

“El Ginecólogo como Consejero Sexual”

CONFERENCIA DICTADA EN EL XVII CONGRESO
COLOMBIANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Pereira, diciembre 4 de 1987

Dr. Germán Uriza Gutiérrez*

La frase “detrás de todo hombre se encuentra una gran mujer”, no es sólo una frase de cajón, ni la palabra DETRAS quiere decir MENOS QUE, por el contrario significa el privilegio de ser el pilar sobre el cual se apoyaron, y el motor que impulsó a estos grandes hombres a obtener sus triunfos.

Mi admiración por la mujer y mi actitud feminista viene desde mi infancia, por lo que significaron para mí dos extraordinarias mujeres: en primer lugar mi madre, por su capacidad de dar amor sin esperar ninguna retribución, por su extraordinaria destreza para manejar una economía estrecha en el hogar logrando objetivos que envidiarían muchos Ministros de Hacienda y finanzas, y por su fortaleza espiritual que le permitió sobreponerse a un organismo físicamente débil, que la llevó a soportar múltiples enfermedades, la última especialmente cruel que la hizo desaparecer tempranamente a los 62 años. Sin embargo, yo la recuerdo siempre alegre, cantando en la casa, con el “chispazo” a flor de labios y con una risa contagiosa que la hacía la atracción de todas las reuniones sociales.

En segundo lugar mi tía por su extraordinaria inteligencia y su enorme ilustración que deja sin fundamento aquella frase del gran filósofo Alemán, de que “la mujer es un animal de cabellos largos e ideas cortas”, nacida de una mente machista, desde todo punto de vista censurable y reprochable.

La situación de desventaja de la mujer frente a los hombres, ha sido real, e históricamente demos-

trada en muchas sociedades y religiones. En Colombia por ejemplo, la mujer perdía todos sus derechos herenciales en favor del esposo, en el momento del matrimonio y sólo hasta 1929 con la ley Latorre ésto fue modificado. Su cédula de ciudadanía con el derecho a elegir y ser elegida por medio del voto popular sólo data de 1957. Hoy en nuestro país todavía se le considera mano de obra barata y su aporte a la sociedad conyugal como ama de casa, solamente es un proyecto de ley que se debate en el Congreso. El derecho a la anticoncepción está en muchos casos supeditada a la autorización del esposo, no siendo ésto un requisito cuando es el hombre el que solicita por ejemplo la esterilización masculina. Toda esta situación de desventaja, llevó a las mujeres a crear movimientos feministas con gran valor y honestidad, pero con procedimientos en algunos casos equivocados; ya que no se puede luchar contra el machismo igualándose a la grosería y velocidad de algunos hombres, ni con vestidos tipo masculino o prescindiendo de los perfumes y el maquillaje, se puede lograr mucho más manteniendo su sexualidad, siendo educada, femenina, sensual y atractiva al hombre, sin que por ello deje de ser inteligente, capaz y ejecutiva.

Estos conceptos personales sobre la mujer, posiblemente influyeron en mi decisión de especializarme en Ginecología y Obstetricia; pero para mi sorpresa, muchos de los llamados “médicos de la mujer” seguimos siendo machistas, cuando deberíamos ser feministas y tomar, no digo retomar, porque nunca lo hemos hecho, la obligación de ser consejeros sexuales de nuestras pacientes, porque si no lo hacemos nosotros alguien deberá hacerlo y precisamente en nuestro medio lo hacen los psiquiatras,

* Ginecólogo Obstetra
Profesor asociado Universidad Javeriana

los psicólogos, los enfermeros, las trabajadoras sociales, y hasta los periodistas; cuando encabezando esta lista debería estar el Ginecólogo.

Seamos sinceros, cuántos de nosotros en nuestra consulta privada exploramos la vida sexual de la mujer. Yo creo que muy pocos; unas veces por falta de tiempo y otras por desconocimiento de la sexualidad humana. Cuántas veces una mujer asiste al Ginecólogo por una disfunción sexual, pero cuando se le interroga el motivo de consulta responde "tengo flujo" o "me duelen los ovarios", sin atreverse a manifestar su verdadero motivo de consulta. Nosotros podríamos ayudar a la mujer con preguntas como: ¿Son sus relaciones sexuales satisfactorias? ¿Obtiene usted del sexo todo el placer que desea? ¿Ha tenido alguna vez problemas para alcanzar el orgasmo?

No podemos sin embargo, culpar a la mujer por no manifestar claramente sus problemas de orden sexual, ya que sólo se debe en gran parte a la educación que ha recibido en el hogar y la escuela. En la mayoría de los casos ha sido educada como un ser asexual, donde todo lo referente al sexo es sucio, donde se le inculcó el concepto de que el deseo sexual es sólo privilegio de los pervertidos hombres y que el sexo es la "cruz" del matrimonio, que toda mujer buena y honesta tiene que soportar como una obligación molesta y dolorosa. La mujer que desea el sexo y que goza de él libremente, es considerada por muchos en nuestro medio, como pervertida y anormal.

Es entonces responsabilidad de los padres, maestros, educadores y de nosotros los Ginecólogos, cambiar estos conceptos cavernarios y deformantes de la Sociedad Machista.

Recordemos las palabras de Helen Singer Kaplan "El núcleo del bienestar emocional de la mujer, es un funcionamiento sexual normal, los obstáculos a la progresión del deseo a la excitación y de la excitación al orgasmo, hieren el amor propio de la mujer y perjudican la armoniosa relación entre ambos cónyuges". La respuesta sexual humana masculina y femenina es diferente, y gracias a las investigaciones de William Masters y Virginia Johnson, las conocemos hoy en detalle. En la mujer encontraron tres tipos de respuesta sexual: La de tipo

A con una fase de excitación lenta, una meseta pre-orgásmica larga, un orgasmo intenso y una resolución lenta. La de tipo B con una fase de excitación lenta, con múltiples orgasmos y una resolución más lenta que en la primera. La de tipo C, con una fase de excitación lenta con altibajos, un orgasmo intenso y rápido y una resolución más rápida que en las dos primeras.

En el hombre encontraron sólo un tipo de respuesta, con una fase de excitación rápida, una meseta pre-orgásmica corta, una eyaculación u orgasmo rápido y una resolución rápida, con período refractario post-eyaculatorio, entendiéndose por período refractario, la incapacidad del hombre para responder sexualmente sin un período de latencia generalmente largo.

Las principales diferencias entre la respuesta sexual humana masculina y femenina son:

- 1o. Respuesta sexual rápida en el hombre y lenta en la mujer.
- 2o. Período refractario post-eyaculatorio en el hombre, sin período refractario en la mujer.
- 3o. Las vías de excitación del hombre son más por la vista y el olfato y en la mujer por el tacto y el oído.

Los sexólogos posteriores a Masters y Johnson, con ellos Helen Kaplan, describen cuatro fases en la respuesta sexual humana:

- 1o. Fase de deseo: Interés o disposición a participar en la actividad sexual.
- 2o. Fase de excitación: Garantizada en la mujer por la entumescencia genital y lubricación vaginal y en el hombre por la erección.

Durante este período en la mujer los pezones erectan, los senos aumentan su volumen, se retraen los labios mayores, la vagina se dilata y lubrica, erecta el clítoris y en la fase de meseta pre-orgásmica, aparece el rubor sexual, el clítoris se retrae, el

útero se eleva, la vagina se contrae (plataforma orgásmica) y la frecuencia cardíaca aumenta a 120 por minuto en esta fase de meseta.

En el hombre el pene erecta, se dilata el escroto, se elevan los testículos y durante la fase de meseta que es más corta en el hombre, aparece el rubor sexual y el corazón llega a una frecuencia de 120 por minuto.

3o. Fase de orgasmo: Contracción involuntaria de la musculatura estriada perineal aproximadamente cada 0.8 segundos, con contracciones vaginales. En el hombre casi siempre coincide con la eyaculación que lo lleva al período refractario y el glande y los testículos aumentan de tamaño. La frecuencia cardíaca es de 170 por minuto tanto en el hombre como en la mujer.

4o. Fase de resolución: Es el tiempo que se toma en regresar a la normalidad los cambios producidos en las tres fases anteriores. Sigue al orgasmo en la mujer y a la eyaculación en el hombre y toma más tiempo en la mujer que en el hombre.

Difieren de lo descrito por Masters y Johnson en que separan en el hombre el orgasmo de la eyaculación las cuales, casi siempre van unidas, pero que con entrenamiento y con la colaboración de la mujer, pueden separarse obteniendo el hombre micro-orgasmos sin eyacular y en esta forma prolongar el coito, adaptando la respuesta rápida masculina a la respuesta lenta femenina. Quiere ésto decir, que el coito dura, lo que el hombre demore en eyacular.

Del análisis de las dos respuestas sexuales masculina y femenina, se deduce que es más conveniente y recomendable que la mujer llegue al orgasmo con las caricias del hombre y antes de la introducción, ya que ella puede repetir orgasmos o coitos por no tener período refractario. Para lograr el orgasmo de la mujer con las caricias hay que estimular el clítoris en forma directa. Algunos autores diferencian el orgasmo clitoridiano, del orgasmo vaginal. Sin embargo, el orgasmo es uno sólo, con estimulación directa del clítoris en el primero y con estimulación indirecta en el segundo.

Las disfunciones sexuales se derivan de la alteración que se presentan en las diferentes fases de la respuesta sexual.

1o. Disfunción de la fase de deseo: Cuando el hombre o la mujer no tienen disposición o interés para participar en la actividad sexual.

2o. Disfunción de la fase de excitación: La mujer no logra la lubricación y el hombre la erección.

3o. Disfunción de la fase de orgasmo: Es la imposibilidad para alcanzar el orgasmo.

4o. Vaginismo: Espasmo reflejo condicionado de los músculos del introito vaginal como respuesta al intento de introducir cualquier objeto en la vagina, es fácil de diagnosticar en el examen ginecológico y tiene cuatro grados:

Grado I: Espasmo calmado con tranquilización.

Grado II: Espasmo mantenido durante toda la exploración.

Grado III: Espasmo del elevador del ano y elevación de las nalgas.

Grado IV: Espasmo del elevador del ano con aducción de los muslos y retraimiento.

El vaginismo puede tener un origen puramente psicológico, o por factores orgánicos y siempre se caracteriza por la dispareunia o dolor con el coito.

Las disfunciones sexuales pueden tener diversas etiologías:

I. De origen Sistémico: Desnutrición, cáncer, tuberculosis y otras enfermedades debilitantes.

II. De origen Endocrino: Hipofisectomías, Ooforectomías, adrenalectomías, afecciones hepáticas, anticonceptivos orales, disfunción tiroidea, disfunción hipofisiaria y disfunción suprarrenal.

Los anticonceptivos orales pueden en algunos casos mejorar la libido al desaparecer el miedo de un embarazo indeseado; pero en otras ocasiones

pueden disminuir la libido, por la acción de la progesterona, uno de los componentes hormonales de las píldoras anticonceptivas combinadas.

Durante el embarazo pueden presentarse situaciones facilitadoras de la libido y otras inhibidoras. En el primer trimestre la facilitan la felicidad de estar embarazada, el aumento de la vascularización pélvica y el crecimiento mamario; y la inhiben las náuseas y los vómitos, el cansancio y el temor a que se presente algún problema.

En el segundo trimestre la facilitan la lubricación vaginal aumentada y la energía aumentada y la inhiben las contracciones uterinas inducidas por el orgasmo y el temor a dañar al niño.

En el tercer trimestre la facilitan el deseo de estar más unidos y la inhiben la ansiedad respecto al proceso del nacimiento y el gran tamaño del abdomen.

En el postparto, la facilitan la felicidad de tener un niño y el desarrollo de la identidad familiar, y la inhiben la episiotomía o laceraciones, la dispareunia por la lactancia, la fatiga del cuidado del niño y la adaptación a la paternidad.

III. De origen Neurológico: Lesiones y disfunciones del hipotálamo y lesiones y disfunciones del sistema límbico.

IV. De origen farmacológico: Hipotensores, barbitúricos, narcóticos, inhibidores del apetito y alcohol.

V. De origen Ginecológico: Cualquier afección pélvica o genital que produzca dolor o molestia durante cualquiera de las fases del acto sexual. Constituye lo que conocemos con el nombre de **Dispareunia Orgánica**, la cual puede ser superficial o profunda; según que afecte el introito y la vagina u órganos internos como el útero, los anexos y la pelvis.

1. DISPAREUNIA ORGANICA SUPERFICIAL

a. Obstructiva:

- Agenesia vaginal
- Hímen imperforado o septado
- Tabique vaginal — Longitudinal — Transverso

- Estenosis del Hímen
- Vaginismo — Primario — Secundario

b. Focal localizada:

- Cicatriz reciente o antigua de episiotomía
- Quiste de Bartholín
- Absceso de Bartholín
- Quiste de Skene
- Absceso de Skene
- Vulvitis y vaginitis
- Endometriosis
- Dentro del anillo del Hímen (Carúncula o Hímen inadecuadamente roto).
- Neoplasias — Vulva — Vagina

c. Por estrechez:

- Lubricación insuficiente por mala técnica sexual, lactancia o atrofia vulvar
- Perineorrafia
- Vulvectomía
- Síndrome de Rotura Inadecuada del Hímen (I.R.H.)

d. Molestia No Descrita:

- Infección (leucorreas)
- Dermatitis alérgica por medicamentos, desodorantes íntimos, jabones, perfumes en toallas higiénicas, y colorantes del papel higiénico.

e. Problemas urinarios:

- Angulo subpúbico estrecho
- I R H
- Cenefa ventral de hímen
- Capucha vestibular

La llamada cistitis o uretritis de la luna de miel, derivada en muchos casos de un hímen inadecuadamente roto (I.R.H.), por una técnica sexual inadecuada en la primera relación sexual, produce cicatrices retractiles las cuales introducen el meato uretral e la vagina con la intromisión del pene. Puede ser corregida en la mayoría de los casos con la operación de O'Donell descrita en 1968.

Cuando existe además un hímen fibroso, se agrega la extirpación del hímen con la ampliación del introito, añadiendo a la cirugía de la parte dorsal del introito descrita por O'Donell, la parte ventral de la cirugía descrita por Munsick y publicada en 1980.

Contrariamente a las opiniones de algunos críticos de O'Donell, generalmente poco informados, la técnica no es estética. Aplica métodos bien aceptados y simples de cirugía plástica a una región anatómica que está enferma, y que por demasiado tiempo ha sido ignorada por los ginecólogos: El introito.

2. DISPAREUNIA ORGANICA PROFUNDA

a. Uterina:

- Endometriosis del cervix
- Cervicitis
- Neoplasias del cervix
- Miometritis
- Andenomiosis
- Neoplasias del cuerpo

b. Tubárica:

- Infección — Endosalpingitis — Abscesos
- Endometriosis
- Neoplasias
- Adherencias

c. Ovárica:

- Infección — Ooforitis — Tumores — No Neoplásicos — Neoplásicos

d. Pélvica:

- E P I — Aguda — Crónica — Endometriosis
- Neoplasias

3. DE ORIGEN PSICOLOGICO

Los trastornos de origen psicológico o psiquiátrico afectan especialmente las fases de deseo y excitación y precisan de tratamientos más prolongados y en la mayoría de los casos con resultados inciertos. Pueden ser:

BIBLIOGRAFIA

1. "Amor y Sexualidad" Editada por E.N.S.A. producida y distribuida por Dismail S.A. Madrid — España.
2. LA FERLA, J. "Deseo sexual inhibido y disfunción orgánica en mujeres". Clínicas Obstétricas y Ginecológicas en Norte América. Vol. 3, No. 3, 1984. Página 945—60.
3. MASTERS, W.; JOHNSON V. "Respuesta sexual humana" Editorial Intermédica. Buenos Aires, Argentina 1978.
4. MUNSICK R. "Operaciones en el introito para la Dispareunia" Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norte América, Vol. 1, No. 1, 1980. Pág. 239—67.
5. PERKINS R. "Sexualidad durante el embarazo". Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norte América. Vol. 3, No. 3, de 1984. Página 903—17.
6. SINGER KAPLAN H.; KROOP M. "Disfunciones sexuales femeninas diagnóstico y tratamiento". Aspectos psicológicos en Ginecología y Obstetricia, Fascículo 1. Compilado y editado por Benjamín B. Wolman. Página 31—6. Segunda edición 1982.
7. STEEGE J. "Dispareunia y vaginismo" Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norte América, Vol. 3, No. 3, 1984, Pág. 961—73.
1. Complejos edípicos no resueltos que producen una profunda ambivalencia hacia los hombres.
2. Sentimientos de culpa por masturbación o fantasías masturbatorias.
3. Conflictos con la heterosexualidad u homosexualidad.
4. Depresión neurótica.
5. Concepto cultural de pasividad y dependencia, como ideales de la conducta femenina.
6. Normas restrictivas de educación, asociando sentimientos de culpa al placer sexual.
7. Tendencia neurótica a la modestia, dando el derecho al placer sólo a su compañero.
8. Temor infantil adjudicando al compañero el papel auténtico paterno.
9. Ignorancia sexual que causa ansiedad con la actuación, desconocimiento de su propio cuerpo y qué tipo de caricias y en qué zonas la excitan.
10. Enfado y hostilidad hacia el compañero por conflictos dentro de la pareja.
11. Experiencias sexuales pasadas negativas como: Primer coito insatisfactorio, ortodoxia religiosa, incesto o violación.

Para teminar una recomendación a los componentes de la pareja sexual: "Prescindir de las actitudes egoístas, buscando la satisfacción del compañero que en esa forma se logrará la propia. No existe mejor tratamiento para el Stress y para el cansancio físico y mental que una relación sexual satisfactoria".