbran a atenderse y ofreciendo cobertura a unas demandas que hasta ahora quedaban desatendidas.

Desde el punto de vista de la metodología enfermera, para referirnos a los problemas en la dimensión sexual, podemos encontrar los siguientes diagnósticos NANDA: Disfunción sexual (00059), como el estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación u orgasmo que se contempla como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado. Patrón sexual ineficaz (00065) como las expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad. (7) Por otro lado, La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la disfunción sexual en 1992 como "la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea".

Partiendo de estas referencias, se diseña un marco de atención a la sexualidad de la mujer que contemple la intervención ante los problemas sexuales y las inquietudes respecto a la propia sexualidad. Sin embargo, atender la sexualidad de las mujeres y sus parejas no se limita a las dificultades que puedan surgir alrededor de los genitales y sus usos, sino que el eje central de la intervención son las personas. Por lo tanto, la atención no puede obviar la singularidad de cada mujer y su pareja, así como el momento de su biografía en el que se encuentran. Por ello, la consulta ofrece un tiempo y un espacio concreto y privilegiado donde poder abordar la sexualidad de las mujeres, en el que lo prioritario no es el funcionamiento de órganos y sistemas, sino las vivencias íntimas y subjetivas que tienen ellas y ellos sobre un ámbito íntimo y privado como es su sexualidad.

En última instancia, hacer referencia a que esta iniciativa asume el marco ético propio de todas aquellas disciplinas de ayuda y cuidado de la salud. Un principio ético que vertebra dichas intervenciones profesionales sería "*primum non nocere*", es decir, lo primero no hacer daño. Desde aquí, cada profesional ha de discriminar en qué y hasta dónde le es posible intervenir. Como profesionales hemos de aceptar nuestras limitaciones y reconocer en qué podemos ayudar y en qué no. Así, sería importante que veamos nuestras competencias para abordar la dimensión sexual de las personas, pues no es aceptable que nos metamos en cuestiones para las que no estamos adecuadamente preparados. El seguir un principio de prudencia y saber hacer una buena derivación es una virtud profesional destacada cuando atendemos la sexualidad humana. Reconoce el Sexólogo Agustín Malón que es preciso que cada especialista maneje una idea clara de su profesión para poder reflexionar éticamente sobre la misma y sobre los deberes implícitos a la misma. Entre ellos, compartimos con Malón el lugar destacado que otorga al respeto por los derechos y la dignidad de las personas. Sus palabras no son solo una invitación a seguir, sino un criterio de excelencia en el desempeño profesional dentro de la atención a la sexualidad: "*La atención sexológica es una atención a la persona en su cualidad y dimensión sexual, no una*

atención dirigida a prácticas, órganos o deseos. Todos estos elementos son de la persona y no a la inversa. Respeta la integridad de la persona y pon sus intereses en primer lugar. La dignidad de los sujetos, en este caso dignidad sexuada, es nuestro horizonte fundamental” (10).

9. OBJETIVOS

Objetivo General:

Proporcionar el marco específico de intervención para un cuidado comprensivo de los problemas que presentan las mujeres en referencia a la mujer que son, la vivencia de su sexualidad, sus deseos, encuentros eróticos y las maneras de convivencia en pareja.

Objetivos Específicos:

1. Favorecer una atención integral a la salud de las mujeres, abordando aquellas demandas que quedaban desatendidas o eran poco identificadas dentro del sistema sanitario.
2. Posibilitar una mayor visibilidad al área de intervención: la salud sexual en la mujer.
3. Promover un espacio de atención especializada en el que hablar de sexualidad con las mujeres, acogiendo desde una actitud comprensiva, aquellas demandas en relación a sus malestares y dificultades sobre sexualidad.
4. Contribuir a una mejor comprensión de la dimensión sexuada de mujeres y sus parejas ofreciendo claves educativas, promoviendo ideas y nociones básicas sobre sexualidad y aclarando conceptos erróneos que puedan manejar.
5. Facilitar sugerencias específicas a cada mujer mediante el acompañamiento sexológico, para que puedan incorporar pequeños reajustes que minimicen las experiencias negativas en la vivencia de su sexualidad.

10. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

En la actualidad es una prestación dirigida a aquellas mujeres y sus parejas que reciben algún tipo de atención por parte área de ginecología y obstetricia ubicada en el HURJC y sus centros de especialidades. Las profesionales que han formado parte de esta iniciativa han sido matronas del equipo del bloque obstétrico con el perfil profesional que permite asumir las competencias precisas para el desempeño de la consulta: Enfermera especialista en obstetricia y ginecología, matrona y Sexóloga capacitada por a la Asociación Estatal de Profesionales de la Sexología (AEPS), entidad que pertenece a la World Association for Sexual Health. Como recursos

materiales se contempla una consulta situada en la segunda planta, zona de consultas ginecológicas, dotada por escritorio, tres sillas, ordenador e impresora.

11. METODOLOGÍA

La Consulta de Sexualidad ofrece una atención integral e individualizada para aquellas mujeres que quieran hacer frente a posibles malestares en relación a sus encuentros eróticos, es decir, cambios en los deseos, las atracciones, molestias genitales, presencia de dolor en la penetración, dificultades en los orgasmos o alteraciones en las excitaciones, entre otras. También su relación de pareja es objeto de interés, teniendo espacios en los que abordar posibles conflictos en la convivencia, problemas de comunicación, aumento de las discusiones, falta de intimidad, desajustes con vivenciales ante nuevas etapas vitales como pueden ser puerperio y crianza, menopausia, jubilación o enfermedad de uno de los miembros de la pareja.

Estas dificultades e inquietudes sobre su sexualidad pueden surgir en el transcurso de: **Episodios vitales** como el inicio de las relaciones sexuales y de pareja, el deseo y la búsqueda de embarazo; las dificultades reproductivas y las técnicas de reproducción asistida, el postparto. **Etapas del desarrollo evolutivo** como la adolescencia y juventud, la madurez, menopausia o climaterio, entre otras. **Procesos de enfermedad** como el cáncer de mama, enfermedades crónicas o invalidantes como la endometriosis, problemas con el suelo pélvico, incontinencias, procesos que alteren la imagen o integridad corporal de la mujer, infecciones urinarias o genitales.

Cronología de la estrategia y líneas de actuación:

1. Diseño y defensa del proyecto (Febrero – Marzo 2014): Se elabora un documento donde se desarrolla el proyecto de una consulta de atención a la sexualidad de la mujer ubicada en un contexto sanitario y desarrollada por matronas especialistas en sexología
2. Incorporación del proyecto a la cartera de servicios(Junio 2014- Enero 2016): Una vez que las responsables directas del servicio consideran la propuesta como interesante y viable, se comunica a la dirección de enfermería y dirección médica, que evalúan la iniciativa y comienzan a trabajar en las fórmulas para hacer efectivo el proyecto.
3. Puesta en marcha de la consulta (Febrero-Abril 2016): Previamente a la apertura de la misma se trabaja en aspectos prácticos e instrumentales como determinar el espacio físico, horario, periodicidad de la consulta y registró en el programa informático. Finalmente se da a conocer la

prestación dentro del equipo de matronas y ginecólogas a través de un correo interno y una sesión de equipo.

4. Acciones de intervención directa en la consulta (Mayo 2016-Actualidad): Consiste en un asesoramiento sexológico puntual o continuado a la mujer y su pareja. Desde el 1 de mayo del 2016 se comienza a atender a mujeres y sus parejas en la consulta. Se establece una periodicidad quincenal, ofertando dos tardes mensuales en horario de 16 a 21 horas en los que poder citar a las usuarias. Cada cita dispone de un tiempo de 50 minutos. El asesoramiento en sexualidad se realiza en dos áreas de intervención: Intervención sexológica ante los problemas sexuales y de pareja, Intervención sexológica ante las dudas e inquietudes que surgen en relación a la sexualidad. El modelo de intervención sexológico se apoya en el método a PLISSIT, creado hace 40 años por el psicólogo americano Jack Annon, con la finalidad de guiar a los profesionales de la salud en cuanto a las estrategias más efectivas para tratar aspectos sexuales.(8). (Anexo 1. Intervención en Consulta)

5. Acciones de difusión y coordinación. (Mayo 2016- Mayo 2019):

- Elaboración de un documento tipo tríptico donde se presenta a la población el servicio de la consulta de atención a la sexualidad de la mujer. (Concluida). (Anexo 2. Tríptico para divulgación)
- Intervención en los centros de atención primaria del área a través de sesiones formativas al equipo: "claves para abordar la sexualidad de las mujeres". El propósito será dotar al equipo de nociones y actitudes para detectar, acoger y en su caso derivar cuando sea preciso (Planificada).
- Presentación del nuevo servicio de consulta a las diferentes instituciones y recursos del área estableciendo una red de profesionales y manteniendo el contacto con los mismos (Ayuntamientos, concejalías de mujer, mayores, juventud, educación, asociaciones vecinales, centros educativos, centros de atención a especialidades. Estas acciones se coordinarán desde el HRJC a través de la persona responsable (Planificada)

En este sentido, en el año 2018 se ha colaborado con sesiones sobre sexualidad en las semanas de la salud de los municipios de Colmenar del Arroyo y Villa del Prado. En esos encuentros se da difusión de la consulta (En proceso)

procesos de enfermedad, que en diálogo con otras especialidades médicas consideren que pueda ser de interés.

- Presentación del programa-consulta a los servicios vinculados y áreas de interés dentro del HRJC (*Concluida*)
- Inclusión de la consulta como parte de los servicios que se ofrecen dentro de la atención integral de la mujer con cáncer de mama. Se elaboró un texto que ha sido incluido en una guía de cuidados destinados a estas pacientes y se participa de las sesiones trimestrales multidisciplinares. (*Concluida*)
- Sesión formativa para los profesionales del HRJC bajo el propósito de que puedan adquirir estrategias a la hora de explorar la sexualidad de las pacientes, acoger los malestares y acompañar en la derivación al servicio (*Planificada*)
- Divulgación del servicio a través de los medios: Colaboración radiofónica (2016-2019) en el espacio radiofónico "Curarse en salud" de la emisora la SER Sur. (*En Proceso*)
- Encuestas de evaluación de la iniciativa a los profesionales que derivan a los pacientes a la consulta de atención a la sexualidad (2019, periodicidad anual).

6. Acciones de diseño y reestructuración de la prestación (*Mayo 2018- mayo 2019*)

La agenda disponible de la consulta de dos tardes mensuales limita las posibilidades de una intervención continuada en las mujeres debido a la saturación de la prestación. Además, tras la evaluación se concluye que muchas de las demandas sobre sexualidad se abordan desde claves comprensivas y educativas. Teniendo en cuenta estos dos puntos se diseña una propuesta de intervención futura que contempla la implementación de talleres grupales trimestrales alrededor de los malestares e inquietudes más frecuentes como son el dolor en la penetración y el deseo femenino. Se valora además poder organizar esos talleres de sexualidad alrededor de momentos biográficos en los que se concentran mayores inquietudes en la sexualidad de la mujer como podría ser la menopausia, las primeras relaciones o el puerperio. Y también alrededor de los

12. EVALUACIÓN

• INDICADORES.

Se han analizado los siguientes indicadores de la muestra evaluada, que nos permiten conocer el grado de resolución de los problemas, la gestión organizativa de la consulta, ofertar nuevos servicios asistenciales:

Edad media de los pacientes que acuden a esta consulta.

- % de pacientes que tienen pareja.
- % consultas en pareja.
- Distribución de motivo clínico de consulta.
- Distribución del número de sesiones para resolver el problema de salud.
- Promedio de sesiones de alta por motivo de consulta.
- % pacientes de alta en el periodo de estudio.

En relación a las encuestas realizadas de los profesionales los indicadores utilizados son:

- % de satisfacción de los profesionales para conseguir cita a corto plazo.
- % de eficacia de la consulta desde su punto de vista tanto del profesional como para el paciente.

• RESULTADOS.

A continuación, se presenta la evaluación de la atención ofrecida en la consulta de atención a la sexualidad durante el año (Febrero 2017- Febrero 2018).

La muestra incluye un total de 27 mujeres y sus parejas. Donde además de realizar el análisis demográfico, se obtienen datos como el motivo de consulta y el número de sesiones necesarias para la resolución del proceso de salud.

A continuación, se presenta la en la Tabla 1 se detallan los datos obtenidos en la evaluación de la consulta durante el periodo de estudio:

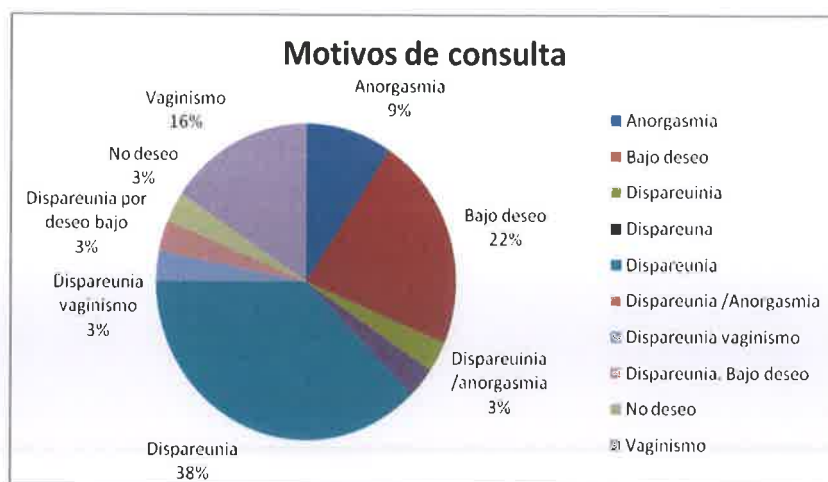
Nº	EDAD	PAREJA	CONSULTA EN PAREJA	MOTIVO CONSULTA	Nº SESIONES	ALTA
1	22	No	No	Anorgasmia	6	si
2	60	Si	No	Bajo deseo	1	no
3	32	Si	No	Dispareunia	2	si
4	47	Si	No	Dispareunia	1	no
5	53	Si	No	Vaginismo	1	no
6	47	Si	No	Dispareunia	1	no
7	41	Si	Si	Vaginismo	1	no
8	28	Si	Si	Bajo deseo	1	no
9	42	Si	Si	Dispareunia. Bajo deseo	2	si
10	17	Si	No	Dispareunia	2	si
11	53	Si	No	Bajo deseo /Dispareunia /Anorgasmia	1	si
12	62	Si	Si	Bajo deseo	4	si
13	21	Si	Si	Dispareunia/Anorgasmia	4	si
14	24	Si	Si	Dispareunia	5	si
15	38	Si	Si	Dispareunia	3	no
16	32	Si	Si	Dispareunia	4	si
17	60	Si	No	Bajo deseo /Anorgasmia	3	no
18	28	Si	No	Bajo deseo	3	no
19	36	Si	No	Dispareunia	3	si
20	44	Si	Si	Vaginismo	2	no
21	43	Si	No/si	No deseo/Dispareunia	4	no
22	60	No	No	Dispareunia	3	si
23	42	Si	Si	Vaginismo/Bajo deseo	3	no
24	26	Si	Si	Dispareunia	3	no
25	58	Si	No	Anorgasmia	2	si
26	37	Si	No	Anorgasmia	2	no
27	18	Si	No	Dispareunia/Bajo deseo	3	no
28	41	Si	Si	Vaginismo/Bajo deseo	3	si
29	30	Si	Si	Dispareunia/Bajo deseo	2	no
30	26	Si	Si	Dispareunia vaginismo	3	no

Nº	EDAD	PAREJA	CONSULTA EN PAREJA	MOTIVO CONSULTA	Nº SESIONES	ALTA
33	39	Si	No/si	Bajo deseo/Dispareunia	2	no
34	58	Si	No	Dispareunia	1	no

Tal y como se indica en la tabla de evaluación, se puede constatar que la media de edad de la consulta es de 37 años, donde la mujer más mayor que es derivada tiene 62 años, y la más joven 18. Sólo dos mujeres no presentaban pareja y el resto afirmaba tener pareja estable o informal.

Un 47% acudió solo a la consulta y un 52% lo hizo en pareja. Hay dos casos en los que la primera consulta acudieron solas y posteriormente con su pareja.

Como se puede observar en la Figura 3 Se constata que la principal demanda por la que acuden las mujeres a consulta se relaciona con problemas de dispareunia y vaginismo.



Siendo un 38% de la muestra las que presentan dispareunia sin estar asociadas a ningún otro proceso, y 22% de la muestra presentan bajo deseo.

El resto presentan vaginismo a veces asociado a anorgasmia: entre 3% y 16%.

El número de sesiones que emplearon para resolver el problema de salud fueron 2 en un 25% de los casos, 3 en un 31% y 4 más en un 6% de los casos, como se puede observar a continuación en la Figura 2.



Motivo Clínico	Promedio de número de sesiones alta consulta
Anorgasmia	3,33
Bajo deseo	2,14
Dispareunia	2,64
Dispareunia /Anorgasmia	1
Dispareunia vaginismo	3,00
Dispareunia. Bajo deseo	2,00
No deseo	4,00
Vaginismo	2,00
Total general	2,53

Además, 13 parejas se dieron de alta después de la intervención en salud y 19 siguen en tratamiento.

Como segunda medida de evaluación, se recogieron durante el mes de Mayo de 2019, 13 encuestas a profesionales, ginecólogos y ginecólogas del HURJC, que son quienes ofrecen este recurso y la derivación a las mujeres desde las diferentes consultas de ginecología.

El modelo de encuesta se presenta en ANEXO 1. Consiste en cuatro preguntas con cinco opciones de respuesta que van desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo.

La primera pregunta: *¿Considera que hay facilidad para la citación de las pacientes en esta consulta a corto plazo?* Aborda el aspecto sobre la derivación a esta prestación. El 84,6% encontraba facilidad para la citación a corto plazo en esta consulta. Un 7,6% consideraba que sería interesante ampliar los días de consulta. Otro 7,6% no había ofrecido este servicio a ninguna mujer.

La segunda pregunta: *¿Se siente con más herramientas para explorar la dimensión sexual de las pacientes desde la incorporación de esta prestación a la cartera de servicios del Hospital?* Abordaba la cuestión sobre la percepción de los profesionales a la hora de explorar la dimensión sexual de las pacientes. El 100% de las ginecólogas y ginecólogos, considera que la incorporación de esta prestación amplía las herramientas con las que cuentan para valorar y atender la sexualidad de las mujeres.

Por último, a la pregunta: *¿Considera que desde la incorporación de este recurso ha mejorado la calidad de la atención a pacientes con malestares o problemas sexuales?* El 92,3% considera que desde la implementación de la consulta de atención a la sexualidad ha mejorado la calidad de la atención a las pacientes con malestares y problemas sexuales.

En cuanto al cuarto aspecto encuestado: *Escriba aquí si hay algo que considera significativo para mejorar esta prestación* donde se incluye aspectos que valoran los profesionales como significativos del proyecto y a considerar para mejorar la prestación estarían:

- ✓ La formación a ginecólogos para orientar a las parejas antes de ofrecerles acudir a la consulta de sexualidad.
- ✓ La implementación de talleres que completen la atención en la consulta, afrontando de manera pionera una dimensión de las pacientes que habitualmente está desierta en el Sistema Nacional de Salud.

Finalmente, como última medida de evaluación, se contempla durante el último semestre del 2019 realizar una encuesta a las parejas para poder arrojar más luz sobre la utilidad y satisfacción de la prestación sanitaria.

Con los datos arrojados y la experiencia hasta la fecha de la prestación sanitaria desde el punto de vista asistencial, la implementación de esta consulta ha conllevado la incorporación de nuevos marcos de intervención basados en la autonomía de las pacientes y la humanización de la atención sanitaria, líneas estratégicas marcadas por entidades de referencia en la atención socio sanitaria como el Observatorio de Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid o el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 de la Comunidad de Madrid (6).

Estas iniciativas se encaminan a destacar la importancia de la dimensión humana en la atención sanitaria y la personalización de la asistencia. La consulta de sexualidad ofrece un marco en el que esas estrategias se concretan en: una continuidad asistencial que favorece la comunicación terapéutica, tiempos de consulta de 50 minutos en los que las experiencias subjetivas de las pacientes pueden explorarse, incorporación de la pareja de la paciente a la intervención y desarrollo de estrategias que permitan la centralidad de las pacientes en el cuidado.

Así mismo, se concluye que no existe desde las sociedades científicas de ámbito nacional ni desde la evidencia actual un consenso en cuanto al abordaje terapéutico de este malestar desde los servicios sanitarios (REF). Por ello se diseña (mayo 2019) una propuesta de estudio sobre mujer, sexualidad y el dolor genito pélvico en la penetración. Se prevé que este trabajo contribuya a mejorar la comprensión de esta dificultad en las mujeres y sus parejas que acuden a la consulta, así como definir un plan de abordaje que pueda adaptarse al contexto sanitario en el que se enmarca la consulta de sexualidad de la mujer.

13. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

Transcurridos tres años desde la implementación de la consulta y uno desde la primera evaluación de la prestación, se está en disposición de esbozar un primer análisis en el que poder definir algunas de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades que se han ido explorando, generando nuevas estrategias para la mejora y crecimiento del servicio.

Debilidades y Fortalezas: Dentro de los puntos débiles detectados estaría la vía de acceso y citación a la consulta. Y es que la imposibilidad de citar desde atención primaria o desde otros centros asistenciales fuera del área, limitan las oportunidades de ofrecer una buena cobertura a todas las mujeres.

Otro de los aspectos que reducen la capacidad de seguir desarrollando el proyecto tiene que ver con la dificultad de generar tiempos para otras acciones al margen de la intervención directa con las mujeres en consulta. Entre ellas estarían la evaluación del servicio, diseño de documentos informativos, sesiones de equipo intra y extrahospitalario, colaboración en jornadas y documentos de interés sobre sexualidad, participación en medios divulgativos y diseño de nuevas propuestas.

Por otro lado, la consulta tiene ya una trayectoria reconocida dentro del equipo y el centro. Esta posición alcanzada representa una ventaja para poder explorar nuevas líneas de actuación. Así, la sexualidad, poco a poco ha ido centrando el interés del resto de profesionales y especialidades médicas, se cuenta con la salud sexual a la hora de elaborar guías clínicas, se incluye la sexualidad como tema de interés en jornadas profesionales, e incluso se abren posibilidades para la formación dentro del servicio.

Durante el primer año de implementación se generaron 80 consultas, en ellas, se ha facilitado que las mujeres y sus parejas generen vivencias más satisfactorias en referencia a la mujer que son, la vivencia de su sexualidad, sus deseos, encuentros eróticos, así como la manera de organizarse y convivir en pareja.

Amenazas y Oportunidades

Una de las principales amenazas detectada tiene que ver con la continuidad de la consulta al depender en exclusiva de una única profesional. En este sentido, es importante contar dentro del equipo con más profesionales competentes, formadas e interesadas para implicarse en el proyecto. Y es que como son muchas las líneas de actuación, es importante generar un equipo de trabajo coordinado, que pueda ir desarrollando todas esas estrategias. Solo desde ahí, podrán

trabajarse en nuevas oportunidades que mejoren la cobertura y servicios ofertados por la consulta. Y es que, a día de hoy, en la Comunidad de Madrid, esta consulta representa un espacio único y privilegiado, que ha recibido muy buena acogida por parte de usuarias y resto de profesionales.

La continuidad asistencial se sitúa como un elemento imprescindible para el proceso de acompañamiento en el contexto del cuidado y atención de la sexualidad. A pesar de identificarlo como un elemento limitante para la gestión de la prestación y los profesionales implicados, supone una nueva vía para enfatizar el valor de la relación terapéutica. Esta presunción se encuentra en sintonía con los nuevos planteamientos del cuidado humanizado centrado en los pacientes que desde unos años se promueven desde los servicios e instituciones sanitarias.



Bibliografía.

- (1) Organización Mundial de la Salud. 2016. Salud sexual y reproductiva. Recuperado el 15 Mayo 2019, de http://www.who.int/topics/sexual_health/es/.
- (2) Amezáa E. Teoría de los sexos, la letra pequeña de la sexología. Madrid: revista española de sexología; 1999, nº 95-96.
- (3) Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de sanidad, política social, e igualdad. Año 2011. Recuperado el 15 Mayo 2019, de <http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
- (4) Boletín oficial del estado. núm. 129 jueves 28 de mayo de 2009 sec. iii. pág. 44697iii. Otras disposiciones. Ministerio de Sanidad y Política Social 8881.orden sas/1349/2009, de 6 de mayo. Recuperado el 20 Mayo 2019, de <http://www.boe.es/boe/dias/2009/05/28/pdfs/BOE-A-2009-8881.pdf>.
- (5) Encuesta Nacional de Salud Sexual. Centro de Investigaciones Sociológicas, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009. Recuperado el 22 Mayo 2019, de https://www.msccs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/EncuestaNacionaSaludSexuaI2009/resumenEjecutivoEncuestaSaludSexual_2009.pdf
- (6) Plan de Humanización de la Asistencia sanitaria 2016-2019. Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad 2016.
- (7) Heather-Herdman T. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación (2012-2014). NANDA. Internacional, editor. Elsevier España, S.L.; 2012.
- (8) Portillo Sánchez, Tirso Pérez Medina, T. & Royuela, A. Disfunción sexual femenina: estudio de prevalencia en mujeres premenopáusicas. Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y ObstetriciaProg Obstet Ginecol. 2017; 60(4):320-327.
- (9) Annon J. The PLISSIT model: A proposed scheme for the behavioral treatment of sexual problems. J Sex Educ Ther. 1976;2: 1-15.
- (10) Malón-Marco A. Niveles de intervención profesional: el modelo PLISSIT. Sexualidad Planteamientos y claves para la intervención profesional en el ámbito de la discapacidad. 2009. p. 1-127.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, y su adaptación a la Normativa Europea en materia de protección de datos personales, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados a ficheros necesarios para la gestión de esta convocatoria, así como al buscador o plataforma de difusión de las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional y personal para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente en su momento el buscador o plataforma de difusión del Catálogo de BBPP del SNS a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.