

# Avances en la exploración clínica de la sexualidad femenina

Mario Souza y Machorro, Facultad de Medicina, UNAM

Las ciencias clínicas modernas cuentan ahora con diferentes procedimientos computarizados e instrumentos codificados. La psiquiatría, por ejemplo, dispone actualmente de instrumentos que sistematizan la información preestructurada proveniente de diferentes fuentes clínicas con fines de diagnóstico como las de Beck, Hamilton y Zung; los destinados a la enseñanza médica con diferentes formatos; los destinados a la detección oportuna de casos, como el Cuestionario General de Salud de Goldberg, o bien a la semiología y propedéutica del alcoholismo como la Historia Clínica Psiquiátrica Codificada para el Alcoholismo. Por razón natural de la evolución de estas ciencias, la especialización se ha dado en un marco de desarrollo que parte de la historia clínica general, cuyas modificaciones actuales se han hecho pertinentes en los diferentes campos según su aplicación, como en pediatría, ginecobstetricia, medicina crítica, urología y otras, dadas las especiales condiciones que exigen sus ámbitos de trabajo. Desde el punto de vista estrictamente del trabajo clínico, la exploración de la sexualidad no tiene en principio por qué ser diferente de otra actividad médica que se realice con fines de investigación, base del proceso de anamnesis que rige nuestra práctica. Para detectar los diversos problemas de los que suelen ser portadores los pacientes, independientemente de que algunos no los consideren motivo de asistir a consulta, se ha hecho necesario el diseño de un instrumento semioló-

gico completo cuya estructura computarizada permita una propedéutica que simplifique y elimine, hasta donde sea posible, las dificultades inherentes al proceso de búsqueda de datos clínicos, como son la falta de interés en la materia sexual, que hace omitir preguntas del interrogatorio, la distorsión involuntaria de los objetivos profesionales debido a causas inconscientes, que nos indican procesos transferenciales en el paciente y/o en el médico, o, lo que es más frecuente aún, la poca cantidad de tiempo disponible en la mayor parte de los consultorios institucionales para la realización de historias clínicas completas, dirigidas a conocer la condición real de la sexualidad. En estas condiciones, muchas veces quedan inexplorados los síntomas importantes que involucran de manera determinante la conducta y la vida de los enfermos. Por otro lado, es importante mencionar que nos encontramos frente a un viejo problema médico, pues las variantes clínicas del área sexual, tanto las referentes al interrogatorio como aquéllas destinadas a la exploración, no siempre es posible realizarlas en todos los pacientes de igual manera, incluso por un mismo médico, ya que las diferentes condiciones, a las que nos referiremos más adelante con detalle, son cambiantes de paciente a paciente y de momento a momento.

A continuación se señalan algunas de las dificultades cotidianas que obstaculizan con más frecuencia la obtención de información sexual, las que son referentes al

clínico, al paciente y a la siempre imprescindible relación estrecha entre ambos. Por lo que toca a los primeros, los profesionales, la información técnica suele ser recogida con algún lujo de "fría" habilidad, pero de manera incompleta e inclusive muchas veces se trastoca inintencionalmente debido a diferentes elementos a saber, como son el sexo de quien toma la historia, su edad, estado civil, experiencia clínica y vivencias personales en esta materia, que incluyen además los múltiples prejuicios que conlleva su educación. Dentro de lo relativo a la profesión, conviene considerar el grado académico o categoría alcanzada, el objetivo y circunstancias de trabajar para un servicio determinado bajo políticas y filosofías específicas diferentes como cirugía, urología, medicina interna, ginecología u otros. Otras dificultades en relación al proceso anamnésico parten de la razón de su aplicación, ya que la historia puede dirigirse simultáneamente a fines clínicos, de investigación, docencia u otros, lo que puede hacer diferir su contenido. Parten también del lugar donde se aplica la historia, ya que pueden no perseguirse iguales objetivos específicos cuando ésta se realiza en un área de consulta externa, que cuando se hace en un área de hospitalización o de urgencias. Otras circunstancias que también influyen determinadamente en la propedéutica sexual, se refieren a la forma de aplicar la historia (directa o indirecta) y la ocasión de ello (primer contacto o subsecuente), sólo para señalar de entre las más conocidas las que son habitualmente más subestimadas por los profesionales.

Por lo que toca al entrevistado, los datos obtenidos variarán en función de diferentes factores como son: su sexo (en caso de no ser la paciente la entrevistada, es decir, cuando la entrevista sea indirecta), su edad, sus antecedentes y experiencias clínicas, su estado civil actual y las uniones conyugales previas, si las hay, que nos hablan tanto de experiencia sexual como de contacto con la medicina en el área de la sexualidad. Estos mismos factores son aplicables a la paciente cuando la entrevista sea directa y otros más no referidos de momento. El lugar de origen es factor que influye también en la anamnesis sexual, ya que en las diferentes regiones del país como en otros países no suele entenderse lo mismo ante una pregunta determinada, aunque sea directa. Por su parte, la escolaridad no es sólo factor definitivo para la comprensión de las preguntas que se le dirigen a la paciente, sino para otorgar una respuesta verídica y adecuada. Desde luego, la religión y la ocupación matizarán cada una en diferente grado, la actitud y la responsividad del entrevistado tanto como las del clínico. Otros factores más que

pueden influir en la semiología de los problemas sexuales son los relativos a prejuicios que tenga el paciente frente al (a) médico (a), y lo que representa para ella por ejemplo cuando comunica que vive sola, con su cónyuge e hijos o en condición particular de viudez o de madre soltera. Variarán también los datos a obtener por la causa de la consulta, ya que en general diferentes motivos producen diferentes respuestas, las que variarán además si la paciente ha entendido claramente o no el porqué se le envía a tomar una historia clínica de la sexualidad cuando es referida de una unidad médica. Y esto independientemente de que la versión de la paciente pueda afectarse además en función de otros antecedentes, como lo son los de carácter familiar patológico que no quiera confesar, para los cuales sus propias fantasías y la información que tenga al respecto, no siendo correcta, puedan afectar la comunicación explícita de algunos de sus síntomas, o bien alterar conceptualmente las ideas que tiene sobre su padecimiento, diagnóstico y pronóstico. Otro tipo de antecedentes importantes que pueden distorsionar negativamente la información son los personales patológicos, como los venéreos o los tratamientos médicos de otra naturaleza, los cuales definitivamente suelen alcanzar a alterar la responsividad de los pacientes, aun en tiempo distintos. La presencia de alcoholismo, farmacodependencia u otros problemas psicosociales, las alteraciones psiquiátricas particulares o bien de otros aparatos o sistemas de la economía, pueden también repercutir en la obtención e interpretación de los datos de la sexualidad, afectando así la nosología correspondiente.

Elementos extras importantes de señalar, que obstaculizan la consecución formal de la respuesta adecuada al interrogatorio del clínico que investiga la sexualidad femenina, son los antecedentes personales no patológicos, ya que debido al tipo de higiene personal o habitacional y los hábitos alimenticios del paciente se pueden dar respuestas cohibidas o dirigidas a responder otras preguntas no formuladas de momento. Así también la existencia de hijos en el matrimonio actual; del matrimonio anterior, si es que existen, o la presencia de hijos concebidos extramatrimonialmente, hacen que el clima del interrogatorio sea tan tenso e inadecuado que afecte, pero no propositivamente, la riqueza de los datos aportados. Un asunto relevante es que cuando la paciente al momento del interrogatorio se encuentra en gestación, no siempre se hace constar en el expediente los datos de su sexualidad y sus variantes, lo que representa una omisión importante, digna de interpretarse más a fondo en su contexto psicodinámico.

Son datos trascendentales que se deben recoger invariablemente en cualquier historia clínica de este tipo los referentes a la biopsicosocialidad de la sexualidad, es decir, todas aquellas informaciones que la paciente haya recibido en relación con la menstruación, sobre todo si provinieron de familiares o amigos e inclusive maestros, pues pudieron haber sido proporcionados eficazmente pero con un contenido equivocado. Si la paciente ha recibido apropiadamente antes de la pubertad educación sobre las relaciones sexuales normales y las variantes patológicas de la sexualidad (consideradas éstas desde el punto de vista científico y no moral), ello influirá positivamente en el impacto emocional de la sujeta, quien responderá más convenientemente a las preguntas que se le dirijan. Podría afectar negativamente la respuesta al clínico la concepción psicológica enfermiza que la paciente tenga de sí misma, debido a la distorsión que haga de la aparición de sus caracteres sexuales secundarios, el tipo y ritmo de su menstruación, cuando ésta se asuma como molesta, o la diversidad de síntomas acompañantes y si practicó con sentimiento de culpa la masturbación (orgásmica o no) durante la adolescencia y hasta el momento actual. De ser así, conviene señalar la frecuencia de su práctica y esclarecer los motivos para realizar sus relaciones sexuales, además de indicar los temores y riesgos que representa el coito para la paciente (que frecuentemente existen) amén de otras experiencias sexuales que haya tenido anteriormente, como la primera experiencia sexual que pudo ser o no voluntaria y orgásmica. Afectarán también las respuestas del interrogatorio, el sexo de la pareja de su primera experiencia coital, las consecuencias emocionales a que dio lugar la calidad orgásmica de su relación. Si la desfloración ocurrió inadecuadamente frustrando expectativas románticas, tal impacto puede hacer que la paciente acepte o rechace la actividad coital durante la menstruación o le provoque episodios dolorosos durante el coito. Las respuestas tenderán a variar dependiendo del número de compañeros sexuales alcanzado y el sexo de éstos; de si usa o no métodos anticonceptivos y del tiempo transcurrido entre el inicio de la vida sexual activa y los embarazos, cuando existen. Otros factores a tomar en cuenta son la presencia de productos con defecto al nacimiento y la repercusión sexual que pudieran haber producido, como los embarazos, las episiotomías y, en particular, la menopausia en el caso de las pacientes mayores de 45 años.

Son elementos importantes que pueden afectar la información que se propone alcanzar la relación entre el profesional y su paciente, la disposición anímica actual hacia la

sexualidad (no sólo al coito), y la actitud que se evidenciará en una preparación higiénica adecuada y en la tendencia a eliminar tanto los problemas de ubicación para la realización de las relaciones, como los derivados de las posiciones usadas con la pareja y las inconveniencias de los horarios. Una relación afectiva sana y funcional de intereses afines se hace patente en el tipo de propuesta sexual que asegura la calidad de las relaciones cuando éstas se verbalizan adecuadamente, y cuando se pueden tocar con apertura y sin crítica los temas sexuales.

Es lógico suponer que de existir un diagnóstico claro de trastorno, por ejemplo de la identidad de género, de parafilia, de disfunción psicosexual o de homosexualidad egodistónica (las cuatro formas del enfermar sexual humano) las respuestas podrán variar. Igualmente sucede cuando existen variantes sexuales consideradas no patológicas desde el punto de vista nosológico que realiza la paciente como fellatio, cunnilingus, coito anal, sexo en grupo, uso de parafernalia sexual, consumo de alcohol y/o drogas como preámbulo, durante o posterior a la relación sexual. En esta área destacan la bisexualidad, la homosexualidad egosintónica o sana (que no afecta al sujeto ni requiere tratamiento) y el consumo de pornografía como "meras" formas de actividad sexual aún no aprobadas socialmente en nuestro medio.

Agregado a lo anterior, otras situaciones que frustran la entrevista y la relación profesional son los antecedentes terapéuticos de problemas atendidos en su carácter psicológico, farmacológico o quirúrgico. Asimismo, las consecuencias de tratamientos recibidos, su duración, costo y resultados específicos, ya que cuando los diagnósticos son correctos y bien manejados dejan a la paciente la sensación de ser entendida y apoyada, pero cuando esto no ocurre, ella acude desesperanzada de médico en médico, sufriendo innecesariamente y empeorando, por la desconfianza, su condición, misma que genera las resistencias que malogran cualquier entrevista clínica. Esto se agudizará más en la medida en que el profesional no explique en términos corrientes, simple y llanamente el diagnóstico, el tratamiento y pronóstico del caso.

Por lo que toca a la relación dinámica y personalizada entre el médico y su paciente, todos los elementos mencionados participarán activamente, y ya que los tengamos en mente o no, son determinantes facilitadores o inhibidores de la buena marcha de la actividad profesional que por supuesto estará dirigida en primer lugar a lograr beneficios para la paciente. Cuando se logra establecer una relación empática y adecuada no habrá problemas para la consulta y el curso clínico será favorable;

sin embargo, cuando el médico y/o la paciente no se encuentran cómodos en el manejo de este tipo de problemática, por las razones que se quiera, la canalización a un especialista estará indicada, pues este tipo de terapia requiere, por sus características *sui generis*, de un ámbito particular que facilite el abordaje, curso y la resolución de los conflictos planteados en primer término y de los subyacentes en segundo.

La experiencia de la que hoy dispone el conocimiento científico internacional sobre los instrumentos para detectar problemas sexuales de diferentes características es muy diversa. Los hay de tipo inventario de interacción sexual; las escalas de ajuste diádico de interacción marital; aquellos que determinan el grado de ajuste personal a la relación sexual; los que se dirigen a la determinación de síntomas neuróticos vs. síntomas llamados "normales"; los que evalúan el grado de riqueza obtenida a través de la educación sexual y otros que se dirigen a determinar el grado de psicopatología, actual o pasada, a través de diferentes escalas. Todos ellos permiten que la literatura médica tenga la posibilidad de comparar datos muy diversos, que son capaces hasta de llegar a determinar la asociación cognoscitiva entre sexualidad, amor y matrimonio. No obstante, a pesar de la enorme experiencia disponible en el campo, actualmente se perciben grandes barreras para la educación sexual aun entre los diferentes profesionales de la salud. Se señala simultáneamente en diferentes partes del mundo la necesidad de un entrenamiento profesional que se vincule a la sexualidad, es por ello que se realizan seminarios educativo-informativos dirigidos a estudiantes de medicina, ya con base en el uso de videocintas programadas, a efecto de desarrollar destrezas clínicas en la realización de historias sexuales o bien con supervisiones clínicas, con historias tipo simulador u otros.

Ya se ha confirmado suficientemente el hecho de que cuando se aplican historias sexuales rutinariamente, los problemas sexuales de la población se alcanzan a descubrir en las pacientes arriba de un 50% de las veces, en tanto que cuando no se realiza de rutina este procedimiento, escasamente se detecta una problemática mayor del 10%. Por otro lado, se han encontrado serias dificultades que obstaculizan la investigación bioestadística, al analizar la información obtenida por el personal de salud, debido fundamentalmente a que existen dificultades para evocar los datos, los que habitualmente resultan inintencionalmente falsos, o bien, distorsionados, dejando ver con ello dificultades y conflictos inconscientes respecto a la sexualidad y otros problemas vinculados

a la relación profesional. Las consideraciones éticas respecto al tratamiento de los problemas sexuales parten del hecho de la inexistencia de una distinción clara y real de la sexualidad sana y la patológica (aun entre el personal de salud) por no haber captado todavía los conceptos esenciales de una y otra, tanto como por haber involuado involuntariamente juicios de valor que deforman y restan objetividad a la relación médico-paciente. El sexo y la sexualidad del médico son indudablemente factores psicosociales determinantes que influyen e impiden, en no pocas ocasiones, el reconocimiento y manejo adecuado de la problemática de sus pacientes. Los diferentes problemas sexuales vienen cambiando conceptual y nominalmente en los últimos años, tanto en los manuales de diagnóstico como en el lenguaje popular, en forma tal que la Clasificación Internacional de Enfermedades y sus modificaciones recientes, así como la presencia de nuevas clasificaciones especializadas, no son conocidas aún, manejadas convenientemente ni tampoco aceptadas por aquellos que tienen que ver con el diagnóstico y tratamiento de tales problemas. Esto, aunado al desconocimiento y a otros factores, facilita la transmisión de una deficiente educación a la comunidad, lo que da por resultado que el personal no profesional tenga inadecuados conceptos sobre la sexualidad y consideren y asuman represivamente la masturbación, las variantes sexuales, el sentido del placer o la respuesta erótica normal, y en particular un profundo y especial repudio a reconocer la sexualidad infantil, conceptos que lamentablemente presentan también algunos profesionales posgraduados.

La educación sexual debe poder distinguirse claramente de la simple información temática, pues sólo así se permitirá el desarrollo de soluciones concretas a la problemática sexual de la sociedad. Existen algunos aspectos psicosociales de la sexualidad humana que causan, de manera indirecta, una discriminación negativa en la educación y el trabajo, y factiblemente podrán determinar un desorden psiquiátrico entre las profesionales mujeres, quienes por cierto tienen significativamente más problemas depresivos, que sus colegas varones. Ello parece estar vinculado al rol sociosexual que desempeñan, independientemente de los problemas psicosexuales que derivan de la ignorancia, como las disfunciones sexuales o de la distorsión conceptual, como las parafilias.

En México se utilizan cuestionarios que exploran la sexualidad y existen diversas modificaciones a la historia clínica general en las diferentes especialidades, pero todavía no se aplica institucionalmente una historia clínica específica para la sexualidad femenina. Los diferentes

impresos que se usan en las instituciones de salud, de un primer tipo se dirigen a la biología de la reproducción; son cuestionarios inespecíficos para obtener información no computarizable o son simples apéndices de historias clínicas dirigidas a la pareja estéril. Los del segundo tipo son realizados habitualmente por grupos profesionales privados para determinar actitudes con respecto a la sexualidad, por lo tanto, consideramos imprescindible contar regularmente con una historia clínica sexual para integrar sistemáticamente los datos referentes a la condición biospsicosocial del ente humano, así como su correlación con la patología concomitante o agregada. En principio debiera poderse alcanzar con facilidad la sistematización clínica en sus diferentes modalidades de abordaje y los cuestionamientos que se requieren hacer a la paciente a efecto de obtener la información veraz y completa sobre su condición sexual. Conviene pretender evitar todo fallo proveniente de la paciente, del médico o de la relación entre ambos, como ya fue señalado, que facilite la consecución de una investigación completa.

Durante el Curso de Actualización en Sexología para Profesores de Ginecología promovido por la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina, UNAM en 1986, se analizó la conveniencia de contar con un instrumento que representara ventajas clínicas prácticas y permitiera un modelo de abordaje y conducta que redujera la posibilidad de juicios de valor ante la necesidad clínica organizacional de trabajar con rapidez y completar una visión clara de los problemas sexuales, con un formato tal que mejorara la calidad de los servicios, vía racionalización de su uso, en un momento particular donde la crisis de costo-beneficio impele a la reorganización. El instrumento alcanzado, tras dos años de trabajo, se basa en un diseño que complementa, pero no suple, la actividad clínica y uniforma los criterios para la comparación bioestadística intra e interinstitucional. Su estructura consta de 15 capítulos con 187 reactivos y 240 posibilidades de respuesta, diseñadas

para ser resueltas con base en una novedosa codificación computarizada de 3 tarjetas de 80 posibilidades cada una. Su orden sistemático, concebido de lo general a lo particular, de lo sencillo a lo complicado y de lo sano a la patológico, alcanza la interpretación de la problemática a determinar sólo a través de la descripción clínica. Tal secuencia se encuentra basada en el modelo médico tradicional, y como no es un cuestionario de investigación requiere ser aplicado por personal previamente adiestrado, con base en un instructivo que define y explica conceptualmente los reactivos y la manera de hacer el interrogatorio, las respuestas admisibles, así como el procedimiento para señalarlas y su ubicación. Este documento no sólo detecta el diagnóstico clínico actual sino el pasado; sugiere una clasificación moderna y adecuada; propone medidas terapéuticas específicas y transmite, además, la sensación de profesionalismo y responsabilidad que se requiere en esta esfera, y, a su vez, educa tanto a quien lo aplica como a quien lo recibe, aspecto que no se toma en cuenta en otros instrumentos estandarizados dirigidos a la sexualidad. Por tanto, se considera que su aplicación aunque requiere de ciertos conocimientos previos respecto del diagnóstico y el manejo de esta problemática, puede aspirar a contender las dificultades tradicionales en este campo en la búsqueda de soluciones concretas. Se trata de una historia clínica, pionera en su campo, un instrumento práctico y conveniente para dar solución a los problemas de la sexualidad, que durante muchos años se han desdeñado o no se han podido enfrentar convenientemente pese al elevado grado de afectación que propician en las pacientes, su familia y a la sociedad entera.

Sólo la experiencia de su uso nos podrá decir qué tan útil resulta entre tanto, y con base en que toda actividad humana es perfectible, observaremos críticamente los resultados, los que nos estimularán para seguir cumpliendo con la obligación que voluntariamente hemos asumido para colaborar con la comunidad.