

La Historia Clínica de la Conducta Sexual en Cuidado Primario

Hernán Gilberto Rincón, M.D., Psiquiatra de Enlace. – Fundación Valle del Lili, Colombia

La epidemia causada por el VIH ha llevado a desarrollar métodos innovadores (especialmente de tipo educativo) para prevenir las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Métodos que, a su vez han permitido que en las comunidades con niveles socioculturales altos, de los países desarrollados, se haya logrado frenar la epidemia. Sin embargo, en otro tipo de comunidades, con niveles socioculturales inferiores y en los países subdesarrollados, la epidemia continúa en expansión.

La toma de una historia clínica que incluya los aspectos sexuales del desarrollo en el niño y las conductas sexuales en el adulto, es una práctica poco común. Aunque estos aspectos de la sexualidad humana son considerados como de primera importancia para la mayoría de las personas, es paradójico que en la consulta diaria el profesional de la salud y aún el profesional de las ciencias del comportamiento no aborden el tema. Por otro lado, las personas no se sienten con la confianza necesaria para comentarle al profesional de la salud sus preocupaciones en el área sexual. Además, el desconocimiento y los tabúes tanto del profesional como del paciente hacen que el tema ni siquiera llegue a considerarse en la consulta.

El profesional de la salud, en especial el médico de cuidado primario (MCP: médico general, médico internista, pediatra, médico familiar) está en una posición privilegiada para establecer una relación médico-paciente que sirva de vehículo para evaluar tanto el desarrollo sexual como los hábitos riesgo y así realizar una intervención probablemente muy efectiva, tal como ha sido demostrado en otros hábitos de riesgo como el hábito de fumar.

Es crítica pues la necesidad de entrenar al MCP para que pueda realizar una historia clínica sexual relevante a la situación del paciente y asimismo intervenir con educación y orientación sexual. Este artículo pretende orientar al profesional de la salud acerca de este importante tema de Salud Pública.

Se han descrito tres barreras para la discusión de temas sexuales:

1. Falta de conocimiento. El MCP no recibe un entrenamiento acerca de este tema y queda entonces sujeto a su limitada experiencia como persona. Esta experiencia le permite establecer juicios de valor (no necesariamente útiles) como: “esto debe ser normal porque siento que me podría pasar a mí”. Sin embargo, el entrenamiento y la experiencia clínica son necesarios en la adquisición de habilidades para intervenir en este campo.

2. Temor a las emociones que se estimulan. Tanto el MCP como el paciente pueden tener emociones al hablar de este tema, que pueden ser interpretadas como “inapropiadas” o amenazantes para el MCP.
3. Incomodidad con el lenguaje sexual. La utilización de palabras como pene, vagina, orgasmo, masturbación, penetración y eyaculación, es con frecuencia difícil para el MCP en la consulta. Sin embargo, cuando se logra superar la barrera inicial y se le “autoriza” al paciente tocar el tema, la intervención puede llegar a ser tanto terapéutica para el paciente como satisfactoria para el MCP.

Componentes de la expresión sexual humana

Los componentes de la expresión sexual son la identidad de género, la orientación, la intención, el deseo, la excitación, el orgasmo, la satisfacción y la capacidad para la intimidad.

Identidad de género: la sensación de sentirse hombre y masculino o mujer y femenina. Conflictos en esta área pueden llevar en el caso extremo al deseo de cambio de sexo. Los problemas más frecuentes se relacionan con la sensación de ser “deficiente”; en el caso de los hombres: “Tengo temor de no poder satisfacer a una mujer”; y en el de las mujeres: “Me parece que no soy tan atractiva, ni tan delgada”.

Orientación: es la unión de los sentimientos sexuales con la atracción hacia otra persona; y tiene un aspecto objetivo y otro subjetivo. Objetivo: tiene relación con la persona con la cual se escoge tener un contacto sexual; del mismo sexo (homosexual), sexo opuesto (heterosexual), ambos sexos (bisexual), ningún sexo (asexual). Subjetivo: tiene relación con las fantasías y deseos; hacia el mismo sexo (homo-erótico), sexo opuesto (hetero-erótico), ambos sexos (bierótico) y ningún sexo (anerótico). Los aspectos objetivo y subjetivo pueden tener desarmonía, generando conflictos.

Intención: se refiere a lo que la persona desea hacer con la pareja sexual. Puede ser de tipo convencional con el deseo de expresar afecto, complacer, etc., o no convencional con temas de agresión, hostilidad, vergüenza, deseos de ser herido o de exponerse a situaciones de riesgo, o de obligar a otro a tener contacto sexual. Algunos de estos deseos pueden permanecer solo en la fantasía y nunca llevarse a cabo.

Deseo: depende de la interacción de tres elementos: el impulso biológico de tener sexo, el deseo de iniciar un contacto sexual y la motivación de exponer el cuerpo a una experiencia sexual.

Excitación: es una experiencia corporal; la sensación subjetiva de estar “arrecho” o excitado.

Orgasmo: es la culminación de la excitación sexual y se acompaña de la aparición de contracciones rítmicas. Generalmente lleva a una sensación de intimidad y satisfacción.

Capacidad para la intimidad: se relaciona con el deseo de compartir actividad sexual en un ambiente íntimo, de mutuo interés y de confianza. Los intentos de lograr la intimidad pueden acompañarse de temor: “¿Seré suficiente? Los antecedentes de las relaciones previas ejercen una importante influencia sobre la capacidad para la intimidad.

Los sentimientos eróticos en la relación médico paciente

Profesional de la salud: En el proceso de evaluación del paciente, el MCP puede experimentar atracción y excitación sexual. Este fenómeno normal puede desconcertar al profesional llevándolo a evitar tocar temas sexuales. En realidad se busca que el MCP pueda reconocer estas emociones como normales en su calidad de ser humano, logrando así manejarlas. En ningún aspecto es deseable que el MCP exprese al paciente lo que le ocurre ni tampoco que utilice la consulta médica para satisfacer necesidades insatisfechas. En muchos casos, para evitar exponerse a este tipo de situaciones, el médico asume una posición distante que, aunque cumple el objetivo, no permite que se aborde el tema sexual tan importante en la prevención de la transmisión de ETS.

Paciente. La aparición de sentimientos eróticos en el paciente hacia el profesional de la salud, ha sido motivo de estudio en el terreno del tratamiento de los problemas mentales. Se describe que los cuidados y las atenciones que ofrece el profesional de la salud pueden favorecer la aparición de estas emociones. El MCP está entonces expuesto a este tipo de fenómeno y debe tener la capacidad de detectarlo y manejarlo a través de una comunicación empática.

La historia clínica sexual

¿Cuándo?

El momento ideal es al realizar la historia general, especialmente cuando la causa de consulta lo permite. En el caso de pacientes ya conocidos, la toma de datos en el área de la sexualidad es generalmente más fácil.

¿Cómo?

Con causa de consulta relacionada. Por ejemplo la consulta para evaluación y tratamiento de una ETS. En este caso es necesario explicar que se trata de una enfermedad de transmisión principalmente a través de la relación sexual, lo cual permite hacer preguntas abiertas como: “¿Cómo cree usted que pudo adquirir esta enfermedad? ¿Podría contarme un poco acerca de su actividad sexual, pareja, frecuencia, dolor, métodos de prevención de transmisión de ETS, satisfacción, etc.?”

Con causa de consulta no relacionada en paciente antiguo. El conocimiento del paciente puede facilitar el abordaje de temas relacionados con la relación de pareja y eventualmente

con la sexualidad. Por ejemplo con preguntas acerca de la calidad de la relación de pareja y el sexo seguro.

Funcionamiento sexual previo

Desarrollo sexual

1. ¿Cómo fueron las relaciones entre los miembros de la familia: distantes, cercanas, hostiles?
2. ¿Se les valoró por igual a los hombres y a las mujeres en su casa?
3. ¿Se permitió la expresión física del afecto?
4. ¿Qué papel jugó la religión?
5. ¿Qué actitud tuvieron sus padres hacia el sexo?
6. ¿Cómo se manejaron los aspectos de privacidad y desnudez en su familia?

Identidad de género en la niñez

1. ¿Cómo se sintió como niño o niña?
2. ¿Cómo se sentía en comparación con otros niños o niñas?
3. ¿Con quienes prefería jugar, con los del mismo sexo o con los del sexo opuesto?
4. ¿Alguna vez hizo fantasías o deseó cambiar de sexo?

Aparición de primeros deseos o intenciones sexuales

1. ¿A qué edad aparecieron sus primeros deseos sexuales?
2. ¿A qué edad se masturbó por primera vez? ¿Cuáles fueron los sentimientos que experimentó?
3. ¿Tuvo experiencias sexuales desagradables en su niñez?

Sexualidad en la adolescencia

1. ¿Cómo fueron sus primeras experiencias sexuales y con quién?
2. ¿Tenía algún tipo de preferencia hacia los hombres o las mujeres?
3. ¿Qué tan importante era la sexualidad? ¿Tuvo comportamientos compulsivos?
4. ¿Alguna vez tuvo actividades que le hicieran sentir mal a usted o a su pareja?

Sexualidad en la edad adulta

1. ¿Ha tenido relaciones de amor importantes en su vida?
2. ¿Con quién ha tenido actividad sexual? ¿Cuándo ha buscado intimidad sexual? ¿Qué significado ha tenido?
3. ¿Ha tenido problemas sexuales en alguna de las relaciones?
4. ¿Ha tenido alguna vez alguna enfermedad de transmisión sexual?
5. ¿Ha practicado el sexo seguro?

Funcionamiento sexual actual

Una vez se logra establecer una rapport que permita el abordaje del tema de la sexualidad, las siguientes preguntas pueden servir como guía para la toma de la historia clínica:

General

1. ¿Podría contarme acerca del papel de la sexualidad en su vida actual?
2. ¿Es usted sexualmente activo(a)?¿Cómo le va en ese aspecto?
3. ¿Está usted o su pareja presentando actualmente algún problema sexual?

Género

1. ¿Cómo se siente usted en estos días como hombre (o mujer)?
2. ¿Hay aspectos de su masculinidad o su feminidad que le molestan?

Orientación

1. ¿Quién es su pareja sexual actual?
2. ¿Está usted comprometido exclusivamente con hombres?¿Con mujeres?
3. ¿Desea usted tener contacto con el mismo sexo o con el sexo opuesto?
4. ¿Hacia quién se siente usted atraído(a) o hace fantasías?

Intención

1. ¿Cuál es el tema de sus fantasías sexuales o sueños despiertos?
2. ¿Establece usted alguna forma de contacto sexual, que es molesta para usted o su pareja?

Funcionamiento

1. ¿Qué tipo de comportamientos sexuales tiene? ¿Actividades anticipatorias?
2. ¿Hay coito pene-vaginal? ¿Sexo oro-genital? ¿Sexo anal?
3. ¿Le molesta o le causa conflicto alguno de estos comportamientos?
4. ¿En qué momento le aparece el problema? ¿Durante cuál fase?:
 - Deseo
 - Excitación
 - Orgasmo
 - Satisfacción
5. ¿Ha estado este problema siempre presente o apareció recientemente?
6. ¿Ocurre todo el tiempo o solo en ciertas circunstancias?
7. ¿Si tiene más de un problema, cuál ocurrió primero?
8. Si este problema es secundario: ¿que cambios físicos, emocionales, interpersonales o ambientales han ocurrido? Por ejemplo:

Cambios en un estado médico

- Otros síntomas físicos
- Enfermedades diagnosticadas
- Accidentes / traumas
- Medicamentos

- Cirugías

Cambios ambientales

- En las relaciones: muerte de la pareja, divorcio, deterioro de la relación
- Cambios familiares: nuevo bebé, salida de un miembro de la casa
- Reubicación por cambio de ciudad o de barrio
- Cambio de trabajo

Emociones relacionadas con estos cambios

- Rabia
- Culpa
- Depresión
- Angustia
- Miedo

Una vez tomados estos datos, el MCP puede hacer un diagnóstico de tipo sindrómico que le permita realizar una intervención educativa hacia el paciente o su familia. También permite realizar intervenciones de tipo farmacológico o la remisión, educando al paciente acerca de la importancia de un tratamiento apropiado.