

Actitud del ginecólogo ante las disfunciones sexuales femeninas

Dr. Williams Sánchez R

Profesor Agregado, Facultad de Medicina UCV, Coordinador del Internado Rotatorio de Pregrado, Escuela de Medicina Luis Razetti, UCV. Secretario de la SOGV

Podemos definir la disfunción sexual como “el deterioro continuo de los patrones normales o usuales del interés y/o respuesta sexual de la pareja” otro concepto “es la dificultad durante cualquier etapa del acto sexual, bien sea durante el deseo, la excitación, el orgasmo y la resolución, que evita al individuo o pareja el disfrute de la actividad sexual” se puede presentar en cualquier etapa de la vida sexual (1,2).

Los cambios en el estilo de vida que tienen que ver con la dieta, el ejercicio, la relajación, dejar de fumar y controlar el alcohol, disminuir el exceso de trabajo y mejorar las relaciones interpersonales son herramientas básicas para el manejo de las disfunciones sexuales. De igual forma todo aquello que haga a una persona irritable, poco productiva, temerosa, ansiosa y que tenga una baja autoestima puede ser una consecuencia directa de la insatisfacción sexual.

Las disfunciones sexuales pueden ocasionar respuestas diferentes en la mujer como son: disminución de la satisfacción, disminución del deseo sexual, menor lubricación, disminución de la confianza y autoestima, menor porcentaje de orgasmos, excitación disminuida y dolor y una menor frecuencia en la actividad sexual.

Según la Federación Latino Americana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FLASSES) (3) las disfunciones sexuales las podemos clasificar en:

Trastornos del deseo como son: el deseo sexual hipo activo, el deseo inhibido, la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales y el síndrome de excitación persistente.

Disfunción orgásmica: la tipo I primaria, la tipo II y el orgasmo retardado.

Ausencia o exceso de lubricación.

Fijación de método.

Vaginismo y dispareunia (síndrome de dolor púbico miofacial).

Palacios, las resume en forma práctica de la siguiente manera: 1- alteraciones del deseo activo o “no tener ganas”; 2- alteraciones de la excitabilidad, “tener ganas pero no excitarse”; 3- Anorgasmia, “tener ganas y excitarse, pero no llegar al orgasmo” y 4- las relacionadas al dolor durante el coito (4).

Debido a todas estas alteraciones existen cuestionarios, que mediante una serie de preguntas sencillas permiten facilitar el diagnóstico de las fallas o disminución del deseo sexual y de esta forma ver si hay un problema sexual, es decir, si el sexo le apetece o no y en que grado y el saber que si tiene esas disfunción le preocupa, porque hay mujeres que no tienen relaciones sexuales y no sufren por ello. Uno de estos es el del “Índice de función sexual femenina (FSFI)” que se basa en la interpretación clínica del deseo, la excitación, la lubricación, el orgasmo, la satisfacción y el dolor (5).

La disfunción sexual es más frecuente en mujeres (43 %) que en los hombres (31 %), con el agravante de que el problema es mucho más complejo y multifactorial en la mujer (6,7).

Debido a esto nos preguntamos ¿qué pasa con la paciente cuando va al ginecólogo? Muchas de ellas encuentran difícil expresar sus problemas sexuales, creen que el ginecólogo no les prestará la suficiente atención, siendo esto lo contrario ya que él las puede orientar en su caso. Esperan que su médico sea capaz de ayudarlas con los problemas relacionados con la sexualidad, hay que tomar en cuenta que tratar lo relacionado a la esfera sexual, aparte de tener los conocimientos precisos hay que dedicar un mayor tiempo a la consulta de estas pacientes y hoy un determinado número de especialistas se han formado en el campo de la sexología. El ginecólogo debe

conocer los ciclos de la respuesta sexual y poder diagnosticar el tipo de disfunción que tiene la mujer, los problemas complicados requerirán de ser referidos al sexólogo y a un equipo multidisciplinario que pueda tratar el caso en forma íntegra.

Las disfunciones sexuales más frecuentes en la consulta son la falta de deseo sexual, los desórdenes de la excitación, la ausencia de orgasmo y la dispareunia. Es importante que el médico haga un interrogatorio adecuado ya que de esta forma obtenemos una información mayor cuando realizamos preguntas de una manera directa (16 %) que cuando la paciente lo hace en forma espontánea (3 %) (8).

Durante la consulta es importante tener en cuenta una serie de inconvenientes que se pueden presentar al tratar el tema de la sexualidad en la paciente, bien sea relacionadas con ella o con el médico.

En relación con la paciente, la vergüenza, es una emoción compleja desde el punto de vista individual y social, por lo que la mujer activa un mecanismo de defensa no reconociendo ni mostrando lo que tiene escondido y de alguna manera reprimido, piensa que sus problemas sexuales de alguna forma se vuelven visibles ante los ojos de los demás. La incomodidad de cómo poder hablar o expresarse de sus problemas sexuales, no se siente a gusto al hablar de sexo y muchas por ignorancia creen que no tienen solución ni tratamiento. Puede crear un estado de ansiedad ya que piensa en los juicios y perjuicios que pueda tener el médico, lo que de alguna manera perjudica y desestabiliza la relación médico paciente, y se plantea dudas si el médico es competente, tiene tiempo para oírlo o si de verdad esto es un problema médico. Puede tomar en cuenta ciertas características en relación al médico como la edad, el sexo y la especialidad, factores que de alguna manera pueden interferir en la buena relación (9).

En relación al médico este puede tener temor de acercarse demasiado a la paciente, pensando que la relación profesional pueda transformarse en una relación diferente más de amistad, lo que crearía dudas de que sea mal entendido y se plantea: ¿cómo preguntar y qué interpretará la paciente de mis preguntas?, en relación a su sexualidad. Tiene temor de perder su tiempo y pensar que los problemas sexuales son complicados y de no sentirse capaz ya que no posee una formación específica en medicina sexual.

Todo plantea una serie de estrategias típicas para evitar el tema bien sea por parte de la mujer o del médico como puede ser meramente técnica: la mujer simplemente dice "no siento nada" relacionado al orgasmo y el médico "vamos a hacerte un examen

ginecológico o exámenes para ver tus niveles hormonales" o, la mujer "tener relaciones sexuales con mi pareja es doloroso" y el médico "mejor hablemos primero de otras cosas más importantes", de esta forma evitarían entrar en el terreno de la sexualidad.

¿Cómo deberíamos abordar el tema? Lo primero sería hacer preguntas abiertas para determinar las verdaderas preocupaciones de la mujer, por ejemplo: "¿Cómo es la vida en su casa?", Respuesta: "¿Quiere decir con mi esposo?, o "¿con mis hijos?, esto suelen decirlo cuando la paciente no quiere hablar sobre su intimidad sexual, entonces sería bueno abordar otro tema. Podemos hacer preguntas indirectas, por ejemplo: ¿afectan los sofocos en forma negativa sus relaciones sexuales?, o ¿tiene alguna preocupación en cuanto a su vida sexual?, esto nos permitiría abrir el diálogo más fácilmente.

¿Qué no deberíamos hacer? Iniciar el interrogatorio con preguntas cerradas y fuera de contexto, como al momento de estar haciendo el examen ginecológico le preguntemos "¿usted tiene problemas sexuales? O con preguntas que puedan ser íntimas o delicadas como ¿se ha masturbado alguna vez?

¿Qué hacer? Debemos escuchar a la paciente, invitarla a que hable más, mostrar una actitud de atención e interés, demostrar que la estamos comprendiendo lo que la motivaría y disminuye su angustia. No debemos tomar el liderazgo con preguntas cerradas, hacer un interrogatorio rápido, no interrumpirla ni evadir el tema. Utilizar un lenguaje común, con los términos de la paciente y en caso de que sean tímidas o inhibidas introducir términos médicos como coito, estimulación, masturbación, penetración, etc. Hay preguntas que al realizarlas nos orientarían a un diagnóstico, como por ejemplo: ¿Ha notado cambios en su deseo hacia su pareja? (trastornos del deseo sexual), ¿Ha notado cambios en su lubricación? (trastorno de la excitación sexual), ¿Usted sabe lo que es un orgasmo? ¿Siente placer durante la relación sexual? (trastorno orgásmico) y ¿Tiene dolor al tener relaciones sexuales? (trastorno de dolor sexual), cualquiera de estas preguntas puede completarse preguntando ¿Está usted preocupada por eso? Hay preguntas cerradas y directas que pueden hacerse como por ejemplo: ¿Actualmente tiene relaciones sexuales? ¿Esta contenta y satisfecha con su vida sexual? ¿Tiene su pareja alguna dificultad sexual? ¿Le preocupa su nivel de deseo? ¿Siente algún dolor durante la actividad sexual? (9).

Es importante tener en cuenta todo lo planteado anteriormente al momento del interrogatorio para realizar una historia clínica que abarque aspectos

médicos, psicosocial y sexual, detallando el uso de medicamentos, enfermedades crónicas, factores psicológicos, relación con la pareja y datos sobre abuso físico, sexual e intimidación. Hacer el examen ginecológico y del periné, detallando de vulva, clítoris, vagina cuello uterino, útero y anexos, complementar con exámenes especializados como ecografía pélvica, TAC de pelvis y RM de pelvis cuando sean necesarios, evaluación endocrinológica y en algunos casos determinación de hormonas sexuales.

Podemos resumir mencionando que la disfunción sexual femenina es un problema frecuente y complejo, donde influyen diferentes factores tanto biológicos como psicosociales. La evaluación de la disfunción incluye una historia médica y psicosocial con una exploración física completa. La mujer con problemas de disfunción sexual tiene derecho a ser estudiada para detectar problemas físicos, psicológicos o que puedan estar relacionados con determinados tratamientos médicos, al igual que su pareja. El tratamiento debe ser multidisciplinario dependiendo de la etiología y puede incluir: educación, psicoterapia, terapia sexual y farmacoterapia.

Las investigaciones médico sexológicas conducirán a una mejor comprensión de la fisiología de la sexualidad femenina y a nuevos tratamientos para las disfunciones sexuales. Enseñar a las parejas con disfunción sexual a perder el temor a consultar a su ginecólogo, médico de atención primaria o especialistas en medicina sexual lo que mejoraría su autoestima.

El ginecólogo es el primer contacto donde la mujer plantea este tipo de problema y debe estar preparado para abordar el tema para que de la manera más

adecuada haga un diagnóstico y tratarlo en caso de que esté a su alcance, de lo contrario debe referirlo al especialista adecuado para su manejo en forma multidisciplinaria.

REFERENCIAS

1. Kaplan HS. (1979). Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy. New York, NY: Brunner/Mazel Publications.
2. Basson R, Berman J, Burnet A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and classifications. J Urol. 2000;163:888-893.
3. Federación Latino Americana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FLASSES)
4. Palacios S, Castaño R, López C. Guía sobre Disfunción Sexual Femenina. Guía Clínica de la AEEM. Edición diciembre 2006. Director del Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer. Presidente de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM). Presidente de la Fundación Europea Mujer y Salud
5. Rosen R, Braown C, Heiman J. Female Sexual Funtion Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J. Sex Marital Ther. 2000;26:191-208.
6. Sexual problems common among women and men. Women's Health Weekly; 1999;17:16-18.
7. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States. Prevalence and Predictors. JAMA. 1999;281:537-544.
8. Bachmann G, Leiblum SR, Grill J. Brief sexual inquiry in gynecologic practice. Obstet Gynecol. 1989;73:425-427.
9. Bitzer J. XXVI Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología – 2010. Caracas – Venezuela.