

EL PAPEL DEL GINECO-OBSTETRA COMO EDUCADOR SEXUAL

CECILIA CARDINAL DE MARTIN, M.D. (*)

1. EL GINECO-OBSTETRA COMO EDUCADOR SEXUAL SIN SABERLO

Suele verse el gineco-obstetra en su papel de educador sexual, como asumiendo algo que le era ajeno antes y ejerciendo así una nueva modalidad profesional.

Sin embargo, deseándolo o sin hacerlo, voluntaria o involuntariamente hemos sido en el transcurso del tiempo educadores sexuales, elegidos como tales por nuestras pacientes quienes nos han entregado, el cuidado y la cura de sus cuerpos y en ocasiones su orientación en el área vital de la sexualidad humana. Ciertamente las hemos educado porque la educación sexual es más una cuestión de actitudes que de palabras (1). Nuestra actitud positiva o negativa, comprensiva o prejudiciada, serena o angustiada ante la sexualidad y sus expresiones, se comunica en ausencia o presencia de palabras de una manera sutil, pero no por eso menos válida, a nuestros pacientes influenciando así sus propias actitudes.

La vivencia de la sexualidad en cada individuo es producto de la interrelación entre las influencias externas e internas. Esta interrelación dinámica en

si misma, funciona de manera diferente en cada persona y es modificada por los "mores" de la época.

Es pues, la sexualidad humana, única, cambiante y relativa. Única porque cada ser humano tiene la propiedad de la unicidad, cambiante como cambia el ser humano según su edad y su época, y relativa es decir relacionada con la sociedad y cultura a la que el individuo pertenece.

El médico como parte de una sociedad ha acomodado su pensamiento y sus acciones en cuanto se refiere a lo sexual, al pensamiento de la mayoría. Al hojear las páginas de la historia de la medicina, anotamos toda la riqueza de pensamiento y capacidad de innovación del médico en otros campos, más no en el de la sexualidad, con pocas y señaladas excepciones: Freud, Kraft-Ebbing, Dickinson, Masters, Confort y otros.

2. SITUACION ACTUAL DEL GINECO-OBSTETRA COMO EDUCADOR SEXUAL

Cuál es pues la situación actual de la mayoría de los gineco-obstetras como educadores sexuales?

(*) Programa de Educación Sexual. Area de Comunicación, Información y Educación (C.I.E.), Bogotá, D.E. Colombia, Sur América.

Hay que recordar que el gineco-obstetra fue una vez estudiante. Como estudiante llegó a la Facultad de Medicina con los problemas e inquietudes, conceptos ciertos o errados en lo que concierne a lo sexual de cualquier otro adolescentes (2).

El hecho de ser estudiante de medicina, si bien lo colocó en una situación de privilegio desde el punto de vista social, no lo hizo diferente desde el punto de vista de su vivencia sexual, de otros jóvenes de su generación. Su paso por la Facultad le dió un cúmulo de conocimientos biológicos y "patológicos" en el área de la sexualidad, dejando de lado los aspectos psíquicos "normales" y los socio-culturales. La facultad no lo cambió o lo hizo consciente de sus actitudes hacia lo sexual. Recibió en la mayoría de los casos una educación de tipo "bancario" (3), (conocimientos digeridos y luego depositados en su cerebro en grandes cantidades) a través de una comunicación vertical por un profesor todo-poderoso. No es extraño entonces que el gineco-obstetra en general tenga sólo conocimientos parciales, una visión restringida de la sexualidad, desconozca sus propias actitudes y se comunique también verticalmente con sus pacientes. Sin embargo, el gineco-obstetra por el hecho de serlo tiene la posibilidad de tener una excelente comprensión y un acercamiento positivo hacia la vida, la creación y la trascendencia de lo sexual más allá de lo genital. Seguramente el poco y escasamente difundido conocimiento en esta área particular hacen que el gineco-obstetra ante la duda de su propia pericia, se abstenga de actuar como educador voluntario aplican-

do el viejo precepto de "primum non nocere".

3. SITUACION "IDEAL" DEL GINECO-OBSTETRA COMO EDUCADOR SEXUAL

Si de todas maneras somos educadores sexuales cómo lograr el arte del buen decir y el arte del buen hacer en el campo? ¿Cómo responder a las exigencias de nuestras pacientes emanadas de su intuición de que nuestro papel va más allá de atender a lo meramente biológico sino que debe extenderse a lo síquico, a lo familiar y a lo social?

Cómo responsabilizarnos conscientemente de nuestra tarea de educadores y llegar a la situación "ideal"? Inquiramos en primer lugar qué es educación sexual ya que nos hemos detenido antes en el por qué y examinemos luego el cómo y el quién.

Educación sexual se define aquí como el: "Proveer la información necesaria, con la actitud necesaria para que el individuo pueda adquirir los conocimientos, los valores y las actitudes que le permitan realizar su auto-determinación y vivir su propia sexualidad de una manera equilibrada, positiva y creadora dentro de su época, su cultura y su sociedad" (4).

El enunciar el vocablo "auto-determinación" tiene una clara intención de expresar la fe en la posibilidad de determinación propia del ser humano, su posibilidad de cambio y su posibilidad de escogencia, es decir, la libertad.

El cómo hacer educación sexual y su calidad están íntimamente ligados al "quién".

El educador sexual debería re-conocerse y valorarse como ser sexual. Sa-

ber que la sexualidad humana no es sólo lo genital sino que es una dimensión del ser humano y un compromiso existencial, que es fin de una forma de relación humana. Debería estar consciente de sus actitudes y evitar imponerlas. Se debería caracterizar por su comprensión y respeto hacia la conducta de los demás. Debería ser capaz de no erigirse en juez e impositor y de tener un tipo de comunicación "horizontal" es decir, de persona a persona, de igual a igual y no de superior a inferior, del que todo sabe, al que nada sabe. Finalmente debería tener, como es lógico suponer, conocimientos adecuados.

Muchos de los gineco-obstetras poseen estas cualidades casi de una manera innata, pero en el transcurso de su educación se han, por decirlo así, borroneado o desteñido. Como médicos aprendimos a prescribir, es decir a preceptuar, ordenar y hemos olvidado que durante el aprendizaje y el ejercicio de la medicina, nuestros pacientes nos han enseñado tanto como nosotros a ellos.

Se impone pues, si queremos cumplir idealmente con nuestro papel de educadores sexuales una visión renovada de nuestro papel como médicos, una visión más humana si cabe, más universal y —por qué no?— más humilde.

Se imponen también modificaciones y adiciones en la enseñanza de la gineco-obstetricia y de la medicina en general. La educación sexual debería ser vista en las facultades de medicina como medicina preventiva, lo que realmente es. Fuera de la enseñanza teórica en sexualidad humana el gineco-obstetra debería tener la oportunidad de adquirir la destreza de la conseje-

ría en servicios de educación y consejería hasta ahora inexistentes, adscritos a los departamentos de ginecología y obstetricia.

4. AREAS DE COMPETENCIA DEL GINECO-OBSTETRA COMO EDUCADOR SEXUAL

La competencia del gineco-obstetra como educador sexual se refiere tanto al campo de la prevención como al de la terapia.

La profilaxis de los actos quirúrgicos es una práctica universal. En presencia de los recursos necesarios dudamos que haya un sólo gineco-obstetra que no indague sobre la condición física de su paciente y corrija los errores que podrían producir complicaciones. Sin embargo, esa profilaxis orgánica no tiene paralelo con la profilaxis psíquica siendo ésta igualmente importante (5). Las intervenciones en el aparato genital y especialmente la histerectomía hacen aflorar frecuentemente conflictos y problemas sico-sexuales que en ocasiones revisten gravedad. La mujer "siente" estas intervenciones como un asalto a su femineidad y reacciona según el caso con síntomas de depresión, angustia o con una disminución de su líbido.

Una cabal y clara explicación que le permita entender que su femineidad no es cuestión sólo de útero, o de vagina, o de ovarios sino un componente total, contribuirá a prevenir la aparición de estas complicaciones.

La profilaxis obstétrica es otra práctica universal entendida como cuidado de la preñez y atención del parto. Sin embargo y a pesar de conocer desde hace aproximadamente 40 años la teo-

ría y el método del parto sin dolor todavía no es ésta una práctica universal. Seguimos a pesar de conocer las bondades del método aferrados a la maldición bíblica o acudiendo a la farmacopea que alivia pero no educa. Contribuímos así sin quererlo a que la mujer no tenga una visión y una actitud positiva hacia la maternidad, cuando una educación adecuada durante la preñez y una atención del parto compartida con la mujer podría tener el sano efecto contrario.

La consulta post-parto es una ocasión ideal para educar a nuestras pacientes, para absolver sus dudas, aliviar sus problemas y contribuir a prepararlas como futuras educadoras de sus hijas. Aquí también se hace más énfasis en lo físico sin tener en cuenta lo psíquico. Muchas mujeres tienen dudas sobre su vida sexual después de un parto, sobre su competencia posterior, sobre la prioridad de ser madre, esposa o compañera, dudas que no siempre se absuelven por el obstetra.

La consulta post-aborto sea espontáneo o provocado, es un caso donde posiblemente el aspecto psíquico y social sea más importante que el físico. Aparentemente casi ninguna mujer pasa por la experiencia de un aborto sin sufrir un traumatismo psíquico.

La pérdida de un hijo significa para la mujer la pérdida de parte de su propio "ego" así que la traducción "he perdido un hijo" o en el caso del aborto provocado "He matado a mi hijo" se convierte también en "he matado algo de mi misma" (6).

El gineco-obstetra debería hasta donde le sea posible, educar y hacer una terapia minor, basada en el caso

del aborto provocado, en el conocimiento y comprensión de los fenómenos familiares y sociales que llevan a una mujer a un aborto.

La consulta de planificación familiar en su aspecto de anticoncepción es un acto principalmente médico, pero debería ser también educativo. La prescripción de un método debería estar precedida de una explicación clara de su manera de acción y de sus posibles complicaciones, de su interferencia o no interferencia en las relaciones sexuales de la pareja y dar las máximas posibilidades de una libre escogencia. La esterilización especialmente debería discutirse exhaustivamente ya que es bien distinto el sentimiento de la mujer que se dice así misma: "puedo tener un hijo cuando lo desee y pueda hacerlo" a "ya nunca más podré tener un hijo".

La consulta de infertilidad o de esterilidad es otra oportunidad donde el gineco-obstetra puede y debe ser un educador sexual. Sabiendo como sabemos que en la vivencia de la sexualidad los papeles son tan importantes como los cuerpos, debemos transmitir ese conocimiento a nuestros pacientes ya que en estos casos la mujer duda muchas veces si lo es realmente, sin saber que el hecho de no experimentar la maternidad no la hace menos mujer ni menos maternal.

La consulta prematrimonial no debería limitarse a los aspectos físicos y a expresar un amable deseo de felicidad a la pareja. Como educador el gineco-obstetra tiene aquí un vasto campo de acción, destruyendo mitos y falacias, contribuyendo a dar una visión integrada de la sexualidad y del amor e ilustrando así mismo sobre los aspectos

tos físicos de la relación sexual. Preparando en suma a la pareja para llegar a ser realmente un "nosotros".

Las consultas sobre dismenorrea, frigidez, dispareunia, problemas matrimoniales y trastornos climatéricos por su frecuencia merecería un capítulo aparte. Bástenos decir aquí, brevemente que en el transcurso de todas estas entidades hay con gran frecuencia una falla de conocimiento y/o actitudes distorsionadas hacia lo sexual. Cabe esperar que una mujer con una visión negativa de la sexualidad sienta la menstruación como una enfermedad, la relación sexual y el orgasmo como algo pecaminoso y prohibido, la menopausia como un terminar de su vida sexual. La información que debe preceder a toda terapia o consejería y la terapia minor per se, especialmente en el caso de la frigidez son recursos terapéuticos invaluables.

5. EL PORVENIR DEL GINECO-OBSTETRA COMO EDUCADOR SEXUAL

Asalta a los gineco-obstetras la duda de si pueden seguir siéndolo, si se ocupan también de educación sexual, vale decir de medicina preventiva. La duda proviene no de sus posibilidades intelectuales sino de su disposición de tiempo. Este último argumento se adu-

ce siempre como contundente y definitivo. Podemos contestar que el tiempo en prevención es tiempo ganado, que la medicina preventiva gana tiempo y recursos para la medicina curativa.

De todas maneras no puede sustraerse el médico de cualquier país latinoamericano a su función social y la educación es una función social, que el gineco-obstetra actual puede ejercer con el concurso del personal de salud y de la comunidad, delegando funciones y compartiendo responsabilidades.

Nos resta elegir entre "la gruta o el camino" entre seguir siendo cómodos señores de pequeños feudos o castillos o proyectarnos al mundo ancho pero no ajeno de la medicina social.

BIBLIOGRAFIA

- 1) LESTER KIRKENDALL: "Sex Education" - SIECUS - Reprint 1969.
- 2) MARY CALDERONE: "Sex Education and the Medical Student". Mimeografiado.
- 3) P. FREIRE: "Pedagogía del Oprimido". Ed. América Latina, Bogotá.
- 3) CECILIA DE MARTIN: "Filosofía de la Educación Sexual". Memorias del Primer Seminario de Educación Sexual, Quito, 1969.
- 5) J. HUFFMAN, M.D.: "Sexual Reactions After Gynecological Surgery". Medical Aspects of Human Sexuality Vol. III N° 11, Noviembre 1969.
- 6) HELEN DEUTSECH: "La Psicología de la Mujer". Ed. Losada.