

Cuidando la sexualidad desde lo comunicacional: teoría fundamentada constructivista*

doi: <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v41n1.105034>

1 Luz Ever Díaz Monsalve

Resumen

Introducción: la sexualidad es un componente del ser humano que debe ser cuidado debido a su impacto en la salud integral.

Objetivo: describir el proceso comunicativo que media en el cuidado de la sexualidad en diferentes ambientes de práctica profesional mediante la teoría fundamentada constructivista.

Materiales y método: estudio realizado a partir de la teoría fundamentada constructivista, con 12 profesionales de enfermería que laboran en la ciudad de Medellín (Colombia), quienes participaron mediante entrevista intensiva entre junio de 2020 y septiembre de 2022. El análisis se inició con precodificación a partir de audios. Luego de las transcripciones se seleccionaron los incidentes, a los cuales se les asignó un código en acción. Estos códigos se agruparon de acuerdo con el sentido y así se conformaron categorías y subcategorías. Los memos teóricos, analíticos y descriptivos fueron transversales en el análisis.

Resultados: el tabú y el pudor que rodea la sexualidad, en especial cuando esta se reduce a la genitalidad, afectan negativamente la comunicación y el cuidado. Por ello, el profesional de enfermería debe escuchar atenta e imparcialmente, usar un lenguaje legitimado por el sujeto y mostrar empatía para favorecer confianza, vínculo y conexión, a fin de identificar las necesidades y actuar de acuerdo con el sujeto y según el contexto de cuidado.

Conclusiones: el cuidado de la sexualidad es un acto comunicativo donde prima la comunicación no verbal; esta debe ser interpretada por el profesional para responder acertadamente a la necesidad, dentro del límite que el sujeto establece en la comunicación terapéutica, es por ello que “el paciente nos moldea”.

Descriptores: Comunicación; Enfermería; Sexualidad; Salud Sexual; Tabú (fuente: DeCS, BIREME).

* Artículo producto de la investigación “El cuidado de la sexualidad humana desde la práctica profesional de enfermería en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá”, realizado entre 2021 y 2022.

1 Universidad de Antioquia (Medellín, Colombia).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5472-1004>
Correo electrónico: ledmonsalve@gmail.com
Contribución: diseño y gestión del proyecto de investigación, recolección y análisis de la información, escritura y aprobación de la versión final del artículo.

Cómo citar: Díaz-Monsalve LE. Cuidando la sexualidad desde lo comunicacional: teoría fundamentada constructivista. Av. enferm. 2023;41(1):105034.
<http://doi.org/10.15446/av.enferm.v41n1.105034>

Recibido: 29/09/2022
Aceptado: 10/05/2023
Publicado: 10/05/2023



Caring for sexuality from a communicational approach: Constructivist grounded theory

Introduction: Sexuality is a human dimension that needs to be taken care of due to its impact on the comprehensive health of people.

Objective: To describe the communicative process involved in the care of patients' sexuality within professional practice environments through the insights of the constructivist grounded theory.

Materials and method: Study based on the constructivist grounded theory, conducted with twelve nursing professionals in Medellín (Colombia) who participated in an intensive interview between June 2020 and September 2020. The analysis began with audio pre-coding. After the transcriptions, were selected incidents, to which an action code was assigned. The codes obtained were grouped according to meaning, thus forming categories and subcategories. Theoretical, analytical, and descriptive memos were cross-sectional within the analysis.

Results: Taboo and shyness surrounding sexuality, especially when focusing on genitality, negatively affect communication and hence the caring process of patients. Therefore, professionals must listen attentively, be impartial, use a type of language that is legitimized by the patients, and demonstrate empathy in order to foster trust, bonding and connection, which allows identifying needs and acting according to the subject and the specific context of care.

Conclusion: The care for sexuality is a communicative act where nonverbal communication prevails. This must be interpreted by health professionals to be able to respond correctly to needs and the limits established by the patients, in therapeutic communication. This is the reason why "the patient shapes us."

Descriptors: Communication; Nursing; Sexuality; Sexual Health; Taboo (source: DECS, BIREME).

Cuidar da sexualidade desde uma perspectiva comunicativa: teoría fundamentada construtivista

Introdução: a sexualidade é um componente do ser humano que precisa ser cuidado devido a seu impacto sobre a saúde integral.

Objetivo: descrever o processo comunicativo que permeia o cuidado da sexualidade em diferentes ambientes de prática profissional por meio da teoria fundamentada construtivista.

Materiais e método: estudo baseado na teoria fundamentada construtivista, com 12 profissionais de enfermagem que trabalham em Medellín, Colômbia, os quais participaram mediante entrevista intensiva entre junho de 2020 e setembro de 2022. A análise começou com pré-codificação a partir de áudios; após as transcrições, os incidentes foram selecionados e lhes foram atribuídos um código em

ação, os quais foram agrupados de acordo com o sentido; assim, foram formadas categorias e subcategorias; os memorandos teóricos, analíticos e descritivos foram transversais na análise.

Resultados: o tabu e o pudor em torno da sexualidade, especialmente quando esta é reduzida à genitalidade, afetam negativamente a comunicação e, portanto, o cuidado; por essa razão, o profissional deve escutar com atenção e imparcialidade, usar uma linguagem legitimada pelo sujeito e demonstrar empatia para fomentar a confiança, o vínculo e a conexão a fim de identificar as necessidades e agir de acordo com o sujeito e o contexto do cuidado.

Conclusões: o cuidado da sexualidade é um ato comunicativo em que prevalece a comunicação não verbal, a qual deve ser interpretada pelo profissional a fim de responder corretamente à necessidade e ao limite que o sujeito estabelece na comunicação terapêutica, razão pela qual “o paciente nos molda”.

Descritores: Comunicação; Enfermagem; Sexualidade; Saúde Sexual; Tabu (fonte: DECS, BIREME).

Introducción

La enfermería es una disciplina profesional que tiene como objeto de conocimiento y de práctica el cuidado en un contexto histórico, sociocultural, político y ecológico determinado (1, 2). Uno de los enfoques de la práctica del cuidado ha sido el cuidado humanizado, que se caracteriza por ser integral y está mediado por la relación dialógica entre los sujetos involucrados en el acto de cuidar (3).

El cuidado se considera integral porque reconoce al ser humano como un todo que tiene alma-cuerpo-espíritu y capacidad de ser sociable (4). La interacción es un elemento fundamental del cuidado, y de allí se deriva lo que se denomina la relación terapéutica –también llamada relación de ayuda profesional–, que ocurre gracias al diálogo. En esta relación, el sujeto y el profesional, a través del discurso, negocian subjetividades sobre la situación del sujeto e identifican problemas y las intervenciones necesarias para resolverlos (4-6), fortalecer potencialidades o prevenir factores que amenazan la salud y la vida.

El cuidado humano debe incluir la sexualidad debido a que esta permea todo el ser: en lo biológico, porque está en todo el cuerpo; desde lo psicológico, con la imagen mental que se construye a partir del sexo, el género y la orientación sexual; desde lo sociocultural, que define y perpetua los roles de género; y en lo espiritual, desde la construcción de valores (7-11). Estos componentes regulan el comportamiento sexual, el disfrute del placer erótico y las relaciones afectivas, los cuales afectan la salud sexual y, en consecuencia, generan impactos en la salud y la calidad de vida de las personas en diferentes etapas de la vida (12, 13).

A pesar de la importancia de la sexualidad en la vida humana, es frecuente que los profesionales de enfermería no consideren prioritario su cuidado en los diversos escenarios de atención debido al escaso desarrollo de habilidades comunicativas, el cual se manifiesta en la incomodidad que les produce indagar sobre asuntos relacionados con ella (14, 15).

Esta complejidad de la sexualidad en la vida humana precisa de profesionales de la salud que la consideren en continua interacción con el ser bio-psico-social-espiritual del sujeto cuidado y que, por lo tanto, se valoren y atiendan las necesidades de este componente humano sin discriminar

sexo, género, edad, etnia, estado de salud, capacidades diferentes, ni el escenario donde ocurre la relación terapéutica. Así, el cuidado debe corresponder a los determinantes individuales, políticos, económicos y socioculturales que afectan la salud sexual y que son propios del contexto donde se vive la experiencia de cuidado (16).

Es necesario que los profesionales respeten a los sujetos en su diversidad y pongan en práctica procesos favorecedores de inclusión. Para ello, se requiere comprender y aceptar las nuevas identidades y reconocer que actualmente el profesional se desenvuelve en una cultura compleja, múltiple, desajustada y discontinua que desdibuja los tradicionales roles de género y la hegemonía del hombre blanco en la sociedad (7, 17). Finalmente, se requiere que el profesional se comprometa con el reconocimiento, la promoción y el respeto de los derechos sexuales, y además se involucre en la lucha por implementar acciones de detección oportuna de violencia sexual y de atención integral a las víctimas (18, 19).

La práctica humanizada en el cuidado de la sexualidad precisa de la comunicación como elemento mediador en la interacción de los actores del cuidado. La comunicación es un elemento del cuidado que tiene trayectoria histórica en la comunidad científica de la enfermería (5). No obstante, esta toma fuerza en las teorías que tienen como centro la interacción entre el sujeto y el profesional. A Peplau se le reconoce como la primera teórica en referirse a la interacción enfermera-paciente como fenómeno central del cuidado que es mediado por la comunicación, lo cual explica en la teoría de las relaciones interpersonales, publicada en 1952 (20). Los planteamientos de Peplau fueron ampliados por Travelbee, quien los integra en sus postulados sobre la relación humana terapéutica que ocurre entre la enfermera y el paciente (20), y por King, quien en la teoría de la consecución de objetivos le asigna un lugar especial a la interacción mediada por la comunicación entre la enfermera y el paciente, con el fin de valorar sentimientos y percepciones sobre la situación de salud y entre ambos establecer metas y acordar los medios para lograrlas (20).

El sentido de la comunicación planteado en estas teorías pertenece a un proceso dinámico y recíproco de intercambio de subjetividades, en el cual tanto sujeto como profesional expresan pensamientos, sentimientos y actitudes a través del lenguaje verbal y no verbal, a fin de potenciar el desarrollo de ambos actores del cuidado (21).

El proceso comunicativo en el cuidado de enfermería se caracteriza por retroalimentarse en la medida en que los actores intercambian el rol de emisor y receptor. La comunicación en enfermería puede ser verbal (o psicolingüística) y no verbal, también llamada psicobiológica (lenguaje del cuerpo), en la cual el emisor utiliza gestos, expresiones faciales y adopta posturas para comunicar el mensaje al receptor. También puede ocurrir que en la interacción se utilicen simultáneamente las dos formas de comunicación. Por ende, el éxito del proceso comunicativo, y por tanto del cuidado, depende en gran medida de la interpretación adecuada del mensaje (22), o lo que Habermas (23) denomina “acción comunicativa”, en la cual los actores negocian las definiciones de la situación para coordinar de común acuerdo planes de acción y sus propias acciones.

Hasta acá se logra visualizar el papel fundamental que desempeña la comunicación en el cuidado humano, lo cual motiva el planteamiento de la siguiente pregunta: ¿cómo se desarrolla el proceso comunicativo que media en el cuidado de la sexualidad de sujetos sanos, enfermos o vulnerables? A partir de este interrogante, el presente artículo tiene como objetivo describir el proceso comunicativo que media en el cuidado de la sexualidad en los diferentes escenarios de la práctica profesional con

base en los planteamientos de la teoría fundamentada constructivista.

Materiales y método

Se trata de un estudio cualitativo dentro del enfoque de la teoría fundamentada, desde la perspectiva constructivista, el cual facilita la comprensión del fenómeno de estudio a partir del análisis de las experiencias subjetivas que los participantes asignan a lo que hacen, y que luego se relacionan con el conocimiento y la experiencia de los investigadores (24).

El estudio se llevó a cabo con 12 profesionales de enfermería seleccionados mediante la estrategia de bola de nieve. Los criterios de inclusión fueron: i) contar con más de tres años de experiencia profesional en asistencia, docencia, gestión e investigación en enfermería, atendiendo al concepto de experticia profesional (25), y ii) que al momento de la entrevista se encontraran laborando en instituciones del Área Metropolitana del Valle de Aburrá (Colombia). Se excluyeron profesionales que se negaron a conceder la entrevista después de varios intentos de concertación de agenda. A quienes cumplían los criterios de inclusión se les leyó el consentimiento informado y se concretó fecha, hora y lugar de la entrevista. Además, se les ofreció la opción de participar mediante video-llamada o entrevista presencial. En el Cuadro 1 se presenta la relación de cada participante con los servicios donde ha laborado, el número de entrevistas realizadas y el tiempo de duración de estas. Para la identificación de cada participante se utilizó un pseudónimo, elegido por este mismo, con el fin de proteger su identidad y conservar la confidencialidad de la información.

Los datos fueron recolectados entre junio de 2020 y octubre de 2022, mediante entrevista intensiva, la cual se caracteriza por ser abierta y emergente (26). Es abierta porque inicia solicitando al participante que cuente una experiencia de cuidado donde estuvo implicada la sexualidad, y emergente porque a partir del relato del sujeto surgen preguntas y solicitudes para detallar aspectos que se consideran relevantes en la comprensión del cuidado de la sexualidad en los diferentes contextos de cuidado. Las entrevistas se realizaron hasta lograr la saturación del dato.

El análisis consistió en un proceso flexible de comparación constante, lo que implicó avanzar y volver atrás e interactuar con los datos y, en ocasiones, volver a entrevistar al participante. Los audios fueron transcritos en Microsoft Word y luego de contrastar la fidelidad de las transcripciones con los audios se inició el análisis en forma manual, como se describe a continuación. A través de la escucha atenta de cada audio se encontró el sentido y los asuntos claves de la entrevista, fase a la que se denominó “precodificación”. Luego se hizo la codificación inicial mediante la selección de incidentes, que fueron los segmentos de texto en los cuales se identificaron significados o acciones expresadas por el participante. A estos incidentes se les asignó un código provisional con un verbo conjugado en gerundio, que representara la acción que indicaba el segmento. Simultáneamente, a cada incidente se le agregaban las siguientes preguntas: ¿de qué trata el dato?, ¿qué sugieren los datos?, ¿desde qué punto de vista está hablando el sujeto? y ¿qué categoría teórica indica este dato específico? (26).

Posteriormente, se procedió a la codificación enfocada, que consistió en agrupar los incidentes por la similitud del sentido. En esta etapa se asignaron códigos enfocados que representan los conceptos a los cuales hacía alusión cada grupo de incidentes. Asimismo, algunos códigos fueron *in vivo* para conservar aquellas expresiones claves utilizadas por el sujeto. Esta segunda codificación facilitó la identificación de códigos y conceptos que emergían del dato, los cuales se agruparon en subcategorías que permitieron la formación de las categorías que explican la forma como los

profesionales de enfermería enfrentan las situaciones en las que surgen problemas y necesidades relacionadas con la sexualidad en los pacientes.

Cuadro 1. Información de los participantes del estudio

Pseudónimo	Género	Número de entrevistas y duración (minutos)	Ámbitos de experiencia
Piña	Femenino	1 de 62	Unidad de cuidados intensivos y especiales, programas de consulta externa, programas extramurales para la prevención del embarazo adolescente y funciones administrativas.
Isabel	Femenino	1 de 40	Programas de consulta externa y docencia.
Negrita	Femenino	2 de 42 y 43, respectivamente	Servicios de internación general, programas extramurales para la prevención del embarazo adolescente, programas de consulta externa y docencia.
Estefanía	Femenino	1 de 96	Programas extramurales para la prevención del embarazo adolescente y programas de consulta externa.
Claudia	Femenino	1 de 84	Servicios que atienden a las mujeres en el proceso del parto, el postparto y el alto riesgo obstétrico, instituciones que atienden a la mujer adulta con trastornos del piso pélvico, educación para la salud, investigación y docencia.
Maya	Femenino	1 de 71	Atención a pacientes internados en instituciones de salud y albergues que atienden personas con trastornos mentales y personas con problemas de farmacodependencia.
Layube	Femenino	1 de 90	Programas de consulta externa, vigilancia en salud pública, instituciones que atienden a personas con problemas de farmacodependencia y adultos mayores abandonados por su familia.
Mariposa	Femenino	1 de 59	Atención a pacientes con enfermedades oncológicas en los servicios de hospitalización, consulta externa y ambulatorios.
Rodrigo	Masculino	1 de 101	Instituciones de atención a personas con trastornos mentales y con problemas de farmacodependencia, docencia.
Cris	Femenino	1 de 58	Programas extramurales, servicios de ayudas diagnósticas y consulta de urología y ginecología, atención a pacientes en falla cardíaca y obesidad y atención a pacientes con problemas dermatológicos oncológicos.
Enfer2022	Masculino	2 de 20	Servicios de instituciones que atienden pacientes de mediana y alta complejidad, unidad de cuidados intensivos neonatales y docencia.
Wilman	Masculino	1 de 32	Administrativo en instituciones dedicadas a atender necesidades de salud sexual y reproductiva y maternidad segura.

Fuente: archivos del estudio.

El proceso de codificación, inicial y enfocada, y la comparación constante fueron complementados con los memos que contenían conceptos y teorías que podrían explicar o aclarar el sentido del código o del incidente; otros fueron producto de la reflexión y comparación constante entre incidentes, códigos enfocados y las contrastaciones con la experiencia profesional, y otros memos adicionales contenían preguntas e hipótesis que tuvieron que ser resueltas en próximas entrevistas.

El análisis de las 14 entrevistas realizadas a 12 participantes ofrece nutridos resultados que se condensan en categorías, de las cuales las más representativas son las necesidades de cuidado de la sexualidad, los factores que inciden en el cuidado de la sexualidad, el proceso de cuidado de la sexualidad y el proceso comunicativo que media en el cuidado de la sexualidad. Por asuntos de extensión de los resultados, en este artículo se expone únicamente la categoría que hace referencia al proceso comunicativo que media en el cuidado de la sexualidad.

Las acciones para asegurar el rigor metodológico consistieron en: i) dar prioridad a la voz de las personas participantes por encima de la revisión documental y la experiencia del investigador, teniendo en cuenta que la propuesta constructivista sugiere que el investigador ponga su experiencia en la toma y análisis de la información; y ii) la comparación constante, que es transversal en el análisis. Estas reflexiones se plasmaron en los memos teóricos y analíticos realizados durante el estudio.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité Técnico del Centro de Investigaciones de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia y por el Comité de Ética de Investigación, que dio su aval en el acta N.º CEI-FE 2020-05. El estudio se clasificó de bajo riesgo debido a que el tema podría causar alteración psicológica de la persona entrevistada. Considerando esto, el equipo investigador contaba con preparación para intervención en crisis. Además, se consideró la posibilidad de remitir al participante a consulta de psicología en su institución prestadora de salud. Sin embargo, no se presentaron situaciones de este tipo. Las entrevistas se realizaron previa lectura del consentimiento informado y la aclaración de los derechos del participante, donde se asegura la confidencialidad de la información, la autonomía para suspender la entrevista en el momento que considere, el derecho a abstenerse a responder cuando no deseara hacerlo y que en ninguna circunstancia podría haber retaliación por parte del investigador.

Resultados

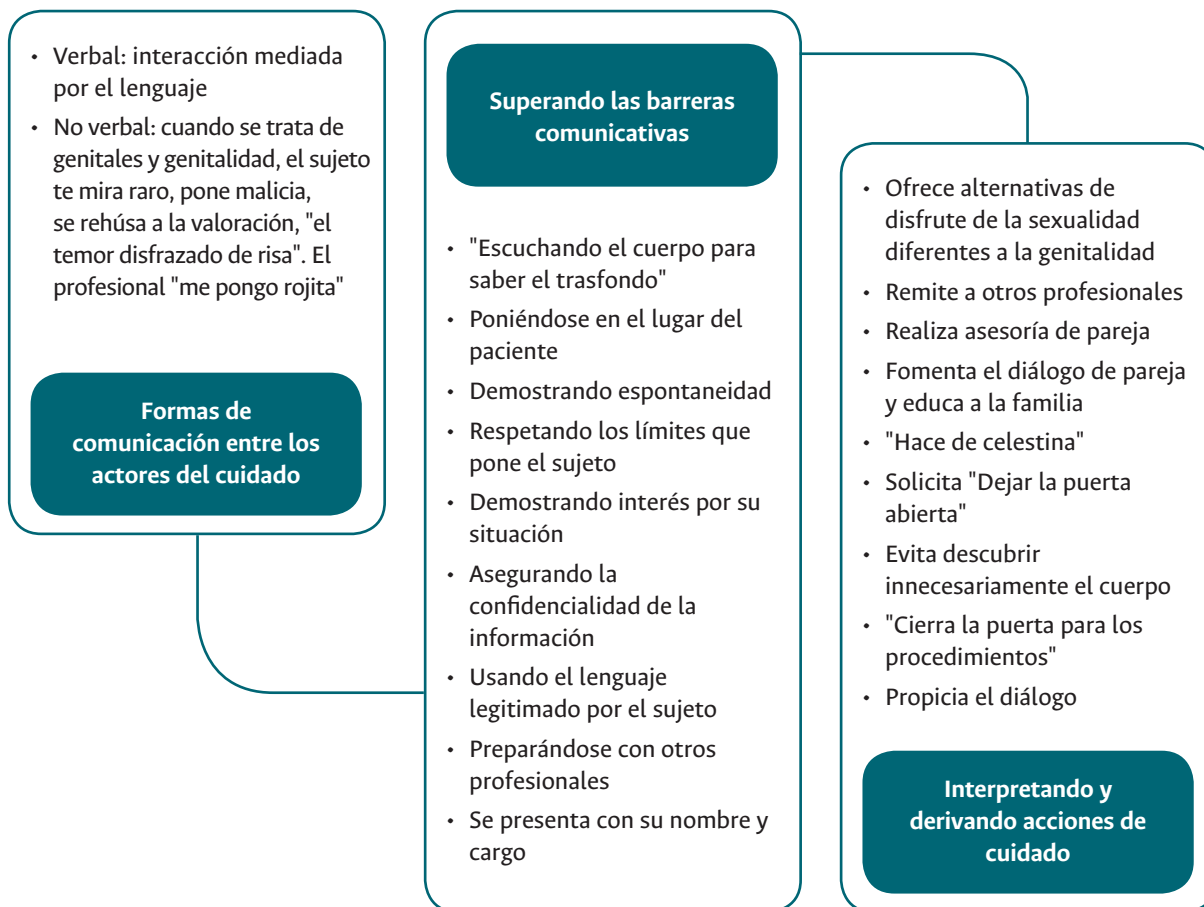
Las entrevistas intensivas contienen diversas experiencias en las cuales el cuidado de la sexualidad fue evidente. La riqueza del dato y los memos teóricos, analíticos y descriptivos permitieron desenmarañar el proceso comunicativo que media en el cuidado de la sexualidad de los sujetos atendidos en los diversos escenarios de cuidado, el cual se representa en la Figura 1.

Cuidando la sexualidad desde lo comunicacional

El cuidado de la sexualidad está mediado por la comunicación, y como en todo acto comunicativo, intervienen emisor y receptor –sujeto y profesional–, el mensaje y el código utilizado para expresar el mensaje.

En este estudio el sujeto cuidado fue variado: en el escenario comunitario fueron grupos de pares; en el consultorio de enfermería y salas de hospitalización fueron personas, la persona y su pareja; y en el caso de menores de edad fue el menor y su madre o padre.

Figura 1. Proceso comunicativo que media en el cuidado de la sexualidad



Fuente: documentos que contienen las entrevistas transcritas y los memos realizados.

Formas de comunicación de los actores del cuidado

Los actores del cuidado utilizaron la comunicación verbal y no verbal en la relación terapéutica que involucra el cuidado de la sexualidad. En la verbal se encontró que es posible que ocurra una conversación tranquila y fluida:

“Empecé a hablar con las señoras y en la conversación veía que no era solo el asunto de la incontinencia urinaria, sino que ese tipo de problemas las llevaban a tener dificultades con los esposos, a no salir o a sentir vergüenza, entonces en la consulta con enfermería hablaba con ellas [...]. Por ejemplo, tuvimos una señora que nos decía que el esposo no hacía sino rechazarla ‘porque algo le estorbaba’ y evidentemente le dejaron los hilos de la malla muy largos”, Claudia.

“Ellas me cuentan todo, hasta cómo son sus relaciones sexuales, hasta qué opino de esto o de aquello, entonces es muy rico, porque es una relación como [...] no solamente de enfermera paciente, sino como de cariño”, Isabel.

El proceso comunicativo que se observa en estas experiencias está mediado por el lenguaje verbal, destacando la interacción que ocurre entre el sujeto (individuo, grupo de pares y pareja) y el profesional. En esta conversación el profesional escucha lo que el sujeto le pregunta o le cuenta sobre su sexualidad, interpreta el mensaje, identifica problemas y necesidades que afectan la salud sexual del sujeto y emite una respuesta a sus necesidades.

Se destaca en los testimonios que en la relación terapéutica existe confianza y “cariño” entre los interlocutores, que hacen del encuentro un momento satisfactorio. Pero esta sinergia no siempre ocurre en el cuidado de la sexualidad, como lo expresan los participantes:

“Pienso que abordar este tema, por más que el mundo entero lleve muchas estrategias y esté haciendo muchas cosas para que esto deje de ser un tabú, sigue siendo un tabú porque la gente se avergüenza de esos temas. Hay gente que aún no se abre, por más edad que tenga, por más adulta que sea. Tocarle el tema de la sexualidad [es difícil], desde cuando tú le explicas a una persona cómo higienizarse los genitales, [por ejemplo le dices] te tocas los labios, y te pueden hasta mirar como raro. La gente todavía no ve esa cosa, le ponen como malicia, como que hubiera algo ahí que no se puede tocar. O cuando uno empieza a hacer preguntas y los niños son muy risueños, se mueren de la risa, que es como el temor disfrazado de risa, entonces [ante la pregunta] ¿quién de aquí ha visto un preservativo?, y nadie ha visto un preservativo en su vida, que uno sabe que no es cierto”, Piña.

“A ellos les da pena hablar del tema. A ellos y a todo el mundo yo creo que le da pena [hablar] abiertamente de la sexualidad, y [esta] es la parte como del ser humano que se encarga de todo el relacionamiento con las otras personas y de muchas maneras ¿cierto? Ese sentimiento del gusto, de la atracción, pero también de la comunicación, de establecer ese vínculo con esa persona, pues su pareja, ¿cierto? Ay vea y me puse rojita, ya ni sé que decir [...]”, Mariposa.

El tema de la sexualidad en la relación terapéutica, en especial si se trata de los genitales y de la genitalidad, causa temor, vergüenza e incomodidad, que son expresados mediante el lenguaje no verbal: “te miran raro”, “le ponen como la malicia”, “el temor disfrazado en risa”. Estas reacciones se constituyen en barreras comunicativas que tienen su explicación en el tabú y el pudor que los actores de cuidado tienen sobre este componente humano.

La situación no siempre es negativa, pues en las instituciones también se vivieron experiencias contrarias, como las cuenta una participante:

“Cuando era pues el momento de la pasión (risas), usted la veía bajar a ella así toda sexy y entonces nos reunimos él, ella y yo, y yo les daba la charla. Entonces ya yo después los dejaba solos en el cuarto del amor, y ellos ya pues salían y normal, ella se iba para su lado de las mujeres y él se iba para el lado de los hombres”, Layube.

En ocasiones las barreras comunicativas no se resuelven y los actores del cuidado optan por evitar el tema:

“En realidad no se le enfatiza a la mujer posparto o a la mujer embarazada cómo pueden ser las condiciones de su sexualidad, hablando pues de genitalidad o de otras maneras, ¡no! Y tal vez yo creo que ni siquiera es falta de tiempo, sino que las enfermeras no lo hacemos y las pacientes no lo preguntan”, Claudia.

“Yo les recomiendo [a los profesionales] que no tengan miedo de hablarles a los pacientes del tema, que seamos muy prudentes, que seamos muy seguros de lo que estemos hablando y que nos capacitemos sobre el tema, porque más que una condición de pena también es una condición de desconocimiento”, Enfer2022.

Los sentimientos de miedo y vergüenza no sólo provienen del sujeto, también del profesional. Estos se fundamentan en la falta de competencias en el saber-ser y hacer en el cuidado. Cuando esto ocurre, el camino es silenciar la sexualidad. Por ello, el participante recomienda la formación en el cuidado de este componente del ser humano. Por fortuna, el silenciamiento de la sexualidad no siempre es el camino y la experiencia de muchos profesionales les ha enseñado que este cuidado es posible como se expone a continuación.

Superando las barreras comunicativas

Cuando el profesional se empodera de su rol en el cuidado de la sexualidad pone en marcha diversas estrategias para superar las barreras comunicativas que el sujeto impone en la relación terapéutica:

“Yo creo que la expresión de la sexualidad está en la comunicación y en el cuerpo. Esa es una manera de soltar y que hay que escucharlo para saber el trasfondo de lo que está, de lo que quiere decir, y yo creo que esa es como la clave”, Claudia.

El éxito del cuidado de la sexualidad depende, en gran parte, de la capacidad que tenga el profesional para leer y descifrar el mensaje (el trasfondo) que el sujeto le expresa mediante el lenguaje no verbal, y así poder identificar e intervenir los problemas y necesidades de cuidado del sujeto.

Además de la lectura del lenguaje no verbal, los profesionales utilizan otras estrategias que favorecen la comunicación en el cuidado de la sexualidad:

“Somos enfermeras de la sexualidad, cuidamos a la familia, los pacientes, los colegas, [pero se debe] brindar confianza para ellos, generar empatía, vínculo, conexión, para que el paciente se abra en cuerpo y mente y reciba la energía y el conocimiento que se le quiere compartir. Cuidamos desde lo comunicacional, aprender del paciente, no hacer juicios de valor, no decirle que eso que siente es raro, considerar que todos somos diferentes, estar dispuestas a dar y recibir del paciente, el paciente nos moldea”, Piña.

“Hay dos claves para la sexualidad: una, permitir que las personas hablen desde su experiencia y la otra es [...] como cuando te estoy contando un secreto, como venga y cuente tranquila [que] de aquí no pasa. Pero de aquí sí te voy a ayudar, porque incluso la gente lo habla pasito, la gente no habla duro cuando tiene un problema en la sexualidad”, Claudia.

“Es que uno tiene que entrar a ser muy querido con ellas. Ellas llegan y primero yo [las trato de] ‘señora’. Pero cuando uno entra en confianza, es ¡ah, no mija!, y ellas le dicen a uno “parce” y todo. Entonces entra como a establecer esa relación que no es de amistad. O sea, yo hago de cuenta que es algo mío, como si yo estuviera en el caso, como si fuera la hija mía. Yo trato de hacer mucha empatía con ellas, y entonces ellas van y me cuentan todo, hasta cómo son sus relaciones sexuales”, Isabel.

“Cuando uno es tan espontáneo, a veces es mucho más fácil que las personas se abran a ti. Entonces, yo considero que tengo esa habilidad de que las personas hablen rico conmigo y que quieran seguir hablando”, Layube.

Algunos profesionales tienen la habilidad para llegar a la interacción comunicativa en el encuentro terapéutico, pero otros deben hacer uso de varias estrategias tales como: uso de un lenguaje respetuoso, familiar e inclusivo que es regulado por el sujeto (la profesional inicia diciéndole señora y luego, según la actitud del sujeto, le dice *mija*. A su vez, la profesional también permite que le diga ‘*parce*’). Además, se debe generar empatía para sentir y expresar afecto e interés genuino en la situación del sujeto y en la solución de esta, “permitir que las personas hablen”, motivar la conversación “como un secreto”, asegurando la confidencialidad, establecer vínculo y conexión, y adoptar actitud abierta a lo que el sujeto está expresando, pero evitando hacer juicios de valor o expresiones de escándalo.

No obstante, como lo dicen los testimonios, “la gente no habla duro cuando tiene un problema en la sexualidad”, es decir, que no lo expresan tan fluidamente como lo hacen con otros problemas que les aquejan, y esto dificulta el cuidado. Por eso, la participante afirma que “el paciente nos moldea”, porque de acuerdo con la actitud de aprobación de este, el profesional puede avanzar en el cuidado integral de la sexualidad.

Interpretando y derivando acciones de cuidado

En el Cuadro 2 se relacionan los códigos comunicativos desde la voz del participante, la necesidad de cuidado interpretada por el profesional, que surge de los memos realizados, y la respuesta del profesional ante cada situación de cuidado.

Cuadro 2. Elementos de la comunicación en el cuidado de la sexualidad: códigos, problemas, necesidades de cuidado y respuesta del profesional

Expresión de necesidades	Necesidad de cuidado	Respuesta
<p>“A él le preocupa que ya está teniendo dificultades con sus erecciones” (Estefanía).</p> <p>“Me dijo: venga que yo tengo una duda. Yo necesito saber si yo sí puedo continuar mi vida sexual porque si no, yo no me voy a hacer quimioterapia” (Mariposa).</p>	<p>Comprender el efecto de los tratamientos en la respuesta sexual humana y las consecuencias de renunciar a ellos.</p>	<p>Educación individual y grupal acerca de otras formas de disfrutar los encuentros íntimos (Mariposa).</p> <p>Remisión al médico (Mariposa).</p> <p>Fomenta el diálogo con la pareja (Mariposa, Isabel).</p> <p>Asesora a la pareja (Isabel).</p>

Expresión de necesidades	Necesidad de cuidado	Respuesta
<p>“Una puerta cerrada” (Rodrigo).</p> <p>“El amor que fluye en el ambiente” (Rodrigo).</p> <p>“Un indígena con su esposa haciendo el amor en el baño” (Mariposa).</p> <p>“Los pacientes, para tener un poquito de intimidad, buscaban detrás de las columnas del patio, el baño o buscaban cualquier sitio” (Maya).</p> <p>“Estaban próximos como a un aniversario, y él decía: ¿cómo me voy a quedar sin aniversario si yo he sido muy detallista?” (Mariposa).</p>	<p>Espacio para tener intimidad con la pareja.</p> <p>Protección cuando el deseo es a causa de un trastorno mental y no está en capacidad de valorar las consecuencias del encuentro íntimo con otra persona.</p>	<p>Disponer de un espacio para intimar con la pareja, hacer de “celestina” (Maya, Layube, Rodrigo, Mariposa).</p> <p>Remisión y administración de tratamiento en caso de paciente psiquiátrico (Maya, Layube, Rodrigo).</p> <p>Protección de infecciones y embarazo en caso de contacto sexual sin preservativo (Rodrigo, Maya).</p> <p>Aclarar normas mediante el diálogo (Maya, Layube, Rodrigo, Mariposa).</p> <p>Dejar la puerta abierta y estar atenta/o a las cámaras (Rodrigo).</p> <p>Educar a la familia en caso de paciente psiquiátrico en su fase de manía (Rodrigo).</p>
<p>“A las mujeres adultas mayores les daba mucha más pena que les viera el cuerpo” (Piña).</p> <p>“El hombre en ese momento no ser capaz de orinar, es frustrante, es casi como si no pudiera eyacular” (Piña).</p>	<p>Proteger la intimidad.</p> <p>Comprender el procedimiento.</p>	<p>Descubrir el cuerpo lo mínimo posible, cerrar puertas durante los procedimientos que exigen exposición del cuerpo, en especial de los genitales (Piña, Layube, Claudia).</p> <p>Sacar acompañantes cuando realiza procedimientos que implican genitales (Piña).</p> <p>En consultorios colocar la camilla retirada de la puerta (Claudia).</p> <p>Presentarse con sus nombres y cargo y explicar el procedimiento (Piña).</p>
<p>“Aquellas pacientes que uno ve que van, por ejemplo, con la camiseta de la cocina, que uno las ve que no se peinaron, las uñas sucias. O sea, uno ve que es descuido de la paciente, o sea es la autoestima, la autopercepción como de ellas” (Isabel).</p>	<p>Fortalecimiento de la autoestima.</p>	<p>Consejería resaltando el valor como ser humano y la importancia de la presentación personal pulcra, remite a psicología (Isabel, Negrita).</p>
<p>“Indecisa, ansiosa, depresiva, con miedos porque tiene que darle gusto al esposo” (Isabel).</p>	<p>Empoderamiento como sujeto de derechos.</p> <p>Diálogo de pareja.</p>	<p>Escucha, consejería, fomenta el diálogo con la pareja, educación, remisión a otros profesionales como trabajo social y psicología (Isabel, Mariposa).</p>

Fuente: elaboración propia a partir de la voz de los participantes y los memos realizados.

Discusión

Los resultados de este estudio develan el proceso comunicativo que media en la relación terapéutica del cuidado de la sexualidad del sujeto sano o enfermo. En este proceso se identificaron las formas de comunicación utilizadas y las barreras que afectaron el cuidado de este componente humano.

Los participantes, además, comentaron sobre diversas estrategias que implementan para superar las barreras comunicativas, así como las necesidades que identifican a partir de los mensajes que emiten los sujetos y las actividades que derivan para suplir las necesidades desde su rol profesional.

Los profesionales con experiencia en el cuidado comunitario, programas de consulta externa y también aquellos que se desempeñan en la docencia, expresaron comodidad y apertura para conversar con los sujetos sobre cualquier tema relacionado con la sexualidad. Estos hallazgos concuerdan con los de Julien *et al.* (15), quienes afirman que en los servicios de consulta externa los profesionales disponen de mayor tiempo para la atención de los pacientes que en los de hospitalización, por ello la conexión que se requiere para conversar con el sujeto sobre sexualidad. En contraste, Leyva *et al.* (14), en su estudio con médicos y enfermeras que se desempeñan en servicios de atención primaria, expresaron que con frecuencia estos profesionales no se sienten cómodos al hablar de temas relacionados con la salud sexual y no valoran este componente de la salud humana, como también sugieren otros autores (27).

En el contexto de esta investigación, la representación social de la sexualidad está en estrecha relación con la genitalidad (28). La genitalización de la sexualidad afecta la comunicación terapéutica debido al tabú y al pudor que los actores de cuidado han construido en este componente humano. Rodríguez (10) afirma que el pudor es una señal de alarma ante la incomodidad y la angustia que el individuo siente al exponer su cuerpo. Por otra parte, el tabú que la cultura ha construido en relación con la sexualidad, la ubica en el plano de lo íntimo, lo privado, lo secreto, de lo que solamente se dialoga con personas con las cuales se tiene un vínculo erótico, romántico o amistoso. En contraposición, se encuentra que el escenario de cuidado es público y el profesional no tiene ninguno de estos vínculos con el sujeto, lo que puede explicar expresiones de incomodidad y malicia identificadas por los profesionales (29, 30).

Borgeaud-Garciandia e Hirata (31) afirman que cuando no es posible hablar ni reírse de algo que socialmente es prohibido, surge cierta emoción contenida que se expresa mediante risas. En este estudio, también se identificó dicha reacción, que los participantes afirman como “el temor disfrazado en risa”.

Superando las barreras comunicativas

Esta investigación señala que ante las barreras comunicativas que afectan el cuidado de la salud sexual puede ocurrir que tanto sujeto como profesional opten por silenciar la sexualidad, o que se dé respuesta con un discurso centrado en el componente de la vinculación afectiva, a lo que Rubio (32) define como la forma de expresar amor, evitando así conversar sobre erotismo y prácticas sexuales que tanto le interesan al sujeto para disfrutar su vida sexual a partir de su nuevo estado de salud.

El silencio de la sexualidad no siempre es una opción. En este trabajo se encontraron diversas estrategias que los participantes utilizan para vencer las barreras comunicativas que interfieren en el cuidado de la sexualidad, entre ellas se destacan la empatía profesional, el trabajo interdisciplinario y la experiencia profesional. Algunos autores (33, 34) afirman que las actitudes empáticas del profesional proporcionan mayor comodidad al sujeto y compromiso en su participación en el contrato terapéutico.

En relación con el trabajo en equipo en el contexto de la salud, Rando (35) y Alvarado (36) afirman que este favorece la práctica profesional, ya que la interacción entre compañeros aumenta la confianza para afrontar problemas o situaciones que revisten cierto grado de dificultad.

La experiencia profesional, por su parte, favorece el cuidado de la sexualidad, porque a partir de la práctica el profesional desarrolla conocimientos, confía más en la intuición, es más acertado en la selección de los datos y se involucra en las situaciones de cuidado (20). Sobre este aspecto, Julien *et al.* (15) encontraron que las enfermeras con mayor experiencia laboral, las que tenían postgrado y las que laboran en servicios ambulatorios tenían menos barreras actitudinales para discutir temas de salud sexual con los pacientes que aquellas que se desempeñan en los servicios de internación.

Interpretando y derivando acciones de cuidado

En este estudio se encontró que en servicios de internación se cuida la sexualidad mediante la comunicación. El profesional, mediante el diálogo, educa a la pareja sobre la forma de tener actividad sexual luego de un evento coronario, por ejemplo; resultado que difiere de lo reportado por Niño y Ballesteros (13), quienes encontraron que los pacientes tienen varios interrogantes relacionados con el impacto de la enfermedad y el tratamiento en la respuesta sexual humana que no siempre son resueltos por el personal de salud. Por su parte, Murphy *et al.* (37), en la implementación de un programa de asesoramiento sexual para pacientes con eventos coronarios, encontraron que la formación de los profesionales en sexualidad facilitó el abordaje de estos temas con los pacientes.

Al igual que en el presente estudio, se ha encontrado que los sujetos con enfermedad mental presentan cierto grado de vulnerabilidad en su salud sexual y reproductiva debido a alteraciones cognitivas y conductuales que pueden llevar a estados de hipersexualidad (38). En consideración a esta vulnerabilidad, el profesional intensifica la vigilancia e interviene las conductas sexuales que no contribuyen a la salud integral del sujeto (31, 39-40).

De otro lado, la principal limitación de este estudio fue la escasa participación de profesionales de género masculino, derivado del desinterés en el tema abordado por parte de estos.

Conclusiones

Las formas de comunicación entre los actores de cuidado en temas relacionados con la sexualidad incluyen la verbal y la no verbal, las cuales son condicionadas (especialmente la no verbal) por la genitalización, el pudor y el tabú. Al respecto, las barreras comunicativas impuestas por estos tres elementos pueden ser superadas mediante la actitud empática, el trabajo en equipo y la experiencia profesional.

Una vez superadas las barreras comunicativas, los profesionales son capaces de escuchar a los sujetos en sus necesidades y en sus límites, generando un diálogo encaminado a brindar soluciones a los principales problemas que experimentan a través de estrategias educativas centradas en lo comunicacional.

Finalmente, este estudio reviste importancia para los profesionales de enfermería debido a que evidencia la necesidad de potencializar las competencias en los procesos de formación de pregrado y posgrado, de tal forma que estos tengan la capacidad de abordar la sexualidad como un componente más de la valoración e intervención de las necesidades de cuidado.

Apoyo financiero

Esta investigación fue aprobada y financiada por el Comité para el Desarrollo de la Investigación (CODI) de la Universidad de Antioquia, Colombia, y por la Red de Investigadores de BioScience, de Temple University, Pensilvania, Estados Unidos de América.

Agradecimientos

La autora agradece a los profesionales participantes en el estudio; al equipo investigador, compuesto por Rosa Amelia Estrada Acuña, Olga Patricia Chica Álvarez, Diana Milena Cano Arango y Stevens Taborda Martínez, quienes aportaron con sus conocimientos y experiencia en cada fase del proyecto. También agradece a la joven investigadora Melissa Palacio Restrepo, por sus contribuciones en el desarrollo de este trabajo.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses.

Referencias

- (1) Amezcua M. ¿Por qué afirmamos que la Enfermería es una disciplina consolidada? *Index Enferm.* 2018;27(4):188-190. <https://bit.ly/3qjK3dV>
- (2) Díaz Rodríguez M; Alcántara Rubio L; Aguilar García D; Puertas Cristobal E; Cano Valero M. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enferm. glob.* 2020;19(2):640-672. <https://doi.org/10.6018/eglobal.392321>
- (3) Espinosa Aranzales A; Enríquez Guerrero C; Leiva Aranzalez F; López Arévalo M; Castañeda Rodríguez L. Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en enfermería. *Cienc. enferm.* 2015; xx(2):39-49. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370442674005>
- (4) Cruz Riveros C. La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería (Montev.)*. 2020;9(1):21-32. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2146>
- (5) Allamde Cusso R; Macías Seda J; Porcel Gálvez AM. La relación enfermera-paciente: identidad histórica, metodológica y terapéutica en los cuidados de enfermería. *Cul. Cuid.* 2019;23(55):78-84. <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.55.08>
- (6) Vidal Blan R; Adamuz Tomás J; Feliu Baute P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enferm. glob.* 2009;17. <https://bit.ly/3C3BkPO>
- (7) Maniogo M. Educación y hetero-cis-normatividad: la producción discursiva de la sexualidad humana. *Actas periodis. comun.* 2021;7(1):1-8. <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/actas/article/view/7065>
- (8) Lorenzo D. La espiritualidad en la humanización de la asistencia sanitaria. *Rev. iberoam. bioét.* 2018;(8):1-11. <https://doi.org/10.14422/rib.i08.y2018.007>
- (9) Uribe-Escalante MT. Dimensión espiritual en el ser humano. *Revista Universidad Católica de Oriente.* 2021;32(47):110-133. <https://doi.org/10.47286/01211463.340>
- (10) Rodríguez PU. El concepto de pudor en Kierkegaard: análisis de la determinación sexual en el concepto de angustia. *Univ. philos.* 2019; 36(72):251-277. <https://doi.org/10.11144/javeriana.uph36-72.cpk>
- (11) Meza Rueda JL; Reyes Fonseca J. Pensar el objeto de estudio de la educación religiosa escolar. *REER.* 2018;8(2):1-24. <http://reer.cl/index.php/reer/article/view/82>
- (12) Souza Júnior EV; Cruz DP; Silva Filho BF; Infante LDB; Rosa RS; Silva CS et al. Efeitos das vivências em sexualidade na autoestima e na qualidade de vida de pessoas idosas. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2022;26:1-8. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0469PT>
- (13) Niño Peñaranda CJ; Ballesteros Pinzón GA. Relación entre sexualidad e infarto agudo de miocardio desde una perspectiva fenomenológica. *Enferm. glob.* 2022;21(2):109-138. <https://doi.org/10.6018/eglobal.490281>
- (14) Leyva-Moral JM; Aguayo-González M; Palmieri PA; Guevara-Vásquez G; Granel-Grimenez N; Dalfó-Pibernat A. Attitudes and beliefs of nurses and physicians about managing sexual health in primary care: A multi-site cross-sectional comparative study. *Nurs Open.* 2020;8(1):404-414. <https://doi.org/10.1002/nop.2.641>
- (15) Julien JO; Thom B; Kline NE. Identification of barriers to sexual health assessment in Oncology Nursing Practice. *Oncol Nurs Forum.* 2010;37(3):E186-190. <https://doi.org/10.1188/10.ONF.E186-E190>
- (16) World Association for Sexual Health. Salud sexual para el milenio: Declaración y documento técnico. Minneapolis: World Association for Sexual Health; 2008. <https://bit.ly/48vXl7t>
- (17) Louro GL. Currículo, género y sexualidad. Lo "normal", lo "diferente" y lo "excéntrico". *Descentrada.* 2019;3(1):e065. <https://doi.org/10.24215/25457284e065>

- (18) Baides Noriega R. Violencia de género: papel de enfermería en la prevención secundaria desde atención primaria. *Enferm Glob.* 2018;17(3):484-508. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.3.307241>
- (19) Tiusaba Rivas A. Prevenir y educar: sobre la historia de la educación sexual en Colombia. *Prax Saber.* 2017;8(17):85-101. <https://doi.org/10.19053/22160159.v8.n17.2018.7202>
- (20) Raile AM; Marriner TA. *Modelos y teorías en enfermería.* 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
- (21) Salazar Maya AM; Martínez de Acosta C. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *Av. enferm* 2008;26(2):107-115. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12945>
- (22) Pereira BC; Freitas LA; Gonçalves AM; Santos RP; Vilela SC. Comunicación interpersonal y su implicación en la enfermería. *Cul Cuid.* 2019;23(53):230-238. <http://doi.org/10.14198/cuid.2019.53.22>
- (23) Habermas J. *Teoría de la acción comunicativa. Tomo I: Racionalidad de la acción y racionalización social.* Madrid: Taurus; 1987.
- (24) Charmaz K. *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis.* London: SAGE Publications; 2006.
- (25) Hernández-Pérez R; Hernández-Núñez A; Molina-Borges M; Hernández-Sánchez Y; Seán-Hernández N. Evaluación del desempeño profesional de enfermeros asistenciales bajo la teoría de Patricia Benner. *Rev Cubana Enferm.* 2020;36(4):e3524. <https://bit.ly/3MYXA3n>
- (26) Charmaz K. *Constructing grounded theory.* 2nd ed. London: SAGE Publications; 2014.
- (27) Sánchez-Sánchez F; González-Correales R; Jurado-López AR; San Martín-Blanco C; Montaña-Hernández RM; Tijeras-Úbeda MJ *et al.* La anamnesis en la historia clínica en salud sexual: habilidades y actitudes. *Semergen.* 2013;39(8):433-439. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2013.06.006>
- (28) Maya Restrepo BE. La genitalidad en la adolescencia. *Affectio Societatis.* 2015;12(22):47-58. <https://doi.org/10.17533/udea.affs.21379>
- (29) Calvo Shadid A. Sobre el tabú, el tabú lingüístico y su estado de la cuestión. *Revista Káñina.* 2011;xxv(2):121-145. <https://www.redalyc.org/pdf/442/44248790011.pdf>
- (30) Colombo A. Michel Foucault y el hombre de deseo: 'Las Confesiones de la carne' y los límites de la 'Historia de la sexualidad'. *An Semin Hist Filos.* 2020;37(1):123-135. <https://doi.org/10.5209/ashf.66164>
- (31) Borgeaud-Garciandia N; Hirata H. Tacto y tabú: la sexualidad en el trabajo de cuidado. *Sociol. Trab.* 2017;(90):47-61. <https://revistas.ucm.es/index.php/STRA/article/view/59629/4564456546819>
- (32) Rubio Aurióles E. Sobre la sexualidad humana: los cuatro holones sexuales. 2020. <https://bit.ly/3OI9QXP>
- (33) Kunyk D; Olson JK. Clarification of conceptualizations of empathy. *J. Adv. Nurs.* 2001;35(3):317-325. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01848.x>
- (34) Friestino JKO; Luchini-Junior D; Biesek LL; Marcon G; Fonseca GS. Comunicación y salud mental: características relacionadas con la empatía en médicas y médicos del primer nivel de atención en Chapecó, Santa Catarina, Brasil. *Salud colect.* 2020;16:e3034. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.3034>
- (35) Rando Huluk AEK. Trabajo en equipo: ¿Es posible formar equipos médicos expertos a partir de profesionales expertos? *Rev Méd Urug.* 2016;32(1):59-67. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v32n1/v32n1a08.pdf>
- (36) Alvarado Meliton D. Beneficios del trabajo en equipo durante la formación académica entre áreas de la salud. *Revista Científic.* 2021;6(20):311-326. <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2021.6.20.17.311-326>
- (37) Murphy PJ; Noone C; D'Eath M; Casey D; Doherty S; Jaarsma T *et al.* The CHARMS pilot study: A multi-method assessment of the feasibility of a sexual counselling implementation intervention in cardiac rehabilitation in Ireland. *Pilot Feasibility Stud.* 2018;4:88. <https://doi.org/10.1186/s40814-018-0278-4>
- (38) Posada Correa AM; Andrade Carrillo RA; Suárez Vega DC; Gómez Cano S; Agudelo Arango LG; Tabares Builes LF *et al.* Salud sexual y reproductiva de los pacientes con esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2020;49(1):15-22. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.04.007>
- (39) Maylea C. The capacity to consent to sex in mental health inpatient units. *Aust N Z J Psychiatry.* 2019;53(11):1070-1079. <https://doi.org/10.1177/0004867419850320>
- (40) Welch SJ; Clements GW. Development of a policy on sexuality for hospitalized chronic psychiatric patients. *Ca J Psychiatry.* 1996;41(5):273-279. <https://doi.org/10.1177/070674379604100503>