



VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

66



SEXOLOGÍA Y SEXUALIDAD
PSIQUIATRÍA Y CULTURA

Bonierbale / Di Segni Obiols / Fernández Bruno
Gabay / Lançon / Matusevich
Michel / Mussa / Nemirovsky / Pisa / Roldán / Ruiz / Vairo

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen XVII - N° 66 Marzo - Abril 2006

Director:
Juan Carlos Stagnaro
Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, S. Bermann, M. Cetcovich Bakmas, I. Berenstein, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, M. A. Matterazzi, A. Monchablon Espinoza, R. Montenegro, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, L. M. Zieher, P. Zöpke. **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADA:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz, L. F. Ramírez. **ESPAÑA:** V. Baremblit, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, B. Samuel-Lajeunesse, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, J. Pérez. **PERU:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusevich, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Fabián Triskier, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

Corresponsales

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); N. Conti (Hosp. J.T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. Matta (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CORDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, H. López, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RIOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RIO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMAN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artilles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** A. Berenstein; M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erausquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

Informes y correspondencia:
VERTEX, Moreno 1785, 5° piso
(1093), Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax: 54(11)4383-5291 – 54(11)4382-4181
E-mail: editorial@polemos.com.ar
www.editorialpolemos.com.ar

**En Europa: Correspondencia
Informes y Suscripciones**
Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,
(75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22
Fax.: (33-1) 43.43.24.64
E-mail: wintreb@easynet.fr

Diseño
Coordinación y Corrección:
Mabel Penette

Composición y Armado:
Omega Laser Gráfica
Moreno 1785, 5° piso
(1093), Buenos Aires, Argentina

Impreso en:
Sol Print. Aráoz de Lamadrid 1920. Buenos Aires

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: N° 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERIEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XVII N° 66, MARZO – ABRIL 2006

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

* **Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.**

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

SUMARIO

Vertex
Revista Argentina de
Psiquiatría

Aparición
bimestral

Indizada en el
acopio bibliográfico
"Literatura
Latinoamericana en
Ciencias de la
Salud" (LILACS) y
MEDLINE.

Para consultar
listado completo
de números anteriores:
www.editorialpolemos.com

Ilustración de tapa
Mariana Gabor
"Avanza en fondo gris"
50 x 50 cm
acrílico sobre tela
2006

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- Consumo de psicofármacos en la población general de la ciudad de Buenos Aires, E. A. Leiderman, J. F. Mugnolo, N. Bruscoli, J. Massi pág. **85**
- Emergencia hospitalaria y uso de sustancias psicoactivas, H. A. Míguez pág. **92**

DOSSIER

SEXUALIDAD

- Sodomitas, homosexuales, gay: De la persecución a la desmedicalización, S. Di Segni Obiols pág. **99**
- El sexo y la muerte. Prohibición, deseo y trasgresión, A. Sapetti pág. **105**
- El devenir de los transexuales operados, Mireille Bonierbale, Aude Michel, Christophe Lançon pág. **111**
- La evaluación de la función sexual desde la óptica psicofarmacológica, A. Mussa, M. Nemirovsky pág. **123**
- Sexualidad en las Demencias: Estudio de Casos, D. Matusevich, M. C. Vairo, M. Ruiz, H. Pisa pág. **129**
- Sexualidad y esquizofrenia: Breve revisión del tema y resultados de una encuesta a pacientes en rehabilitación, P. M. Gabay, M. D. Fernández Bruno, E. J. A. Roldán pág. **136**

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- Sentido sexual débil o nulo hacia el sexo opuesto, remplazado por una tendencia sexual hacia el mismo sexo (sentido homosexual o invertido) por Richard von Krafft-Ebing pág. **145**

CONFRONTACIONES

- Los relatos de la clínica psicoanalítica, R. E. Levin, pág. **150**

LECTURAS Y SEÑALES

- Lecturas pág. **156**
- Señales pág. **160**

EDITORIAL

E

l mes de marzo fue marcado en nuestro medio por el recuerdo del aniversario del 24 de marzo de 1976.

No es necesario mencionar, una vez más, la repercusión popular que tuvo esa fecha para los argentinos. Aquel golpe de Estado, con su brutal cortejo de asesinatos, desapariciones, exilios internos y externos, con la demolición de las libertades individuales y colectivas, el saqueo del patrimonio nacional y la instauración del Terrorismo de Estado como método de aniquilamiento de todo disenso, implicó un punto de inflexión sin parangón en nuestra historia.

De un extremo al otro del país se produjeron cientos de ceremonias, actos públicos, marchas y todo tipo de manifestaciones que marcaron la importancia de aquella época en la memoria reciente de todos los argentinos.

Los psiquiatras no estuvimos ausentes de esa serie de conmemoraciones. En la sede de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) tuvo lugar un homenaje a los trabajadores de la Salud Mental detenidos-desaparecidos durante la dictadura militar. En el transcurso del mismo, que contó con una nutrida asistencia de colegas, se descubrió una placa con sus nombres. Durante el acto se leyó una declaración de la cual extractamos los conceptos siguientes:

“Con emoción, recordamos a las decenas de trabajadores de la Salud Mental detenidos-desaparecidos como personas que tuvieron la capacidad de soñar, de luchar por sus sueños e ideas, de interpelarse e interpelar. Profesionales que cuestionaron la vieja concepción de la locura como sinónimo de aislamiento, encierro y peligrosidad, posibilitando la reubicación de la salud mental dentro del criterio general de la salud, en contraposición con toda concepción autoritaria y de castigo del enfermo mental”.

En nombre de todos ellos, nuestra revista rinde su homenaje a los psiquiatras que pertenecen a esa dolorosa lista por haber sido consecuentes con la defensa de sus convicciones:

Francisco BELLAGAMBA
Daniel Eduardo CALLEJA
Carlos Hugo FRANANO
Raúl H. FUENTES
Douglas GILLI
Rosa MITNIK
Juan Carlos RISAU
Luis TOSSI

Las luchas de nuestro pueblo y en particular de las Madres de Plaza de Mayo y los organismos de Derechos Humanos han hecho posible que algunos de los principales responsables del genocidio estén en prisión; pero aún sigue vigente la lucha contra la impunidad y por la memoria, la verdad y la justicia ■

J. C. Stagnaro – D. Wintrebert

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio www.editorialpolemos.com.ar

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2006

Vertex 65 / Enero – Febrero
INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA

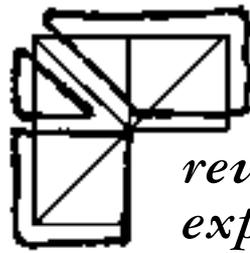
Vertex 66 / Marzo – Abril
SEXOLOGÍA, SEXUALIDAD,
psiquiatría y cultura

Vertex 67 / Mayo – Junio
DESARROLLO Y APROBACIÓN DE
FÁRMACOS

Vertex 68 / Julio – Agosto
TRABAJO COLABORATIVO

Vertex 69 / Septiembre – Octubre
LOS NOMBRES DE LA LOCURA
Nosografías contemporáneas

Vertex 70 / Noviembre – Diciembre
ADOLESCENCIA



revista de
experiencias
clínicas y neurociencias



Consumo de psicofármacos en la población general de la ciudad de Buenos Aires

Eduardo A. Leiderman

Médico especialista en psiquiatría. Profesor Adjunto a cargo de Psiquiatría Biológica. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad de Palermo. E-mail: edule@psi.uba.ar

Juan Francisco Mugnolo, Noelia Bruscoli, Julieta Massi

Alumnos de la carrera de Psicología. Departamento de Investigaciones. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad de Palermo

Introducción

El estudio del consumo de psicofármacos de una población puede dar una idea sobre el acceso de la población al tratamiento farmacológico de los trastornos mentales, la preferencia y uso racional de este tipo de tratamiento y eventualmente sobre su abuso y dependencia. La prevalencia del consumo de psicofármacos

ha sido estudiada en diversos países, llegando en algunos casos hasta un porcentaje del 10% de la población (15, 17).

En los últimos años, distintos medios se han referido frecuentemente sobre el aumento de consumo de psicofármacos por la población de nuestro país (5, 6, 7). Lamentablemente, los datos epidemiológicos que se tienen acerca de este tema son escasos. Una de las princi-

Resumen

Objetivo: El objetivo de este estudio fue conocer la prevalencia de consumo de psicofármacos en la población general de la ciudad de Buenos Aires. **Metodología:** Se realizaron encuestas a 1777 transeúntes en diferentes barrios de la ciudad. **Resultados:** El 15,5% de la población general consume actualmente algún tipo de psicofármaco y el 29,4% consumió alguna vez en su vida un psicofármaco. El uso es mayor en las mujeres y en los viejos. No hay diferencias de consumo según clase social pero sí según nivel educativo. El 12,2% de la población consume benzodiazepinas y el 3% antidepresivos. Un cuarto de los que consumen lo hacen sin recomendación médica. El 25% de los que consumen se reconoce muy dependiente a esta medicación. **Conclusiones:** El uso de psicofármacos está muy extendido en la población de la ciudad de Buenos Aires. Se necesita implementar medidas que impidan el uso irracional de estos medicamentos y permitan un adecuado control médico.

Palabras clave: Consumo – Psicofármacos – Psicotrópicos – Utilización – Benzodiazepinas – Epidemiología

PSYCHOTROPIC MEDICATION CONSUMPTION IN THE BUENOS AIRES GENERAL POPULATION

Summary

Objective: The purpose of this study was to estimate the prevalence of psychotropic drug consumption among the general population of the city of Buenos Aires. **Methods:** A survey was conducted among 1777 respondents in different neighborhoods of the city. **Results:** At the time of the survey 15,5% of the general population was using some kind of psychotropic medication, and life-time prevalence of use was 29,4%. Utilization was higher in woman and the elderly. There were significant consumption differences by level of educational attainment but no by social class. More than 12% of the population was using benzodiazepines and 3% antidepressants. Almost 25% of the consumers was using the medication without medical advice. Twenty-five percent of the users recognized themselves as very dependent on these medications. **Conclusions:** Psychotropic drug use is very extended among the general population of the city of Buenos Aires. Measures to restrict the irrational use of these medications and to control them adequately should be implemented.

Key words: Consumption – Psychotherapeutic drugs – Psychotropics – Use – Benzodiazepines – Epidemiology

pales fuentes de información sobre el consumo de psicotrópicos son los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC) que publica la facturación cuatrimestral de psicofármacos. Según dicho Instituto, la facturación por venta de psicofármacos en nuestro país ha ido aumentando en los últimos años, siendo en el primer cuatrimestre del año 2005 casi un 80% superior comparado al último cuatrimestre del año 2001(14). Si bien estos datos son muy relevantes, se considera que una metodología más directa y fiable para obtener datos sobre el patrón de consumo de psicotrópicos de una población, es el estudio basado en entrevistas o encuestas personales con las personas(2).

En un estudio realizado entre 1979 y 1981 en la ciudad de Buenos Aires y el conurbano citado por Burin(3), se observó que el 9,7% de las mujeres y el 6,6% de los hombres habían consumido psicofármacos en el último año. Una encuesta realizada por el Dr. Jorge Franco y la Lic. Cristina Pecci, en casi 900 pacientes que concurrían por primera vez a los consultorios de Clínica Medica y Salud Mental del Hospital de Clínicas, demostró que el 32,9% de los consultantes consumió psicofármacos. En esa misma investigación se observó que el 59,8% de los que toman medicamentos por cuenta propia usa psicofármacos(10).

En un trabajo realizado por la Subsecretaría de Asistencia de las Adicciones de la provincia de Buenos Aires se halló que un 1,7% de los individuos de 16 a 26 años de edad del conurbano había consumido algún psicofármaco en los últimos 30 días(23). Otra investigación, realizada en 1999, halló que el 1,2% de la población de 18 a 64 años había tomado psicofármacos sin prescripción médica en los últimos 30 días, y que el 4,3% de la población general los había ingerido alguna vez en la vida(16). Por último, una encuesta reciente realizada en 65 localidades de la República Argentina halló que el 6% de la población mayor de 18 años toma tranquilizantes(8).

El objetivo de nuestro estudio fue estudiar la prevalencia, tipo y patrón de consumo de psicofármacos en la población de Buenos Aires, junto con las características sociodemográficas de la población que usa este tipo de medicación.

Metodología

Se encuestaron habitantes de la ciudad de Buenos Aires en la vía pública en distintos barrios de la ciudad. Los barrios en los que se encuestaron a las personas fueron: Constitución, Barracas, Boca, San Telmo, Monserrat, Palermo, Barrio Norte, Chacarita, Belgrano, Almagro, Villa Crespo, Caballito, Flores, Floresta, Retiro y Once (se tuvieron en cuenta las divisiones

| | |
|------------------------------------|------------------------------|
| N: | 1777 |
| Edad | 38,3 ± 16,4 (rango 16-91) |
| Sexo | |
| Mujeres | 56% |
| Hombres | 44% |
| Educación | |
| Primaria Incompleta | 3,7% |
| Primaria Completa | 16,3% |
| Secundaria Completa | 52,7% |
| Universitaria o Terciaria Completa | 27,3% |
| Clase Socio-Económica | |
| Baja | 5,6% |
| Medio-Baja | 21,7% |
| Media | 65,4% |
| Medio-Alta | 7,2% |
| Alta | 0,1% |

tradicionales y populares de los barrios y no su división político-administrativa). La encuesta fue preparada *ad hoc* por los autores. Las encuestas fueron tomadas por alumnos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo a transeúntes de la vía pública durante la última semana de Septiembre y las primeras dos semanas de Octubre del año 2005. Los encuestados fueron abordados principalmente en plazas, en la espera de un transporte público o deambulando en las calles. Luego de que el individuo aceptaba realizar una encuesta y confirmaba su residencia en la ciudad de Buenos Aires se procedía a hacerle las preguntas.

La encuesta constaba de 16 ítems donde se recolectaron datos: a) demográficos (edad, sexo, educación, clase socioeconómica), b) consumo actual y pasado de psicofármacos, c) creencia sobre la generación de adicción o dependencia por parte de los psicofármacos, d) tiempo de consumo actual y pasado y e) persona que recomendó el psicofármaco.

A los individuos que actualmente consumían psicofármacos se los interrogó también sobre: a) la frecuencia de uso, b) el motivo de la utilización del medicamento, d) la preferencia por una marca, e) el tipo de psicofármaco usado y f) el grado de dependencia al psicofármaco a través de una escala *lickert* (1 = nada de dependencia - 10 = máxima dependencia).

Para que los individuos pudiesen estar seguros sobre el tipo de fármacos sobre los que se les estaba preguntando, se les aclaraba que se trataba de fármacos "para los problemas de la mente", "para dormir", "para los nervios", etc. Si era necesario, se suministraba una lista de los psicofármacos que existen actualmente en el mercado farmacéutico argentino para que el entrevistado

| | |
|------------------------------------|-----------|
| N: | 276 |
| Edad | 46,1±17,1 |
| Sexo | |
| Mujeres | 60,9% |
| Hombres | 39,1% |
| Educación | |
| Primaria Incompleta | 2,2% |
| Primaria Completa | 13,8% |
| Secundaria Completa | 45,1% |
| Universitaria o Terciaria Completa | 38,9% |
| Clase Socio-Económica | |
| Baja | 5,1% |
| Medio-Baja | 24% |
| Media | 62,5% |
| Medio-Alta | 8% |
| Alta | 0,4% |
| Frecuencia de Uso | |
| Todos los días | 66% |
| 1 a 6 veces/semana | 23% |
| Menos de 1 vez/semana | 5,3% |
| Menos de 1 vez /mes | 5,6% |

pudiese chequear sobre si lo que consumía era realmente un psicofármaco o no.

Los datos demográficos de los encuestados se encuentran en la Tabla 1.

Las diferencias de grupo fueron analizadas con la prueba del Chi Cuadrado, la prueba de t de Student y la prueba ANOVA según correspondía. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS para Windows (versión 10.0).

Resultados

Consumo de psicofármacos

El 15,5% (N: 276) de los encuestados respondió que consume actualmente psicofármacos. El tiempo de consumo de estos individuos tuvo una mediana de 24 meses (rango: 1 día a 25 años). El 84,3% de los individuos que utilizan psicofármacos desde hace más de 1 año consume benzodiazepinas.

De los individuos que no consumen actualmente psicofármacos el 16,5% respondió que consumió alguna vez en su vida, siendo la mediana de su tiempo de consumo 3 meses (rango: 1 día a 10 años).

Es decir entonces, que el 29,48% de la población de la ciudad de Buenos Aires consume o ha consumido psicofármacos.

El 80% de los consumidores actuales sólo toma un psicofármaco, el 19% dos y el 1% tres o más.

La mayoría de los consumidores lo hacía diariamente (Tabla 2)

El 78% dijo que el psicofármaco le es indispensable para sentirse bien. Las personas en las que ocurre esto son significativamente mayores en edad (47,7 vs. 38,6 años; Z: -3,44 p< 0,001) y consumen hace más tiempo el psicofármaco (44,6 vs. 26,15 meses; Z: -1,93; p= 0,05).

Variables demográficas de los consumidores

Las variables demográficas de los que consumen psicofármacos se hallan descriptas en la Tabla 2.

La edad promedio de los que consumen (46,1 ± 17,1 años) es mayor que la de los individuos que no consumen psicofármacos (36,9 ± 15,8 años) (t (366,75):8,35 p< 0,001) debido a que el uso de medicación psicotrópica va aumentando con la edad. El 10,6% de los individuos de 16 a 44 años consumen psicofármacos, el 23,8% de los individuos de 45 a 64 años y el 31,1% de los individuos mayores de 64 años de edad.

Mientras que el 13,8% de los hombres encuestados consume psicofármacos, el 16,9% de las mujeres encuestadas lo hace (X²(1):3,08 p=0,08).

Las mujeres han consumido o consumen más psicofármacos (32,4%) que los hombres (25,7%) (X²(1): 9,43 p=0,002).

No hay diferencia de consumo según clase social (X²(5):8,89 p=0,113). Sí hay diferencias significativas de nivel educativo entre los consumidores y los que no lo son (X²(3):23,04 p < 0,001). Los individuos que tienen formación universitaria o terciaria tienden a consumir más psicofármacos.

Tipo de psicofármacos que se consumen

El 78,6% de los actuales consumidores toma benzodiazepinas. Las más utilizadas son el clonazepam (30,5%), el alprazolam (29,3%), el bromazepam (9,9%) y el lorazepam (8%).

El 19,9% toma antidepresivos siendo los más utilizados la paroxetina (6,7%), la sertralina (3%), la fluoxetina (3%) y la venlafaxina (2%).

El 4,7% toma antirrecurrentes, el 2,5% antipsicóticos, el 2,1% psicoestimulantes y el 1,4% hipnóticos no benzodiazepínicos. El 1,8% de la muestra no recordaba el nombre del psicofármaco usado.

En la tabla 3 se dan los porcentajes de uso en la población general.

Tabla 3
Porcentaje de uso de psicofármacos en la población general por clase

| Tipo de Psicofármaco | Porcentaje |
|-----------------------------|-------------------|
| Ansiolíticos e Hipnóticos | 12,4 % |
| Antidepresivos | 3% |
| Antirrecurrenciales | 0,73% |
| Antipsicóticos | 0,39% |
| Psicoestimulantes | 0,33% |

Motivo de la utilización del psicofármaco

El 41,8% de los individuos lo utiliza para poder dormir, el 33,6% para disminuir la ansiedad, el 17,5% para tratar su depresión y el 10,7% por otros motivos (tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar, trastorno de déficit de atención, trastorno obsesivo-compulsivo y asociados, "diversión", etc.). El 14% de los individuos que dijo utilizar el psicofármaco para tratar su depresión sólo toma benzodiazepinas.

El 68% de los que toman antidepresivos lo hacen para tratar su depresión, 28% para dormir y 10% para disminuir su ansiedad.

Creencia sobre la generación de adicción o dependencia

El 69,5% de toda la población encuestada cree que los psicofármacos generan algún tipo de dependencia o adicción. Realizando un subanálisis observamos que dentro de la población que consume o consumió psicofármacos sólo el 57,3% cree que generan algún tipo de dependencia o adicción siendo esta proporción significativamente menor en relación a los que nunca han consumido ($X^2(1): 50,89; p < 0,001$).

Indicación del psicofármaco

Entre los individuos que consumen o consumieron psicofármacos sólo en el 69,4% de los casos había sido recomendado por un médico. En los otros casos (30,6%) el medicamento había sido indicado por un profesional no médico, un farmacéutico, un familiar o un amigo o conocido. En el caso específico de los que consumen actualmente, sólo al 76,8% le había sido indicado su medicamento por un profesional médico.

Los profesionales médicos que los recomendaron eran principalmente psiquiatras (50%), clínicos (36%), neurólogos (5,3%) y cardiólogos (2,8%).

En el caso de los individuos que sólo tomaban benzodiazepinas, los profesionales médicos que los indicaron fueron en orden descendente: clínicos (43,4%), psiquiatras (42,8%), cardiólogos (5,5%) y neurólogos (5,4%).

No se observaron diferencias en la identidad de quien recomendó el psicofármaco según nivel educativo del consumidor como así tampoco según su clase social.

El 80% de los individuos cuyos psicofármacos habían sido recomendados inicialmente por un profesional médico continúan siendo medicados por el mismo profesional. Al 14% le es indicado por otro profesional, al 4% por un profesional que le da la receta sin tratarlo, y el 2% lo consigue sin receta profesional.

Del grupo de personas que consumen actualmente psicotrópicos, y que no habían sido recomendados por un médico, al 29% se lo indica ahora un profesional, al 39% le consigue la receta quien se lo recomendó y el 32% lo compra sin receta.

Las benzodiazepinas fueron los medicamentos más recomendadas por personas que no eran médicos en relación a los otros psicofármacos (28% vs. 9%) ($X^2(10)18,22 p=0,051$).

Importancia de la marca comercial

El 54,4% de los individuos que consumen psicofármacos considera que la marca comercial no le es indistinta a la hora de comprar el psicofármaco.

Dependencia al psicofármaco

El 59% de los que actualmente utilizan psicofármacos reportó que no podía dejar de consumirlos. Una cuarta parte de este grupo dijo que el motivo por el que no podían dejar de hacerlo era exclusivamente el acostumbramiento que tenían al fármaco.

En una escala de 1 a 10 (1 menor dependencia-10 máxima dependencia) los consumidores señalaron una dependencia promedio de $5,6 \pm 2,5$ puntos. Una cuarta parte de ellos tenía una dependencia alta al psicofármaco (8 puntos o más).

Existe una correlación significativa entre el grado de dependencia reportado y la duración del consumo actual ($r: 0,354 p < 0,001$), así como una asociación con la frecuencia de uso del psicofármaco ($F(3): 18,55 p < 0,001$).

Discusión

Nuestro estudio revela que casi una de cada 6 personas que residen en la ciudad de Buenos Aires consume psicofármacos, y que casi uno de cada 3 individuos utiliza o ha utilizado psicofármacos.

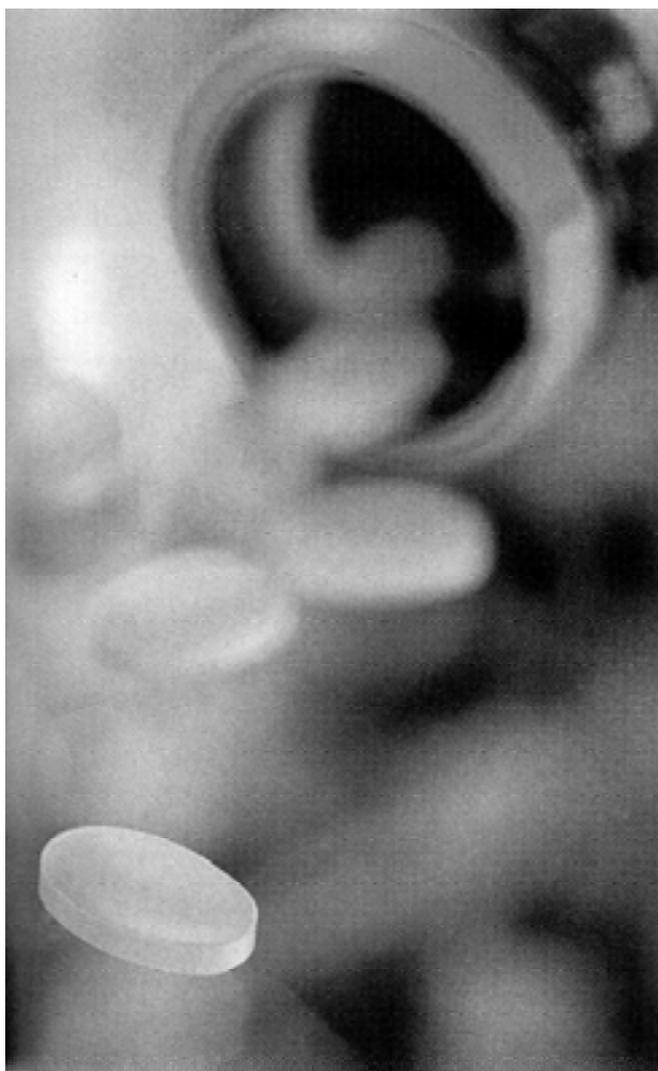
¿Es éste un consumo excesivo? Esta pregunta sólo puede ser respondida parcialmente: aunque las diferencias metodológicas hacen difícil la comparación entre estudios recientes de consumo de psicofármacos, encontramos que la prevalencia de consumo de los residentes de la ciudad de Buenos Aires registrada en nuestra encuesta, se encuentra dentro de las más altas detec-

tadas. La prevalencia de consumo del 15,5% es más elevada que el 3,5% del Reino Unido(18), el 5,5% de EE.UU.(21), el 6,4% de países de Europa(19), el 7,2% de Canadá(2), el 7,2% de España(4), el 9,1% de Francia(17) o el 10,1% de San Pablo, Brasil(15).

Asimismo, el 11% de prevalencia de consumo de ansiolíticos e hipnóticos en la población general resulta superior a los hallados en estudios publicados recientemente sobre la utilización de benzodiazepinas en Santiago, Chile (3,8%)(11), en Bélgica (7,4%)(22) o en España (6,2%)(12).

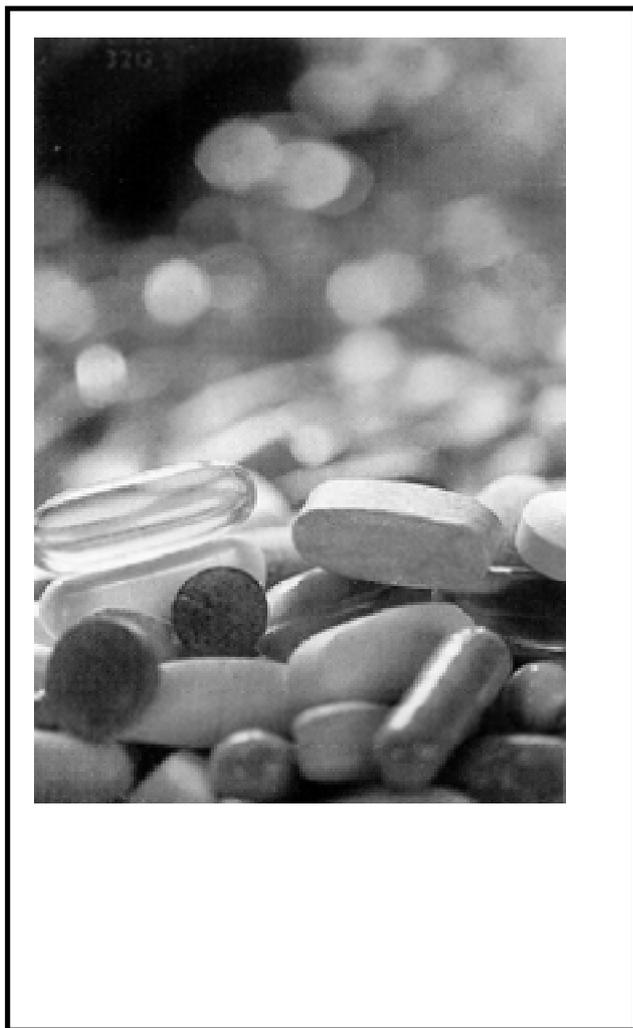
De todas maneras, una evaluación de la tasa de consumo de psicofármacos de la población general, debe tener en consideración la prevalencia de trastornos mentales de la comunidad. Aunque lamentablemente, carecemos de datos locales actuales sobre dicha prevalencia, el último estudio poblacional que fue realizado por el Conicet a través de su programa de epidemiología psiquiátrica entre los años 1979 y 1982 indicaba que un 26% de la población general de la ciudad de Buenos Aires presentaba síntomas moderados o graves que requerían asistencia psicológica y/o psiquiátrica(20). Podríamos suponer quizás, que actualmente este porcentaje es aún mayor merced a las difíciles situaciones políticas y económicas que padeció la población en las dos últimas décadas. Teniendo en cuenta este dato, resulta difícil entonces concluir taxativamente que el consumo de psicotrópicos en residentes de la ciudad de Buenos Aires sea excesivo.

El mayor consumo de psicofármacos por mujeres hallado en nuestro estudio se encuentra en consonancia con lo encontrado en los otros estudios publicados. Este mayor consumo ha sido explicado clásicamente por diferencias socio-culturales que hacen que la mujer esté más propensa a recurrir a ayuda profesional frente a síntomas de índole psicológico(1). Una explicación alternativa sería la mayor prevalencia de cuadros de ansiedad y afectivos en mujeres. Sin embargo, en Buenos Aires esa diferencia no es tan grande como en otras comunidades donde a veces se observa casi el doble de prevalencia(1, 2, 17). Posible-



mente, los mismos problemas económicos y de desocupación ya referidos anteriormente, hayan aumentado la prevalencia de los trastornos afectivos y de ansiedad especialmente en los hombres de nuestra sociedad. En un estudio reciente se observó que los individuos empleados presentan tasas de consumo menores que los que no lo están(1).

Nuestro estudio también demostró, como otros(24), que el uso de psicofármacos aumenta con la edad, siendo superior en los individuos mayores de 64 años de edad. Teniendo en cuenta que las personas añosas son particularmente vulnerables a los efectos adversos de los psicofármacos, y que a su vez, este grupo etario hace uso de muchos otros medicamentos que pueden potenciar estos efectos adversos, es menester hacer un especial control de los fármacos utilizados por esta población.



En nuestro estudio no hallamos diferencias de consumo entre individuos de clases sociales distintas, aunque sí según nivel educativo. A diferencia de lo hallado en otros estudios(1, 21) el uso de psicotrpicos es mayor en los individuos con educación terciaria o universitaria completa. No parece esto ser debido a una mayor asistencia al médico por parte de la población más educada, ya que no hallamos asociación entre el nivel de educación de los que utilizan medicación con el origen de la recomendación del psicofármaco.

Es alarmante la proporción de individuos que toman psicofármacos sin ser prescriptos por un profesional médico. En nuestro estudio 1 de cada 4 individuos que toman medicamentos psicotrpicos lo hacen sin recomendación médica. Esto constituye un grave problema sanitario agravado por el hecho de que las benzodiazepinas, que pueden producir abuso y dependencia, fueron las drogas más utilizadas por recomendación de individuos no médicos. Este dato se torna aún más preocupante cuando observamos la alta proporción de individuos que continúan tomando el psicofármaco sólo por el acostumbramiento y la alta tasa de individuos que presentan una elevada dependencia a la medicación psicotrpicica. Es sumamente importante el control de esta medicación por parte de los profesionales médicos, así como el control estatal para evitar las ventas sin receta. A diferencia de Buenos Aires, en Santiago de Chile sólo el 11% de los

individuos que consumen benzodiazepinas carece de control médico(11), mientras que en el Reino Unido es prácticamente inexistente la ingesta de psicofármacos sin prescripción médica(18). Por otra parte, parece ser fundamental el momento inicial de la prescripción, ya que sólo el 6% de los individuos a quienes inicialmente se los prescribió un médico consigue la medicación sin control adecuado, mientras que el 71% de los individuos que comenzaron a tomar el psicofármaco sin control médico las siguen adquiriendo sin control.

Dada la alta proporción de médicos no psiquiatras (principalmente médicos clínicos) que indican psicofármacos, se necesita imperiosamente incluir, en la formación de estos especialistas, entrenamiento sistemático sobre el uso de estas medicaciones y el manejo de sus efectos adversos.

Las indicaciones principales de los psicofármacos reportados por los individuos encuestados fueron, en frecuencia decreciente: trastornos del sueño, trastornos de ansiedad y depresión. El hecho de que el principal motivo para tomar la medicación sea por problemas de sueño se vincula con la alta prevalencia de estos problemas en la población argentina según una encuesta publicada recientemente(8). Es preocupante que el 14% de los individuos que toma el psicofármaco para mejorar de su depresión sólo toma benzodiazepinas, si bien dada las características de la encuesta no se pudo determinar la correspondencia entre la indicación reportada y el verdadero trastorno que la persona padecía.

Nuestro estudio tiene diversas limitaciones: las encuestas fueron tomadas a transeúntes, lo que determinó dejar de lado a individuos institucionalizados o con trastornos orgánicos y mentales severos que dificultasen su deambulación. Esto también condicionó una reducción en el porcentaje de gente añosa incluida en el estudio en relación al porcentaje real que habita la ciudad(9), disminuyendo la representatividad de nuestra muestra. Además, es posible que la prevalencia detectada sea una cifra inferior a la real teniendo en cuenta que ciertos sujetos se muestran renuentes a declarar hábitos que consideran vergonzantes o reprochables. Sin embargo, el grado de aceptabilidad social de la medicación psicofarmacológica en la población de Buenos Aires y el anonimato de los encuestados seguramente redujo este efecto. Por otra parte, la falta de evaluación de trastornos mentales de los individuos consultados impide conocer la adecuación de los psicofármacos utilizados. Este dato deberá ser tenido en cuenta en futuros estudios.

En conclusión, los resultados de nuestro estudio demuestran que el uso extendido de psicofármacos por parte de la población general constituye un problema de relevancia sanitaria. Se necesitará implementar polí-

ticas que impidan el uso irracional de estos medicamentos y permitan que los individuos estén medicados con

estas drogas acorde a sus trastornos mentales y bajo un adecuado control médico ■

Referencias bibliográficas

- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109 (suppl 420): 55-64.
- Beck C, Williams J, Li Wang J et al. Psychotropic medication use in Canada. *Can J Psychiatry* 2005; 50(10):605-613.
- Burin M y col: *El malestar de las mujeres, la tranquilidad recetada*. Parte II. Ed Paidós, Buenos Aires, 1990.
- Carrasco P, Astasio P, Ortega P et al. Factors related to psychotropic drugs consumption among the Spanish adult population. Data from the Spanish National Health Survey for 1993, 1995 and 1997. *Med Clin (Barc)* 2001; 116(9):335-336.
- Cramps S. *El problema de la automedicación*. Diario Clarín. Sección Sociedad/Salud. 24/1/2005.
- Diario La Nación: *Se consumen 6 millones de aspirinas por día en el país*. Sección Ciencia /Salud. 28/6/2005.
- Diario Página Doce: *En busca del alivio con las pastillitas*. Sección Sociedad. 10/7/2005.
- Diario Página Doce: *Radiografía del humor Social*. Sección Sociedad. 10/7/2005.
- Dirección General de Estadística y Censo GCBA: *Encuesta anual de hogares. Año 2004*. URL: http://www.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/sintesis_resultados_eah_2004.doc.
- Franco L, Pecci C. Comunicación personal.
- Fritsch Montero R, Rojas Castillo G, Gaete Olivares J et al. Consumo de benzodiazepinas en la población general del Gran Santiago de Chile. *Actas Esp Psiquiatr* 2005; 33(5):286-291.
- García del Pozo J. The use of anxiolytic and hypnotic drugs in Spain (1995-2002). *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78(3): 379-387.
- Giubellino G. *La gente compra cada vez más remedios para los nervios*. Diario Clarín. Sección Sociedad. 23/4/2005.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. *La industria farmacéutica en la Argentina*. URL: http://www.indec.mecon.gov.ar/nuevaweb/cuadros/13/farm_05_05.pdf.
- Mari JJ, Almeida-Filho N, Coutinho E et al. The epidemiology of psychotropic use in the city of Sao Paulo. *Psychol Med* 1993; 23(2):467-474.
- Míguez H. Consumo de sustancias psicoactivas en la Argentina. *Acta psiquiát. Psicol Am. lat.* 2000 46(3): 231-236.
- Ngoondo-Mbongue TB, Niezborala M, Sulem P et al. Psychoactive drug consumption: performance-enhancing behaviour and pharmacodependence in workers. *Pharmacoe - pidemiol Drug Saf* 2005; 14(2):81-89.
- Ohayon M, Caulet M, Priest R et al. Psychotropic medication consumption patterns in the UK general population. *J Clin Epidemiol* 1998; 51(3): 273-283.
- Ohayon M, Lader M. Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy and the United Kingdom. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(9): 817-825.
- Pages LF, Casullo M, y Paso F. Prevalencia de la patología mental en la megápolis de Bs.As. CONICET 1982. Programa de investigaciones sobre Epidemiología Psiquiátrica. *Documenta Laboris*. Año II, nº 32.
- Paulose-Ram R, Jonas BS, Orwig D et al. Prescription psychotropic medication use among the U.S. adult population: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *J Clin Epidemiol* 2004 57(3): 309-317.
- Pelfrene E, Vlerick P, Moreau M et al. Use of benzodiazepine drugs and perceived job stress in a cohort of working men and women in Belgium. Results from the BELSTRESS-study. *Soc Sci Med* 2004 59(2):433-442.
- Subsecretaría de Atención de las Adicciones. Ministerio de Salud. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires: *Estudio de prevalencia en el año 2004 sobre abuso de alcohol y uso de drogas en la población general del conurbano de 16 a 26 años de edad*. URL: http://www.sada.gba.gov.ar/ob_juvenil.htm.
- Voyer P, Cohen D, Lauzon S et al. Factors associated with psychotropic drug use among community-dwelling older persons: A review of empirical studies. *BMC Nurs* 2004; 3(1):3.



Vivenciar
Equipo de Apoyo

**ACOMPANIAMIENTO
TERAPÉUTICO**
*Especializado en Pacientes
Psiquiátricos*

www.vivenciar.com.ar
4803-5377 / 15-5138-2968
Mail: informes @vivenciar.com.ar

Agradecemos a B. Barrera, L. Genzone, J. Gil Costa, M. Konfederak, L. Lopez, B. Montenegro, V. Perez y G. Thomas por la ayuda en la recolección de datos.

Emergencia hospitalaria y uso de sustancias psicoactivas

Hugo A. Míguez

Ph.D. en Psicología. Programa de Epidemiología Psiquiátrica. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas. Medrano 1922. 11B. CP.1425. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. E-mail: miguez@ciudad.com.ar. / www.geocities.com/hugomiguez

Introducción

Las revisiones(11) que se han realizado sobre el inicio del consumo de sustancias psicoactivas en América Latina señalan que, sobre los problemas endémicos del alcohol y el tabaco, a partir de la década del setenta, se extendió el uso de la marihuana y de los alucinógenos como el LSD; más tardíamente, la aparición del consumo epidémico de la cocaína, y luego las sustancias sintéticas. En general se conviene que, hoy en día, empezando el siglo XXI, todos los países de la región se ven afectados por estos problemas. Las condiciones de accesibilidad actual a las sustancias psicoactivas han hecho de la toxicomanía algo más que un fenómeno patológico individual. Las drogas legales como el alcohol se adquieren en el supermercado, en los *drugstore* de 24 horas o llegan a la propia casa por el sistema de *delivery*. Las drogas prohibidas circulan por un entramado de ghettos que, según el lugar, transcurre bajo una importante tolerancia social(6, 7).

Tradicionalmente, la gravedad de la intoxicación era considerada a partir de las características propias de la sustancia como la dosis absorbida, el grado de concentración, la forma de entrada en el organismo y, también, por factores individuales como la existencia de enfermedades mentales u orgánicas previas al consumo, la edad, el sexo, el peso y la talla.

Hoy, frente a su extensión mundial se hace necesario considerar los cambios socioculturales(5) que han lleva-

do a usos y sustancias fuera de la cultura tradicional que los contenía y los hayan extendido a grupos sin una convivencia histórica con estos. En la Argentina, si bien esto atañe particularmente a muchas de las sustancias ilícitas que hoy en día se han introducido, el caso más significativo lo constituye, sin duda, la modificación de la modalidad de ingesta de bebidas alcohólicas que pasó de la bebida regular a la episódica(8).

La ingesta habitualmente “disciplinada” (incluso en el abuso) que caracterizaba la relación con el alcohol como una conducta cotidiana y trastornos a largo plazo de orden somático, fue transformada en las últimas décadas hacia una ingesta episódica, con descontrol de la conducta y frecuentes trastornos en el orden social y efectos sobre terceros (violencias y accidentes). Los estudios epidemiológicos en hogares de la década del setenta(2) que indicaban la modalidad intermitente o episódica en el 18,3% de los casos de abuso, treinta años después(12), sobre una población comparable, presentan una prevalencia de este tipo de consumo que crece al 77,0% de los casos de abuso.

Aspectos metodológicos

El Programa de Epidemiología Psiquiátrica del CONICET desarrolló la metodología de Ventanas Epidemiológicas(9) que consideraba la evaluación de problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, dentro

Resumen

Los datos obtenidos por una sonda epidemiológica sobre la consulta de emergencias en nueve hospitales de la Provincia de Buenos Aires señalaron un 8,4% de los casos de emergencias relacionados con el abuso de sustancias psicoactivas. Aproximadamente dos de cada diez de estos casos se expresa como una situación de violencia hacia otros o hacia sí mismo, y afecta especialmente a la población menor de 20 años. Las bebidas alcohólicas son referidas en más de la mitad de las respuestas sobre sustancias consumidas durante las seis horas anteriores a la consulta de emergencia. Estos resultados señalan la conveniencia de mantener un sistema de sondas rápidas como elemento central de la red de vigilancia epidemiológica sobre consumo de sustancias psicoactivas

Palabras clave: Emergencias hospitalarias – Alcohol y Drogas – Epidemiología

MORBIDITY BY DRUG USE, IN THE EMERGENCY ROOM OF THE GENERAL HOSPITAL

Summary

The data were collected by an epidemiological sounding on the emergency room in nine representative hospitals of the Province of Buenos Aires. 8.4% of the cases of emergencies were related to the abuse of psychoactive substances. Approximately two of each ten of these cases are expressed like a violence situation towards others or itself and specially affects the population of less than 20 years. Alcohol drinks are referred in more than half of the answers on substances consumed during the six hours previous to the emergency consultation. These results indicate the convenience of maintaining a system of fast soundings as central element of the epidemiological monitoring network on consumption of psychoactive substances.

Key words: Emergencies rooms – Alcohol – Illicit drugs – Epidemiology

Tabla 1
Impresión del médico sobre la relación entre la consulta de urgencia y el consumo de sustancias psicoactivas en hospitales seleccionados de la Provincia de Buenos Aires

| Impresión del médico tratante | Abs | % | Intervalo de confianza (95%) | |
|--|-------------|---------------|------------------------------|-------|
| Desconocido | 73 | 2,2% | 1,7% | 2,8% |
| Relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas | 281 | 8,4% | 7,5% | 9,4% |
| Sin relación con el consumo de sustancias psicoactivas | 2993 | 89,4% | 88,3% | 90,4% |
| Total | 3347 | 100,0% | | |

Fuente: SADA/Observatorio. 2005

de los servicios de emergencias de los hospitales generales. Su primera aplicación(10) tuvo lugar a mediados de la década de los ochenta. En los últimos años, la Subsecretaría de Atención de las Adicciones (SADA) de la Provincia de Buenos Aires, impulsó la aplicación de esta metodología como una serie de sondas rápidas en el campo sanitario.

En octubre del 2005 se realizó la sonda epidemiológica de emergencias en la Provincia de Buenos Aires para lo cual se seleccionaron once hospitales representativos del área de atracción de SADA. No fue posible incluir los datos de tres de ellos que, a raíz de problemas gremiales, no completaron los días de recolección de información requeridos para el estudio. En total fueron recogidas 3.347 encuestas. La recolección de datos se realizó en los siguientes hospitales y localidades: Dr. J. Penna (Bahía Blanca); Julio de Vedia (9 de Julio), Abraham Piñeyro (Junín), Eva Perón (San Martín), Pte. Perón (Avellaneda), Luisa C. De Gandulfo (Lomas de Zamora), Evita Pueblo (Berazategui), Blas Dubarry (Mercedes), San Roque (Gonnet).

La recolección de datos se llevó adelante con la metodología original del Programa de Epidemiología Psiquiátrica del Conicet. Fue aplicada durante las 24 horas de los servicios de atención de urgencias de los hospitales generales, durante siete días completos. De esta forma se completó un total de 3.347 encuestas de consultantes de 14 años y más, en nueve hospitales de la Provincia de Buenos Aires.

Para su aplicación y recolección se organizaron equipos de cuatro personas, profesionales de los Centros

Preventivos Asistenciales de la Subsecretaría que cubrieron todas las guardias durante siete días de una semana típica (sin feriados o eventos especiales). El trabajo fue coordinado con el Director y el Jefe de Guardia de cada hospital. La revisión de la información, la carga de los datos y el proceso estadístico estuvo a cargo de personal del Observatorio de SADA.

La población de emergencia encuestada mostró que un 43,7% de los entrevistados tenía treinta años o menos. El 18% era menor de edad. La proporción de varones y mujeres fue prácticamente igual. Solteros y en pareja mantenían proporciones semejantes. El desempleo alcanzaba al 12,1%. Obreros, empleados, personal de mastranza y servicio doméstico fueron las ocupaciones más frecuentes. Un 6,2% correspondían a Planes Jefes y Jefas de Hogar (subsídios sociales otorgados por el Estado).

Resultados

Del total de casos encuestados en los nueve hospitales se halló que el 3,1% se relacionaron con situaciones de violencia (incluyendo los intentos suicidas) y el 17,6% fueron accidentes (especialmente "caseros").

Tabla 2
Impresión del médico sobre el tipo de consulta de urgencia relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas en hospitales seleccionados de la Provincia de Buenos Aires

| Relación | Abs | % | Intervalo de confianza (95%) | |
|---|------------|---------------|------------------------------|-------|
| NS - NC | 25 | 8,9% | 5,8% | 12,9% |
| Estado agudo de intoxicación. | 44 | 15,7% | 11,6% | 20,4% |
| Consecuencia inmediata del estado de intoxicación (traumatismo, herida, etc.) | 122 | 43,4% | 37,5% | 49,4% |
| No intoxicado pero es un trastorno vinculado con historia de consumo de larga evolución | 83 | 29,5% | 24,3% | 35,2% |
| Síndrome de abstinencia | 7 | 2,5% | 1,0% | 5,1% |
| Total | 281 | 100,0% | | |

Fuente: SADA/Observatorio. 2005

Tabla 3
Motivo del ingreso al servicio de emergencia, según relación con el uso de sustancias psicoactivas, en una semana típica, en hospitales seleccionados de la Provincia de Buenos Aires

| Motivo del ingreso | Relación de la consulta de emergencia con el uso de sustancias psicoactivas | | | | | |
|---------------------------------|---|--|-------|---------------|------------------------------|-------|
| | Con relación | | | Sin relación | | |
| | % | Intervalo de confianza (95%) | | % | Intervalo de confianza (95%) | |
| Desconocido | 6,4% | 3,8% | 9,9% | 8,3% | 7,3% | 9,3% |
| Accidente de tránsito | 8,9% | 5,8% | 12,9% | 3,2% | 2,6% | 3,9% |
| Accidente de trabajo | 4,6% | 2,5% | 7,8% | 3,7% | 3,0% | 4,4% |
| Accidente común o casero | 12,8% | 9,1% | 17,3% | 9,9% | 8,9% | 11,0% |
| Situación de violencia | 16,7% | 12,6% | 21,6% | 1,3% | 0,9% | 1,8% |
| Intento de suicidio | 3,6% | 1,7% | 6,4% | 0,2% | 0,1% | 0,5% |
| Sobredosis | 7,1% | 4,4% | 10,8% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| Síndrome de abstinencia | 1,8% | 0,6% | 4,1% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| Otro motivo médico | 38,1% | 32,4% | 44,0% | 73,4% | 71,8% | 75,0% |
| Total | 100,0% | (n:281) | | 100,0% | (n:2993) | |
| | | <i>Omitidos 73 casos sin información</i> | | | | |

Fuente: SADA/Observatorio. 2005

En el primer caso se refirieron casos de enfrentamientos callejeros, situaciones de robo, peleas entre vecinos; en el segundo, quemaduras, cortaduras o caídas. Durante la encuesta, el médico tratante de la emergencia actuó como un informante calificado, para estimar si el caso que atendía mantenía alguna forma de vinculación con el uso de sustancias psicoactivas. En el 8,4% de los casos examinados el médico tratante de la emergencia consideró establecida una relación de la consulta con el consumo de una sustancia psicoactiva. Los varones representaron el 80,1% del total de las emergencias relacionadas con el uso de alcohol y drogas (Tabla 1).

Estas emergencias llegaron a la consulta en un 15,7% como consecuencia de estar intoxicadas. Otro 43,4% acudió por problemas como heridas o golpes derivadas de haberse intoxicado y un 29,5% guardaba relación con una historia de consumo repetido como por ejemplo el caso de una hemorragia gástrica de un alcohólico crónico. El síndrome de abstinencia para cualquier sustancia se presentó solamente en el 2,5% de estas consultas (Tabla 2).

Se observó que, en la consulta relacionada con el uso de alcohol y drogas, los motivos vinculados a situaciones de violencia e intentos de suicidio alcanzan el 20,3% de los casos (contra el 1,5% de la consulta restante). De manera similar el porcentaje de accidentes en la consulta asociada a las sustancias psicoactivas llega a un 26,3% (de no presentarse esta vinculación es el 16,8%) (Tabla 3).

Entre los casos de 14 a 20 años de edad se presentaron los porcentajes más altos de ingreso por violencia seguido por el grupo de 21 a 30 años de edad (Tabla 4).

La sonda recogió, en opinión del médico tratante, el consumo del paciente de sustancias psicoactivas en las últimas seis horas antes de la llegada a la emergencia. El grupo de edad menor de 30 años tuvo la proporción más alta de casos con consumo en cualquiera de las di-

ferentes sustancias psicoactivas. Del total de emergencias el 15,3%, (512 casos) habían consumido alguna droga en ese período. El 55,0% de éstos fue relacionado con la causa de la emergencia.

Sobre el total de respuestas acerca de las sustancias consumidas (incluyendo casos con más de una respuesta) el consumo de alcohol, solo o combinado con otras sustancias, apareció en el 51,2% de las respuestas.

Discusión

El 8,4% de los casos de emergencias guarda relación con el abuso de sustancias psicoactivas. Aproximadamente dos de cada diez de ellos se expresa como una situación de violencia hacia otros o hacia sí mismo. Un indicador a tomar en cuenta si se considera que es en la población joven donde se expresa con mayor intensidad esta vinculación. Más de la mitad del consumo de sustancias psicoactivas que se produjo poco antes de originarse la emergencia, tuvo que ver con su causa y, por lo general, fue con bebidas alcohólicas. Síntesis de una situación que habla por un lado de las modificaciones del patrón sociocultural de la ingesta inveterada o cotidiana hacia una bebida "explosiva" y, por otro, con el agravamiento de esta situación a partir de la introducción de nuevas sustancias ilícitas y sus mezclas con las legales.

El modelo de la alcoholización excesiva de fin de semana que años atrás se lo situaba en países anglosajones(13), está en la actualidad presente en Buenos Aires y, especialmente, en las pautas de los grupos juveniles. Se expresa en la morbilidad que llega como accidentes y violencias, porque es la forma como se expresan las consecuencias del descontrol que está en la base de una pelea callejera, un accidente de tránsito, o una inadvertencia frente a una situación peligrosa en la propia casa.

Se confirma que el registro de la morbilidad por alcohol y drogas en los servicios de urgencias constituye un

Tabla 4
Motivo del ingreso al servicio de emergencia de los casos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, según grupos de edad, en una semana típica, en hospitales seleccionados de la Provincia de Buenos Aires

| Motivo del ingreso | Grupos de Edad | | | | | |
|--------------------------------|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 14 a 20 | 21 a 30 | 31 a 40 | 41 a 50 | 51 a 60 | 61 y más |
| Desconocido | 3,2 | 4,9 | 8,7 | 7,7 | 11,5 | 7,4 |
| Accidente de tránsito | 16,1 | 7,4 | 4,3 | 2,6 | 3,8 | 18,5 |
| Accidente de trabajo | 1,6 | 7,4 | 2,2 | 2,6 | 11,5 | 3,7 |
| Accidente casero | 11,3 | 14,8 | 8,7 | 15,4 | 11,5 | 14,8 |
| Situación de violencia | 24,2 | 19,8 | 10,9 | 12,8 | 7,7 | 14,8 |
| Intento de suicidio | 4,8 | 3,7 | 4,3 | 5,1 | 0,0 | 0,0 |
| Sobredosis | 6,5 | 7,4 | 8,7 | 10,3 | 3,8 | 3,7 |
| Síndrome de abstinencia | 1,6 | 1,2 | 2,2 | 5,1 | 0,0 | 0,0 |
| Otro motivo médico | 30,6 | 33,3 | 50,0 | 38,5 | 50,0 | 37,0 |
| Total | 100,0 62 | 100,0 81 | 100,0 46 | 100,0 39 | 100,0 26 | 100,0 27 |

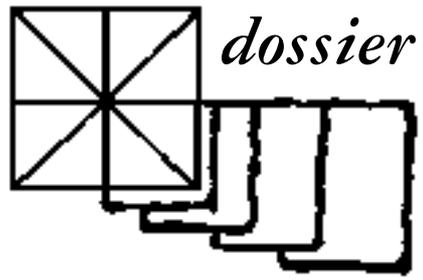
Fuente: SADA/Observatorio. 2005

método adecuado para ubicar las cambiantes situaciones de vulnerabilidad epidemiológica que introduce la cultura de consumo de alcohol y drogas. Las sondas rápidas muestran su utilidad como estrategia para la red de vigilancia epidemiológica y, también, para dar soporte técnico a la programación(1) en la materia.

Los datos obtenidos refuerzan la idea de apoyar este tipo de vigilancia epidemiológica como sistema regular para asegurar el monitoreo crítico(3) de los condicionantes del abuso de alcohol y drogas y permitir a su vez, el trazado de objetivos y líneas de acción(4) tanto en su prevención como en su asistencia ■

Referencias bibliográficas

- González P. El modelo secuencial de atención en drogodependencias. Ed. *Revista Peruana de Drogodependencias*. 2004. Vol 2. N°1. 155-179.
- Grimson WR, Blanco A, Estrugamu M, Lastres E, Henchí S, Phillipott E. et al. Investigación epidemiológica de entidades psiquiátricas *Bol Of Sanit Panam* 1972. Vol LXXIII N° 6. pp. 573-585
- Griffiths P, McKetin R. La práctica de la epidemiología del uso indebido de drogas. Establecimiento de una perspectiva mundial de las pautas y tendencias del consumo de drogas: un desafío para la epidemiología de las drogas. Naciones unidas. Oficina contra la Droga y el Delito. *Boletín de estupefacientes*. 2003. Vol LV, Nums 1 y 2.
- Jaimes Osma JE. Observatorio epidemiológico de sustancias psicoactivas. Ed. *Adicciones-Socidrogalcohol*. 2002. Vol 14, N° 2. p. 212
- Marconi J. Definiciones básicas. En: *Acta. Epidemiología del alcoholismo en América Latina*. Buenos Aires. 1967. pp. 17-23
- Míguez HA. Naturaleza del uso intravenoso de cocaína en la Argentina *Acta Psiquiát Psicol Am Lat* 1998. 44(1) 41-49.
- Míguez H, Magri R. Patronos socioculturales del uso drogas en jóvenes de clase alta *Acta Psiquiát Psicol Am Lat* 1993. 39 (4), 294-300
- Míguez HA. *El Espejo de Erised: determinaciones sociales del abuso epidémico de alcohol*. Buenos Aires. Ed. Publicaciones del Seminario de Investigaciones sobre Antropología Psiquiátrica. 2005
- Míguez HA. Obtaining Epidemiologic Information on the improper use of psychoactive substances: strategies applied in Argentina. *Bulletin of PAHO* 1990. 24(1), pp 63-69
- Míguez HA. Consultas de urgencia por abuso de sustancias psicoactivas en hospitales de Buenos Aires. *Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud*. 1989. Vol. 107 N° 4. pp 296-305
- Perez Gomez A, Díaz-Granados O, Peña Amaya P. *La Juventud y las drogas*. Colombia. Ed. Alfaomega. 2002
- Subsecretaría de Atención de las Adicciones. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires *Primer estudio epidemiológico en hogares sobre Consumo de Sustancias Adictivas-PBA*. 2003.
- Valerio E. La clasificación de E.M. Jellinek. en *Temas de alcohol y alcoholismo*. Instituto Nacional sobre Alcoholismo. Costa Rica 1980. pp 19-25

 *dossier*



SEXOLOGÍA, SEXUALIDAD, psiquiatría y cultura

Coordinadores:
Santiago Levín y
Juan Carlos Stagnaro

La sexología, definida por algunos como "ciencia de lo sexual", se constituyó como campo de conocimientos específicos, hacia fines del siglo XIX, en la encrucijada de las obras de tres pioneros en ese tema: Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) ilustre psiquiatra sucesor de Theodor Meynert en la cátedra de la Universidad de Viena, quien publicó en 1886 su famoso texto *Psychopathia Sexualis*, Albert Moll (1826-1939) especialista de la sugestión y discípulo de Hippolyte Bernheim en Nancy, quien se hizo célebre con la publicación de su libro *Untersuchungen über die Libido sexualis* y Henry Havelock Ellis (1859-1939) autor, a partir de 1897, de los ocho volúmenes de sus influyentes *Studies in the Psychology of Sex*.

En 1905, con la publicación de sus Tres ensayos sobre la teoría sexual, Sigmund Freud reconoció su deuda con los sexólogos. Pero, a diferencia de aquellos que la entendían como una disciplina vinculada a la biología cuyo objeto de estudio era la actividad sexual humana y su tratamiento, el creador del psicoanálisis, al elaborar una teoría universal de la sexualidad fundada sobre la noción de libido, transformó la significación de la oposición entre lo normal y lo patológico, distinguiendo teóricamente su doctrina de toda forma de estudio comportamental.

A partir de allí el psicoanálisis entendió a la sexualidad como un concep-

to amplio que recubría todas las actividades humanas, extendiéndose hasta las, aparentemente, más alejadas como la creación artística o la actividad intelectual. Todas ellas por vía de la sublimación provenían de la misma fuente que alimentaba la descarga directa propia de la vida genital. La doctrina freudiana de la sexualidad recibió numerosas críticas y fue recusada por sus dos principales disidentes (Carl Jung y Alfred Adler). Los autores postfreudianos (Melanie Klein, Donald Winnicott, Heinz Kohut entre otros) elaboraron sendas contribuciones críticas en función de la cuestión del narcisismo.

La psiquiatría, por su lado, desarrolló, desde finales del siglo XIX, un frondoso aparato conceptual y terminológico. Posteriormente al marcado interés por los efectos deletéreos de la masturbación (con fondo de teoría degenerativa), en su apresuramiento taxonómico, la psiquiatría decimonónica acuñó tardíamente el término "homosexual". Más tarde aún creó el de "heterosexual". De uno estos dos neologismos grecolatinos accedieron a la vida pública. "Homosexual" tuvo un fugaz inicio panfletario, cuando apareció en 1872 en las calles de Leipzig. Su autor, un tal Kertbeny, era un defensor de los derechos de los homosexuales. Fue Krafft-Ebing quien le dio ciudadanía psiquiátrica, al emplearlo en la segunda edición de su *Psychopathia sexualis* (Stuttgart, 1887). Poco a poco "homosexual" se impuso y reemplazó a

las palabras en curso hasta ese momento: uranista, sodomita, invertido. Este desplazamiento será un hecho consumado hacia 1907. Durante un tiempo se lo leyó acompañado de otro más complejo: "sensaciones sexuales contrarias", usado por Karl Westphal en un artículo de 1887. "Heterosexual", por su parte, llegó ocho años después del primero, en 1880. Pareciera que ocupó un lugar de mero complemento taxonómico para clasificar a la gente sobre la base de la identidad anatómica del partenaire en el acto sexual. Sin embargo, estudios tales como el de Jonathan Ned Katz, *The invention of heterosexuality* demostró la complejidad del puzzle que estos términos permitieron armar. En efecto, esa nomenclatura clasificatoria no es una mera regulación de los actos sexuales, como fueron las nominaciones anteriores, sino que pretende ser una clasificación de las personas –en términos de normalidad o anormalidad– según su comportamiento sexual. En ese nuevo contexto el "hetero" advino como la regla del "homo". El apareamiento terminológico cobró un alcance conceptual.

Luego de la Primera Guerra mundial la sexología tomó un cariz político centrado sobre las ideas de la revolución sexual, pero fue en los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial que cobró un desarrollo considerable a partir de los EE. UU. El informe elaborado por el biólogo Albert Kinsey, publicado entre 1948 y 1953, sobre la sexualidad de los hombres y mujeres norteamericanos, y los trabajos de William Masters y Virginia Johnson, contribuyeron ampliamente a desencadenar ese fenómeno. En las décadas posteriores se asistió al desarrollo de la sexología como disciplina clínica alcanzando una gran audiencia entre el público en general. Sin embargo, sus contenidos no han entrado con la misma importancia en la curricula de los estudios médicos.

A pesar de todo lo dicho, lo escrito y lo debatido sobre sexualidad humana desde las épocas iniciales de Freud hasta nuestros días, sorprende una vez más encontrarse cara a ca-

ra con las sordas resistencias que esta apasionante temática genera. Es que la sexualidad humana, tan omnipresente como escurridiza, tan universal y evidente como individual e intransferible, no se deja dominar con facilidad. Tal vez la dificultad primera resida en el hecho, no por ya sabido menos problemático, de que quien habla de sexualidad no puede dejar de hablar sobre sí mismo de una manera o de otra. No existe un solo párrafo escrito sobre la materia que no nos aluda a cada uno de nosotros, que no nos interpele como seres necesarios e inevitablemente atravesados por esta experiencia histórica, fundante, y a la vez permanentemente actual. Los médicos, inclusive los psiquiatras, nos tropezamos con dificultades toda vez que debemos abordar temáticas que no sólo afectan a nuestros pacientes sino que nos aluden a nosotros mismos como seres humanos. Los artículos del presente Dossier invitan a la reflexión y brindan información fundada sobre varios tópicos relativos a esta problemática que atraviesa la clínica cotidianamente. Adrián Sapetti explora los polos antitéticos de la muerte y el sexo, Silvia Di Segni Obiols presenta una investigación histórica sobre la evolución del concepto de homosexualidad hasta su eliminación del DSM preguntándose porqué las relaciones sexuales entre adultos consintientes fue más perseguida que otras conductas que afectan los derechos de otros como la pedofilia y la violación. Por su lado Mireille Bonierbale y colaboradores, estudian, en un artículo muy singular por su novedad a nivel mundial, el destino de los transexuales operados; Alexis Mussa y Martín Nemirovsky desarrollan la metodología de evaluación de la función sexual bajo tratamiento psicofarmacológico; Daniel Matusevich, María Carolina Vairo, Martín Ruiz y Hugo Pisa, utilizando estudios de casos, nos ilustran sobre los matices de la sexualidad en personas afectadas de demencia y Pablo M. Gabay, Mónica Fernández Bruno y Emilio J. A. Roldán comunican los resultados de sus investigaciones sobre la sexualidad en pacientes esquizofrénicos ■

Sodomitas, homosexuales, gay: De la persecución a la desmedicalización

Silvia Di Segni Obiols

Doctora en medicina, (UBA), Especialista en Psiquiatría, Docente Autorizada del Depto. de Humanidades Médicas (UBA). Av. Dorrego 2231 (1414) Buenos Aires, Argentina, telefax: 011-4771-1272, sdisegni@fibtel.com.ar

Lo que es decisivo para el psiquismo humano no es la sexualidad sino su distorsión
C. Castoriadis(10)

Alain Badiou(8) decía, en 1999: “trato de saber si, en el siglo XX, hemos tocado el sexo”. Y le pedía al Psicoanálisis testimoniar si, “en nuestro siglo hemos pensado y transformado la sexualidad humana de manera que nos abra otra promesa de existencia”.

No sólo el Psicoanálisis, sino también la Psiquiatría y otras corrientes de la Psicología contribuyeron a transformar la sexualidad y las mentalidades levantando antiguos prejuicios. Prejuicios que llegaron a niveles delirantes durante el siglo XIX y de los cuales la Psiquiatría no pudo mantenerse al margen. Prejuicios que tuvieron que esperar hasta los años '60 del siglo siguiente para comenzar a ser superados gracias al empuje de los jóvenes que lograban, por entonces, un espacio en el escenario social. Devolver a la sexualidad la “franqueza” que Foucault(11) señaló perdida desde el siglo XVII fue un proceso lento, a menudo cruel y, aún hoy, no finalizado.

En ese camino, diferentes prácticas perdieron su condición de “pecaminosas” o, en el marco de la teoría degenerativa, de agentes etiológicos de las peores enfermedades. Dos de ellas tuvieron un tratamiento especial: la masturbación, considerada la etiología de casi todos los males y la sexualidad entre personas de igual sexo que adquirió diferentes nombres. La primera, gracias al Psicoanálisis, fue desmitificándose y desapareció de los textos de Psiquiatría desde la primera mitad del siglo XX. Nunca fue mencio-

nada en el DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). La segunda tuvo su propio Holocausto, sus batallas por los derechos de la población gay y, hasta la década de 1980, apareció en los textos de Psiquiatría y en el DSM de alguna forma. En los libros de texto que formaron a generaciones de médicos estuvo presente de manera mucho más frecuente, mucho más extensa y mucho más marcada que conductas hoy consideradas criminales como la violación y la pedofilia. Cabe preguntarse por qué. En lo que sigue analizaré sobre todo el proceso que se desarrolló alrededor de las relaciones sexuales entre varones. Perseguidos primero como pecadores, luego como delincuentes y, en el pico de la homofobia, exterminados en campos de concentración durante la Segunda Guerra Mundial, a partir de los años '70 del siglo XX lograron, con el Movimiento Gay, cambios en la sociedad en su conjunto y, en particular, dentro de la APA (*American Psychiatric Association*) que llevaron a la eliminación de la homosexualidad del DSM. En 1895 Oscar Wilde había sido juzgado y condenado; casi 80 años después comenzaría el proceso de desmedicalización de la homosexualidad en el DSM. Mucha agua había corrido bajo los puentes para entonces. Pero, ¿por qué centrarse en los varones, por qué dejar el lesbianismo en segundo lugar? Porque, si bien esta práctica no fue abiertamente apoyada en Occidente, siempre se actuó más permisivamente respecto a las mujeres y casi no hubo mención del tema en los libros de Psiquiatría. Dirá el Grupo en Lucha por la Liberación de la Lesbiana:

La historia del lesbianismo es, prácticamente, una página en blanco. Consecuencia lógica del estado de

Resumen

Desde 1895, fecha del juicio a Oscar Wilde pasaron casi 80 años hasta el comienzo del proceso que comenzó a eliminar a la homosexualidad del DSM (APA) y contribuyó a despenalizarla. Durante ese período se pasó de la persecución moral y legal, el posterior exterminio en los campos de concentración a las jornadas de orgullo gay. Se analiza aquí este proceso en relación al DSM y se buscan respuestas a la pregunta de porqué la homosexualidad entre adultos que consienten fue mucho más perseguida que conductas sexuales que afectan claramente los derechos de otros como la pedofilia y la violación.

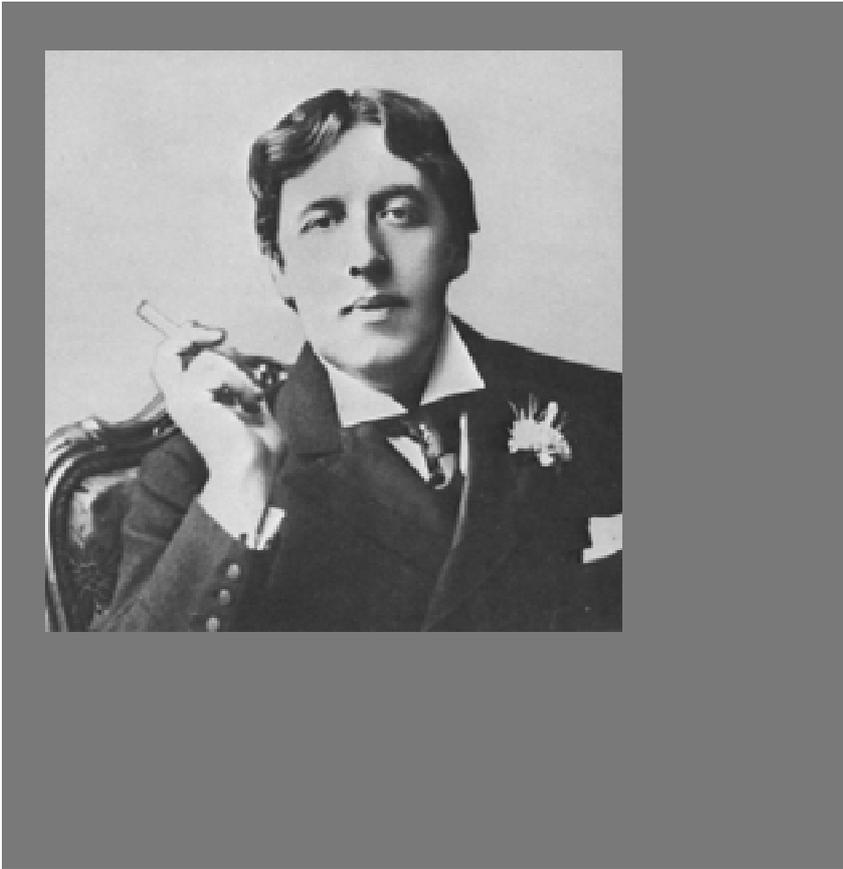
Palabras clave: Gay – Persecución – Orgullo – DSM – APA – Homosexualidad – Identidad de género

SODOMITES, HOMOSEXUALS, GAY: FROM PERSECUTION TO DEMEDICALIZATION

Summary

Since 1895, when Oscar Wilde was put on trial, almost 80 years passed until the beginning of the process that led to delete homosexuality from DSM (APA) – and contributed to its despenalization. Over that period, moral and legal persecution and mass killings in concentrations camps gave way to gay pride. Here we analyze this process in relation to DSM and we search for answers to the question of why homosexuality between consenting adults was far more persecuted than sexual behaviors that clearly affects the rights of other persons as paedophilia or rape.

Key words: Gay – Persecution – Pride – DSM – APA – Homosexuality – Gender identity



alienación de la mujer tras milenios de opresión por un sistema tiránico, heterosexista, sexofóbico y machista: el patriarcado(18).

Para los historiadores de la vida privada, hubo también otros motivos:

Lo que sí nos consta, en cambio, es la fascinación que la lesbiana ejerce sobre las imaginaciones masculinas de la época, otro síntoma de la relación defectuosa con el deseo que mina a los hombres del siglo XIX(7).

Las lesbianas habrían quedado así resguardadas por su capacidad excitante sobre el imaginario masculino. Puede darse también otra explicación a esta diferencia. Lo que los siglos XVIII, XIX y la primera mitad larga del siglo XX combatieron, a veces a muerte, no parece haber sido la actividad sexual entre personas del mismo sexo sino, sobre todo, la identificación contraria de género. Y, mientras no se toleró que el hombre se "feminizara", hubo más espacio para la "masculinización" de la mujer.

Del pecado a la medicalización

A mediados del siglo XIX la sexualidad con personas del mismo sexo no era un problema médico. Entre hombres recibía el nombre de "sodomía" o "pederastia"; entre mujeres, "safismo", "lesbianismo" o "tribadismo". Era considerada pecado y juzgada desde el punto de vista moral y, a menudo, penal. La medicalización de esta conducta fue el primer paso para disminuir la persecución ya que no podía considerarse responsable a quien fuera considerado enfermo/a. Uno de los autores que contribuyó a considerar enfermos a los "invertidos" fue Krafft-Ebing pero él también consolidó la idea de que todas las conductas sexuales que no respondieran a la "norma" (unión genital con fines procreativos) y, en particular la "inversión sexual", fueran

temidas, perseguidas y consideradas origen de diversos males. Su libro, *Psychopathia Sexualis*(17), fue un enorme éxito editorial y tuvo, desde la primera edición de 1886 hasta 1903, año en que murió el autor, doce ediciones.

Lo que hizo que este libro fuera tan popular fueron sus espeluznantes, sórdidos, repugnantes pero excitantes centenares de historiales clínicos. En él se describe con gran detalle el pecado "innominable entre cristianos" y muchos otros "pecados" más. Se advirtió que era un libro dirigido a los médicos y a los jueces, y los libreros pedían esa documentación antes de vender un ejemplar(19).

La *Psychopathia* también popularizó el, relativamente nuevo por entonces, término "homosexualidad", pero el mérito de haber creado un nombre neutro que eliminaba la connotación moral fue de un médico húngaro, Karl Marie Benkert quien, en 1869, sostuvo, en una carta al ministro de justicia, que la "homosexualidad" era innata y, por lo tanto, no podía ser castigada con prisión como sancionaba el artículo 175 del Código Penal

prusiano. Recordaba que, desde la Revolución Francesa, se hablaba y prometía la eliminación de ese artículo y que, si bien algunos estados alemanes la habían realizado, otros habían endurecido su posición. Con la adopción del término "homosexualidad" el tema se medicaliza y pierde la diferenciación por sexo ya que se usa indistintamente para hombres y mujeres. De todos modos arrastrará prejuicios durante muchos años y convivirá con los términos más antiguos en los libros de psiquiatría durante un largo siglo desde su invención.

En una línea diferente a la de Krafft-Ebing se ubicó Havelock Ellis, investigador inglés que trató de demostrar que la homosexualidad era congénita y por lo tanto natural, otra forma de sexualidad. Desde esta postura rechazaba el término "perversión" y consideraba que los homosexuales habían sufrido una detención de su desarrollo embrionario. Los ubicaba en un continuo entre hombres y mujeres heterosexuales considerando que la diferenciación sexual era una cuestión de grado y que todos los humanos eran básicamente bisexuales.

Comenzando el siglo XX la influencia de Lombroso cambió el panorama. Este criminólogo que adscribía a la teoría de la degeneración interpretaba la homosexualidad como una forma de atavismo, un resabio evolutivo en sentido darwiniano al igual que los criminales, que eran para él una raza primitiva superviviente. En 1906, en el VI Congreso Internacional de Antropología Criminal en Turín presentó una ponencia: "Del paralelismo entre la homosexualidad y la criminalidad innata" donde decía:

Una mirada a las conclusiones a las que han llegado Möll, Tarnowski, Laup, Sérieux, Penta, Cantara, Westphal, Krafft-Ebing, nos muestra un extraordinario paralelismo entre las numerosas especies de homosexuales y las especies de criminales(18).

El peso de Lombroso dentro de la Psiquiatría Legal devolvió el tema a una situación anterior a la Revolución Francesa considerando a todo homosexual un criminal en potencia.

En esos años, el Psicoanálisis tuvo también algo que decir al respecto. En 1905 Freud(5), que había leído a Krafft- Ebing y a Havelock Ellis, escribió sobre las “aberraciones sexuales” e hizo una crítica, parcial, a la teoría de la degeneración:

Parece más adecuado hablar de degeneración sólo cuando: 1) coinciden varias desviaciones graves respecto de la norma; 2) la capacidad de rendimiento y de supervivencia aparezcan gravemente deterioradas.

En relación a los “invertidos” dice:

Varios hechos hacen ver que los invertidos no son degenerados en el sentido legítimo del término:

1. Hallamos la inversión en personas que no presentan ninguna otra desviación grave respecto a la norma;

2. La hallamos en personas cuya capacidad de rendimiento no sólo no está deteriorada, sino que poseen un desarrollo intelectual y una cultura ética particularmente elevados,

3. Si prescindimos de los pacientes que se nos presentan en nuestra experiencia médica y procuramos abarcar un círculo más vasto, en dos direcciones tropezamos con hechos que prohíben concebir la inversión como signo degenerativo : a) (...) en pueblos antiguos (...) la inversión fue un fenómeno frecuente, casi una institución (...); b) la hallamos extraordinariamente difundida en muchos pueblos salvajes y primitivos, mientras que el concepto de degeneración suele circunscribirse a la alta civilización (Bloch)(12).

Este texto quedó a mitad de camino entre Krafft-Ebing y Havelock Ellis, entre la teoría de la degeneración y el rescate de virtudes en los homosexuales. De todos modos, el Psicoanálisis nunca discutirá a fondo las implicancias de su teoría del narcisismo en relación a la homosexualidad donde se fundamenta la patologización de la misma.

Hacia la despenalización y desmedicalización

Para los años cincuenta del siglo XX todas las teorías aquí enunciadas habían influido con ciertas particularidades sobre la Psiquiatría norteamericana. Del Psicoanálisis tomaba algunos conceptos llevados a los EE.UU. por Sandor Radó quien disienta con Freud respecto la bisexualidad de la infancia y a los componentes homosexuales latentes en todas las personas. La corriente dominante, la Psiquiatría dinámica, tuvo fundamental influencia sobre la APA y su DSM, grandes sujetos de los cambios del siglo XX en relación a la homosexualidad.

La APA publica el DSM-I (1952)(1) y ubica en él la ca-



tegoría *Desviación Sexual* incluida –junto a *Reacción anti-social*, *Reacción disocial* y *Adicción*– dentro de *Trastornos Sociopáticos de la Personalidad*. Esta última categoría muestra claramente la connotación antisocial que todavía se le atribuía a la homosexualidad. En el DSM II (1968)(2) se mantiene el ítem *Desviaciones Sexuales* pero aparece dentro de otra categoría, *Trastornos de la Personalidad*, dentro de la cual el punto 302.0 corresponde a *Homosexualidad*. Al sacar a las desviaciones sexuales de los trastornos sociopáticos parece predominar su caracterización como trastorno sin componente antisocial. Pero es en la última edición del DSM II (1973)(3) donde aparecen cambios espectaculares, tan importantes que en una nota en la página VI de la introducción se anuncia la eliminación del ítem *Homosexualidad* del manual. Como resultado de una larga lucha con el Movimiento Gay la APA da así un primer paso hacia la desmedicalización de la homosexualidad. ¿Cómo se concreta este cambio? La categoría *Desviaciones Sexuales* sigue dentro de los *Trastornos de la Personalidad*, pero ahora entre las conductas sexuales aparece con el número 302.0 *Trastorno de la Orientación Sexual {Homosexualidad}*. Cambio llamativo porque las dos categorías no parecen tener el mismo nivel: una apuntaría a una sola “desviación”, la otra podría incluir más de una y, por otro lado, como prueba de la falta de unanimidad ante el cambio, aunque entre corchetes, la *Homosexualidad* sigue apareciendo.

El proceso continúa en el DSM-III, (1980)(4) donde aparece una categoría nueva, *Trastornos Psicosexuales* indicando que el manual trata de alejarse del modelo biológico. Dentro de ellos se incluyen cuatro grupos: *Tras-*



tornos de la Identidad de Género (al castellano se tradujo como de *Identidad Sexual*), *Parafilias*, *Disfunciones Psicosexuales* y una clase residual *Otros trastornos Psicosexuales* con dos categorías: *Homosexualidad Egodistónica* y *Trastornos Psicosexuales* no clasificados en otros apartados. Estos cambios merecen algunos comentarios. Por un lado la preocupación se traslada del ámbito sexual al del género; por otro, la homosexualidad reaparece bajo su forma egodistónica, lo cual es llamativo porque en el DSM-I se la había incluido entre los *Trastornos Sociopáticos de la Personalidad* porque se la consideraba egosintónica; treinta años después reaparece sobre la base de argumentos exactamente contrarios. Hay que apuntar que aquí ya no se habla de desviaciones sexuales sino que aparece la categoría *Parafilias*. Se explica este cambio manifestando que se quiere hacer hincapié en el deseo del individuo más que en la desviación de una norma. Parece ser que, apenas entonces, los alegres '60 logran dejar su huella dando lugar al principio de placer. En el DSM-III-R (1987)(5) se reemplazan los *Trastornos Psicosexuales* por *Trastornos Sexuales* y se incluyen allí *Parafilias*, *Disfunciones sexuales* y *Otros Trastornos Sexuales*. Dentro de este último ítem están los *Trastornos Sexuales No Especificados* que se definen con tres características, la tercera de las cuales se describe como:

3. *malestar notable y persistente acerca de la propia orientación sexual.*

Que parecería apuntar nuevamente a la homosexualidad egodistónica sin nombrarla, aunque el término "homosexualidad" sigue apareciendo en el índice donde remite a este ítem. Finalmente el DSM-IV (1994)(6)

incluye *Parafilias* y mantiene el ítem 302.9 *Trastornos Sexuales No Especificados en Otra Parte* cuya tercer característica es la misma del DSM-III-R pero "homosexualidad" ya no aparece.

¿Cómo se gestó el cambio que comienza en el DSM-II (1973) y que llega a la eliminación del término "homosexualidad" de forma definitiva a fin del siglo XX? Parece haber sido la confluencia de estudios sobre la sexualidad y una fuerte lucha del movimiento gay.

En 1948 Kinsey publica *La conducta sexual en el hombre*(15) y, en 1953, *La conducta sexual en la mujer*(16), estudios que tendrían gran influencia sobre la mentalidad norteamericana en relación a la sexualidad. Si bien estos trabajos fueron cuestionados porque casi no incluían a la población negra y porque muchos entrevistados eran presidiarios, tuvieron una enorme importancia para plantear la discusión en torno a la sexualidad en la opinión pública; en mostrar que una parte importante de la población, masculina y femenina, declaraba haber tenido alguna vez relaciones homosexuales; y en no encontrar diferencias significativas entre los grupos familiares de hetero y homosexuales.

Un punto que resaltaba Kinsey era la casi imposibilidad de clasificar a las personas claramente en "homosexuales" y "heterosexuales". Reaparecía aquí el concepto de "continuo" en las variantes sexuales que había propuesto Havelock Ellis:

(...) Kinsey ideó una escala de siete puntos que puntuaba a los individuos de 0 a 6 según su proporción de actividad homosexual y heterosexual, comprendidos el contacto físico y las "reacciones psicológicas" experimentadas. Los individuos que puntuaban "0" eran "exclusivamente heterosexuales sin experiencias homosexuales"; los "1" eran "predominantemente heterosexuales con alguna experiencia homosexual ocasional" y así hasta llegar a "6": los "exclusivamente homosexuales"(19).

Pero hubo otro estudio que, si bien tuvo poca difusión entre los psiquiatras y el público en general, fue una gran influencia para el movimiento gay. En 1957, Evelyn Hooker, psicóloga investigadora, publicó *La adaptación del hombre declaradamente homosexual*(14). El mismo se basaba en la aplicación de técnicas proyectivas a 30 hombres homosexuales y 30 heterosexuales, ninguno de los cuales habían recibido ni estaba recibiendo tratamiento psicológico. Estos hombres se equipararon por pares igualados en edad, CI y nivel educativo. Se les tomó a cada uno una batería de tests proyectivos que incluían el Rorschach. Los resultados fueron analizados por un grupo de expertos que no sabían quién era o no homosexual. Se les pidió que evaluaran en una escala de 1 a 5 el nivel de "adaptación social", concepto caro a la Psiquiatría dinámica. El valor 1 significaba muy adaptado, con una elevada integración de su

capacidad intelectual y emocional, comodidad consigo mismo y un funcionamiento eficaz con el entorno; 5 era el límite inferior de normalidad o de inadaptación, con síntomas de patología.

A modo de reto, Hooker pidió a los expertos que determinarán, en función únicamente de los resultados de la prueba, quién era homosexual y quién era heterosexual.

Los resultados fueron inequívocos. La valoración de la adaptación no mostró diferencias significativas entre los dos grupos, heterosexual y homosexual. (...) hubo más gays con puntuaciones de "uno" o "dos" que controles heterosexuales.

Los jueces sólo pudieron identificar al homosexual del par en un 50 % de los casos. (Lo mismo que se hubiera producido librado al azar)(19).

Hooker extrajo tres conclusiones de su estudio:

1. la homosexualidad no existe como entidad clínica. Sus formas son tan variadas como en el caso de la heterosexualidad;
2. la homosexualidad puede ser una desviación del modelo sexual que entra dentro de lo psicológicamente normal;
3. el papel que desempeñan determinadas formas de deseo y de expresión sexual puede ser menos importante para la personalidad y el desarrollo de lo que frecuentemente se ha asumido.

El último punto dejaba de lado la idea, cara al Psicoanálisis, de que la conducta sexual afectaba o influía sobre el conjunto de la personalidad.

Los estudios de Kinsey y Hooker ayudaron a gays y lesbianas a afirmar sus posiciones y a cambiar el modo en que harían escuchar su voz. El movimiento gay pasó a luchar activamente por sus derechos y a presionar sobre la APA para que eliminara a la homosexualidad de su clasificación.

Hacia el orgullo gay

Dos años después de la muerte de K. M. Benkert (1897) se funda en Alemania la primera organización en pro de la liberación gay, el Comité científico y humanitario, dirigida por un abogado, Magnus Hirschfeld. El nazismo interrumpiría con una crueldad desbordante este proceso de organización de la población homosexual.

En el año 1935 los nazis ampliaron el párrafo 175 a los besos, los abrazos e incluso las fantasías sexuales. La filosofía nazi llegó a querer sancionar no sólo los hechos sino también los pensamientos, "la intención". Miles de homosexuales fueron enviados a los campos de concentración donde se les sometía a tratamientos especiales. La mayoría de ellos murieron en estos lugares de tortura en Alemania o en Austria. Su distintivo era el triángulo rosa(19).

Después de la Segunda Guerra Mundial el movimiento renace en los Países Bajos, Gran Bretaña y los EE.UU. En 1950 se funda la *Mattachine Society* que se convertiría en una de las organizaciones más importantes del movimiento gay norteamericano. Esta sociedad era muy cautelosa en su modo de actuar e intentaba lograr cambios a través de *la evolución, no de*

la revolución(9). Había tomado su nombre de un grupo instrumental del Renacimiento cuyos músicos tocaban enmascarados; la idea de los fundadores era que la población gay vivía enmascarada. Sus miembros eran predominantemente hombres por lo que surgió en otras asociaciones de lesbianas como *Las hijas de Bilitis*. Diversos factores, entre ellos los pocos cambios logrados y el ejemplo de las luchas por los derechos civiles de los afroamericanos, hicieron que el movimiento fuera cambiando sus estrategias. A fines de los '60 los gay deciden pasar a la ofensiva de diferentes formas, una de ellas serían las intervenciones en congresos de la APA. Bajo el lema *Gay is Good* se funda, en 1968, la NACHO (*North American Conference of Homophile Organization*). Un punto de inflexión en este proceso ocurrió en junio de 1969:

La policía, en Nueva York, intentó clausurar un bar frecuentado por homosexuales apelando a una prohibición en relación con las bebidas alcohólicas, pero los gays se opusieron a ello y este hecho motivó un enfrentamiento entre la policía y la comunidad gay. Fueron detenidas algunas personas y un homosexual puertorriqueño se lanzó a la calle desde el edificio central de policía. Su cuerpo quedó incrustado entre las rejas que rodean al edificio y hubo que cortar una parte de la reja para llevarlo al hospital.

La reacción fue inmediata. Miles de homosexuales, hombres y mujeres, u otras personas que simpatizaban con sus derechos, se manifestaron por la ciudad de Nueva York. Y de aquí surgió un movimiento de homosexuales en los EE.UU., Europa occidental, Japón, Puerto Rico, Argentina, México, etc.(18).

El *Stonewall Bar* de Greenwich Village se convirtió en símbolo del cambio de actitud. De esas batallas surgió el *Frente Gay de Liberación* (GLF) que organizó, en cada aniversario, marchas en las cuales los gay "salían del placard" y se manifestaban públicamente rechazando el estigma asociado a su sexualidad. Pero, desde su creación, el Frente había comenzado a hacer intervenciones en clases y reuniones de psiquiatras y psicoterapeutas que defendían posturas clásicas. Exigían participar en las discusiones con el argumento de que los terapeutas conocían a gays con conflictos pero no sabían nada de quienes no los tenían. En 1970 comenzó el enfrentamiento activo con la APA. En un panel sobre homosexualidad y transexualismo denunciaron a Irving Bieber, psicoanalista enrolado en la línea de Radó y activo militante contra la eliminación de la homosexualidad del DSM. En esa ocasión lograron algunas alianzas con psiquiatras de APA que, por primera vez, decidían discutir sus ideas sobre el tema. Llamativamente el evento que definiría la eliminación de la homosexualidad del DSM no fue teórico sino político. En octubre de 1972 el Frente tomó contacto con Robert Spitzer, miembro del comité de nomenclatura de APA, quien organizó actividades con el objetivo de discutir la eliminación de la homosexualidad. Luego de mucho debate se

| Total de textos editados entre 1951 y 2000 | Menciones de Homosexualidad | Pedofilia | Violación |
|--|-----------------------------|-----------|-----------|
| 116 | 83 | 41 | 4 |

Gráfico correspondiente a datos de la tesis de doctorado "La evolución del concepto 'homosexualidad' en la segunda mitad del siglo XX" (Di Segni Obiols, S., UBA, 2005), en la cual se analizaron 116 libros de texto de Psiquiatría que circularon en la ciudad de Bs. As. desde 1951 a 2000

decidió, por primera vez votar la decisión en vez de resolverla a través de un comité de expertos. Votaron 10.091 psiquiatras: el 58% a favor de la decisión de la junta de APA de eliminar a la homosexualidad del DSM, el 37% en contra y el 3% se abstuvo, el resto se invalidó. Parecía el fin de un proceso pero, como ya se mostró antes, fue sólo el comienzo de una larga serie de marchas y contramarchas que finalizaría junto con el siglo, en 1994.

Conclusiones

Las batallas por la libertad sexual y por la despenalización y la desmedicalización de la homosexualidad de la segunda mitad del siglo XX, son una excelente muestra de los componentes culturales que definen a la sexualidad humana, y que permiten cambios en las mentalidades y las conductas cuando las condiciones sociohistóricas se modifican. Las mentalidades sufren de fuerte inercia, sus cambios requieren tiempo y esfuerzo y dejan muchas víctimas en el camino. En el caso de la homosexualidad los varones, sobre todo, fueron víctimas de la marginación, la penalización, el exterminio, el prejuicio. Del prejuicio no ha estado libre ni la sociedad en su conjunto ni la comunidad *psi* en particular. A pesar de los años transcurridos y los cambios que se produjeron, en ambos grupos subsisten con diferente intensidad. Cabe preguntarse: ¿por qué la homosexualidad fue tan perseguida y atacada mientras conductas como la pedofilia y la violación, de enorme potencial dañino, quedaron casi impunes hasta nuestros días y no fueron diferenciadas por la Psiquiatría de la actividad sexual con el mismo sexo como práctica sexual privada entre adultos que consintieran?

Pueden esbozarse tres líneas de respuestas:

1. una de ellas puede buscarse en el cambio que hizo el DSM al dejar de clasificar a la homosexualidad para centrarse en el *j*. Porque parece ser que fue, justamente, la definición genérica la que más preocupó, y preocupa a la sociedad occidental. Las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo que no alteren la identidad genérica siempre fueron y siguen siendo, si no admitidas, encubiertas. El pedófilo o el violador "masculino" mantiene su identidad genérica y no es denunciado. Pero un

varón que se "feminiza" no puede ser aceptado porque atenta contra la figura hegemónica del varón. La sociedad protegió el sistema patriarcal basado en una imagen químicamente pura de "varón" y, justamente en la segunda mitad del siglo XX, cuando el sistema patriarcal se resquebrajaba, se ensañó con quienes mostraban explícitamente la hipocresía sexual de la época.

Es necesario subrayar que también la "masculinización" extrema de la mujer fue rechazada pero, a medida que la representación del hombre patriarcal caía en el imaginario social, la subjetividad femenina pudo incorporar elementos hasta ese momento prohibidos. Para apreciar estos cambios basta leer una descripción de lesbianismo de un texto de Psiquiatría del año 1956:

La inversión o safismo hace de la mujer un hombre desde el punto de vista sexual. La vuelve activa, emprendedora, le inspira el gusto por los hábitos, el estilo y las vestimentas masculinas(13).

A cincuenta años de estas líneas, esta "definición" muestra el prejuicio que inundó la Psiquiatría en el tema de la sexualidad y, sobre todo, de la homosexualidad.

2. también la Psiquiatría hizo su aporte a la discriminación y persecución al ubicar a la homosexualidad como principal "desviación" sexual y clasificarla junto a conductas claramente criminales (pedofilia, incesto, violación, criminalidad en general). Lo hizo porque compartió, y ayudó a sostener, los prejuicios imperantes sobre la sexualidad y también, porque imbuida de la obsesividad decimonónica, presionó para encerrar en rígidos compartimientos de "normalidad" a la sexualidad humana de los que ésta, como lo expresaba Castoriadis, no puede hacer más que escaparse.

3. finalmente, distintos grupos humanos fueron discriminados a lo largo de nuestra historia para sostener un estereotipo dominante. En Occidente ese lugar lo ocuparon, en diferentes momentos y medidas, las mujeres, los negros, los asiáticos, los discapacitados, los gitanos, los pueblos originarios, los judíos cuando se creyó construir un estereotipo físico de los mismos y los gay, en particular los hombres "feminizados". Todos ellos fácilmente identificables, una característica necesaria para que la discriminación fuera eficiente a nivel social ■

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual. Mental Disorders*; APA, Washington, 1952.
2. American Psychiatric Association, *DSM-II*; APA, Washington, 1968.
3. American Psychiatric Association, *DSM-II*; APA, Washington, 1974.
4. American Psychiatric Association, *DSM-III*, Masson, Washington, 1980.
5. American Psychiatric Association, *DSM-III-R*, APA, Washington, 1987.
6. American Psychiatric Association, *DSM-IV*, APA, Washington, 1994.
7. Ariès-Duby. *Historia de la vida privada*, vol 8, Taurus, Madrid, 1992.
8. Badiou A. *El siglo*; Manantial, Bs. As., 2005.
9. Bayer R. *Homosexuality and American Psychiatry: The Politics of Diagnosis*, Princeton University Press, Princeton, 1987.
10. Castoriadis C. *Sujeto y verdad en el mundo histórico-social*, FCE, Bs. As., 2004.
11. Foucault M., *Historia de la sexualidad*, Siglo XXI, México, 1999.
12. Freud S, 1905 Freud, S. Tres ensayos de teoría sexual (1905), *Obras completas*, Tomo VII, Amorrortu, Bs. As., 1976.
13. Guiraud P. *Psychiatrie clinique*, Librairie Le François, Paris, 1956.
14. Hooker E. La adaptación del hombre declaradamente homosexual, *Journal of Projective Techniques*, 21, pgs. 18-31, 1957.
15. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. *Sexual Behaviour in the Human Male*, Saunders, Philadelphia, 1948
16. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Gebhard PH. *Sexual Behaviour in the Human Female*, Saunders, Philadelphia, 1953
17. Krafft-Ebing. *Psychopathia sexualis*, Masson et. Cie., Paris, 1895.
18. Mirabet i Mullol A. *Homosexualidad hoy*, Herder, Barcelona, 1984.
19. Mondimore FM. *Una historia natural de la homosexualidad*, Paidós, Bs. As., 1998.

El sexo y la muerte

Prohibición, deseo y trasgresión

Adrián Sapetti

Médico psiquiatra, Sexólogo clínico, Director Centro Médico Sexológico, Presidente de la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana (SASH), Miembro correspondiente de la Academia Internacional de Sexología Médica (AISM), International Member of American Psychiatric Association (APA): Santos Dumont 3454, 3ro "20" (1427) Capital Federal, Argentina.
Tel.: (5411) 4552-0389 - FAX: (5411) 4555-6865 - Website: www.sexovida.com/ e-mail: asapetti@websail.com.ar / asapetti@yahoo.com

"El deseo de muerte y de vida moran uno junto al otro en nuestro interior. La muerte es la pareja natural del amor. Juntos gobiernan el mundo. Podemos jugar con la sugerente idea de que la muerte nos alcanza porque la deseamos".

Sigmund Freud, entrevistado por George S. Viereck
(*Glimpses of the Great*, 1930)(11)

"La petite morte"

En Francia, en el lenguaje popular, se denomina como la "pequeña muerte" (*la petite morte*) al momento orgásmico donde los amantes se pierden. ¿Qué mujer no ha dicho alguna vez a su amante: *querría morir en tus brazos*; qué varón enamorado no sugirió alguna vez: *haz de mí lo que quieras*? Víctimas ejemplares que se abandonan con gozo a la perdición, a ese misterio atroz y fascinante por el cual los cuerpos someten al ser, lo embriagan, lo destruyen.

La voluntad de poseer por entero al objeto amoroso, la obsesión de matar a su macho, como lo hace la *man-tis religiosa*, aparece como una fantasía habitual en muchas mujeres, ejemplificado también en la figura de la *viuda negra*. Tal vez nada pueda halagar al varón como este deseo, aunque también pueda hacerlo huir de ese ser que le recuerda a su madre, quien le ha dado la vida

pero, en ese mismo instante, lo ha constituido en un ser para la muerte; y es posible que, en el encuentro sexual, sintamos renacer el horror que en los mitos antiguos dejaron las religiones femeninas –Astarté, Kali, Ishtar– donde la muerte y el amor pertenecían a la égida del poder de las mujeres.

Los poetas antiguos, que dos mil años de cristianismo han hecho olvidar, sostenían que los dioses habían ocultado a los hombres la felicidad suprema de la vida: la felicidad de la muerte. Pero lo que se oculta no queda del todo oculto. A veces la locura de los sentidos ha señalado el camino, otras veces lo hace el sentido común, que rechaza la idea de muerte; pero el amor loco (*l'amour fou*) a veces la acepta y otras la reclama.

Al ser padres le damos a nuestros hijos la alegría de la vida pero también los condenamos al supremo dolor –al menos tal cual concebimos nosotros a la muerte como *lo Indeseable*– y tal vez nos condenamos nosotros: decía Hegel que *el nacimiento de los hijos es la muerte de los padres* (aunque esto puede tener diversas lecturas). Quizás la eyaculación sea un anticipo del fin: afirma la especie contra el individuo, en ese embrión se abre el ciclo que culmina con la muerte. Simone de Beauvoir nos dice que *la madre destina al hijo a morir porque sólo se hace des-haciendo*(2).

Resumen

Se intenta mostrar, en esta revisión, que dos polos aparentemente antitéticos, el sexo y la muerte, se interrelacionan, siendo el temor a la muerte, o el deseo de ella, el mundo del Eros. Se analizan diversas manifestaciones de la cultura y en particular, siguiendo a Bataille, el *tiempo profano*, del trabajo, caracterizado por el sometimiento a los interdictos en el campo del sexo y de la muerte y, por otro lado, el *tiempo sagrado* caracterizado por la trasgresión de esas prohibiciones. Se conecta el temor del ser humano ante el desborde, el descontrol y el abandono del tiempo del trabajo que implicaría la sexualidad. Esto se liga con ciertas conclusiones que podrían ser de utilidad en el campo de las Terapias Sexuales con una mirada crítica sobre el reduccionismo simplista y mecanicista aplicado a veces a estos tratamientos.

Palabras clave: Sexualidad – Muerte – Eros – Tánatos – Tiempo profano – Tiempo sagrado – Terapias Sexuales

SEXUALITY AND DEATH

Summary

It is intended to show two apparently antithetic poles: Sexuality and Death, in fact interpenetrate themselves, disguising the fear of death, or the desire to die, Eros' world. Different expressions of culture are analyzed, especially the one known as The Profane Time, the time for work, which is characterized by the submission to interdicts (prohibitions) and, on the other hand, the Time for Joy or The Sacred Time, characterized by the transgression of such prohibitions. Its relationship with the interdicts' violations in the sexual as well as in the death arena is analyzed in order to connect the human being's fear in the presence of the unrestraint, the overflow and the abandonment of the time established for work that would imply free sexuality. The latter is connected with some conclusions that could be considered useful in the field of Sexual Therapies, with a certain critical look at the mechanist settlement applied to those treatments.

Key words: Sexuality – Death – Eros – Tanatos – Profane Time – Sacred Time – Sexual Therapies



Edipo, el amor y la muerte

Edipo: – Ahora soy un maldito de los dioses, hijo de madre impura esposo de mi madre.

Yocasta: ...tú no sientas temor ante el matrimonio con tu madre, pues muchos son los mortales que antes se unieron a su madre en sueños. Aquel para quien esto nada supone, más fácilmente lleva su vida.
Sófocles, **Edipo Rey** (496, AC).

Georges Bataille menciona que, en las religiones de sacrificio, los participantes se confundían uno con el otro en el curso de la consumación, y ambos se perdían en la continuidad establecida por ese acto de destrucción(1). Hemos visto cómo uno de los amantes desea a veces la desaparición del amado: mejor matarlo que perderlo; en otros casos, y la crónica policial nos lo recuer-

da casi cotidianamente, desea o busca su propia muerte. Si la unión de los dos amantes es el resultado de la pasión, ésta apela a la muerte, al deseo de destrucción o al suicidio. En *Edipo Rey*, de Sófocles, el protagonista –Edipo (“el de los pies hinchados”)– en su búsqueda apasionada por saber, sólo culmina su unión sexual mediante el asesinato y la automutilación (¿arrancarse los ojos = castración?).

Igor Stravinsky, con textos de Jean Cocteau basados en Sófocles, compone su ópera *Cédipus Rex*, estrenada en París, en la sala Sarah Bernhardt en 1927, según datos que gentilmente nos aportó el músico Osvaldo Barrios.

La visión del film “Edipo Rey” (1967) de Pier Paolo Pasolini es una buena oportunidad para replantear el mito –el famoso Complejo que Freud desarrolla– y descubrir que hoy, después de tantos años, el Edipo de Sófocles, obra cumbre de la literatura –con una trama aterradora, fascinante, cual verdadero *thriller* de la época–, sigue desatando polémicas. El film de Pasolini transcurre en tres tiempos: el comienzo en Bologna de los años 20, luego en una Grecia africanizada pre-cristiana, y un final nuevamente en Bologna en los 60, como dando entender, quizás, la persistencia de la tragedia a través del tiempo.

Madre, despierta, pero no grites, ¡silencio! Desvelado tu hijo; ha prendido la luz en el cuarto con los muros desnudos.

Su muerte, un golpe en el granero, lo ha despertado en su Infierno: un golpe del granero en su corazón, y ahora un gran silencio adentro y afuera.

El silencio con el sudor de un muerto le moja la sábana y el cuerpo. En esa agua suspira con la voz de una vieja golondrina.

Madre, tu hijo se levanta, se pone los zapatos, abandona el lecho. Solo por las escaleras de hielo baja entre las sombras de los sacos.

Solo bombea el agua, un chorro de agua que cae con un amargo estrépito en el arroyo; y orina bajo las estrellas de la noche lisa.

Tu hijo vuelve arriba por las escaleras caminando despacio como un ladrón. No lo sabes, pero él tiene un Loco sin Madre en el pecho.

*Entra en el cuarto, el Ladrón, y se queda
espantado en la luz,
ahora su muerte es esta luz
que llena el cuarto de amarillo.*

P. P. Pasolini, "El diablo con la madre" (Poemas de
"La meglio gioventù")

Eros y Tánatos

*"Sé que nada bueno habita en mí, es decir, en mi carne;
doy mis miembros a otro que está en mí, que está en guerra
con mi ley. ¿Quién me librará de este cuerpo de muerte?"*
San Pablo, *Epístola a los romanos*

En la novela de James Cain –al igual que en sus tres versiones filmicas– *El cartero llama dos veces*, los dos amantes pueden consumir su pasión a través de un homicidio a troy, con connotaciones casi rituales (hecho que también se muestra en el film chino *Jou Dou*). Esta escena aparece con frecuencia en la gran narrativa norteamericana: en *Una tragedia americana* de Theodore Dreiser, llevada al cine con el sugestivo título –en los países de habla hispana– de *Ambiciones que matan*, el protagonista, en complicidad con su amante, ahoga a su esposa en el lago entremezclando así el homicidio y la pasión, lo que no deja de ser una vuelta de tuerca de la tragedia de Macbeth o del asesinato del padre de Hamlet. Un hálito similar recorre las obras de O'Neill como en *Deseo bajo los olmos*, drama sobre los desbordes de un amor incestuoso. Volviendo a Shakespeare, observamos que refleja, en *La tragedia de Romeo y Julieta*, esa consumación del amor en la muerte: después de escuchar el canto de la alondra y de yacer ambos en el último lecho de amor, deberán inmortalizarse para inmortalizar su pasión. A la vez, desde otra visión podríamos ver a Romeo como un personaje violento, cuyo destino es un pasaje al acto criminal, un verdadero "ángel exterminador". Algo parecido observamos, en este dramaturgo, en su *Antonio y Cleopatra* y en Dante Alighieri cuando, en sus inolvidables versos de *La divina comedia*, describe el drama de Francesca da Rimini, otro paradigma del apareamiento del amor, la muerte y el dolor, y que resume en: "*Nessun maggior dolore che ricordarsi del tempo felice nella miseria*". Lo mismo percibimos en la historia real de esos amantes infortunados que fueron Abelardo y Eloísa que hoy yacen juntos en el cementerio del Père Lachaise en París.

Hamlet, cuya historia generó un verdadero *to be or not to be* en Freud, al dudar entre Edipo y el príncipe de Dinamarca –del cual Lacan hace su brillante ensayo *El deseo y su interpretación* (Seminario VI, 1958-1959) en el que destaca el atrapamiento del joven por el deseo de la madre– sería una variante edípica, y donde el amor por Ofelia naufraga entre la locura y la muerte.

"Pero todos los hombres matan lo que aman, oigan, oigan todos: algunos lo hacen con una mirada amarga, otros con una palabra lisonjera... algunos matan su amor cuando son jóvenes y otros cuando viejos, algunos lo estrangulan con las manos de la lujuria, otros con las manos del oro, algunos aman poco, otros demasiado, unos venden y otros compran; hay quienes obran con muchas lágrimas y quienes matan con un suspiro: porque todo hombre mata lo que ama... el cobarde lo hace con un beso, el valiente con una espada..."

Oscar Wilde, *Balada de la cárcel de Reading*

Lo que realiza Sada con su amante Kichizo en el film de Oshima, *El imperio de los sentidos*, basado en un hecho policial del Japón en 1936, no es otra cosa que convertirse en una Isolda moderna que sacrifica a su Tristán, en una Ménade que destroza a su Orfeo, en nombre del imperio de las pasiones. Freud describe a *la horda primitiva*(4), y para el caso no importa si ha sido cierto o no, concluyendo que el deseo de los hijos por el objeto materno se cierra con la muerte del padre. Para amar con pasión habría que matar, morir o configurar esa muerte en un sentido aunque más no fuera simbólico y ritual. Realizadores tan diversos como Chaplin (con su *Monsieur Verdoux*), Buñuel, Truffaut, Cronenberg Coppola, Bertolucci o Almodóvar (retomando el mito de la *viuda negra* en su film *Matador*) –entre otros– han sido motivados por este tema. Y quizás deberíamos pensar en la tenaz persistencia de la leyenda del vampiro (*Drácula*, *Nosferatu*, *Vampyr*, *Elizabeth Bathory –la condesa sangrienta– Camilla*) como una conjunción de acendrados tabúes: la virginidad, la sangre, el erotismo y la muerte.

El marqués de Sade decía en su obra *Justine* que "*no hay mejor medio de familiarizarse con la muerte que aliarla a una idea libertina*", y nos propone un hecho angustioso: que el movimiento del amor, llevado al extremo, es un movimiento de muerte, y este vínculo no debería ser paradójico ya que el exceso del que proceden la reproducción y la muerte no pueden ser comprendidos más que uno con la ayuda del otro. Es interesante ver cómo los interdictos más antiguos afectan uno a la muerte (*no matarás*) y el otro a la sexualidad (*no fornicarás*, *no desearás a la mujer de tu prójimo*, *no derramarás la simiente*, *no yacerás con tus consanguíneos*).

"*Nada detiene al libertinaje*", profetizaba el divino Marqués, "*la verdadera manera de extender y multiplicar sus deseos es querer imponerle límites... no hay nada que lo contenga*". Es una manera de decir: nada reduce la violencia. Pero la humanidad se las ha ingeniado una y otra vez para transgredir las prohibiciones (hecho atractivo en sí mismo): no hay interdicto sin su prohibición y viceversa. Al interdicto del asesinato ha opuesto la posibilidad de la guerra, de los sacrificios rituales, de la pena de muerte, y de la *petite morte*. El marqués de Sade dedicó sus obras a la afirmación de valores inadmisibles: que la vida es búsqueda de placer y que éste era proporcional a la destrucción de la vida. Eros alcanzaría su mayor grado de intensidad en una negación aterradora de su principio; y propone vincular la sexualidad con la necesidad de hacer daño y matar. Otra vez Eros y Tánatos caminando juntos.

Para Bataille la sexualidad y la muerte no serían más que momentos agudos de una fiesta que la naturaleza celebra y ambas tienen el sentido del despilfarro ilimitado en contra del deseo de durar que es lo propio de cada ser y afirma que el sentido último del erotismo es la muerte(1). Hecho que también planteó Freud, si bien de otra manera –muy discutida y discutible por cierto– cuando hablaba del instinto de muerte como fin último de la materia viva(4). Diana Rabinovich agrega que: "*La muerte muestra la fragilidad misma del ser humano, siendo indisociable de la sexualidad –Freud y Lacan lo han señalado muchas veces–. La sexualidad, para la Antigüedad era, a través de la procreación, un remedio frente a la muerte, gracias al mantenimiento de la continuidad de una familia, de un linaje.*"(9)

Tiempo profano y tiempo sagrado

Roger Caillois, en *El hombre y lo sagrado*, habla de que existirían dos tiempos: uno es *el tiempo profano*, que es el tiempo ordinario, el del trabajo, caracterizado por un respeto de los interdictos y, por otro lado, *el tiempo sagrado* que es el de la fiesta, que en el plano del erotismo es, a menudo, el de la licencia sexual y en el plano propiamente religioso sería el tiempo del sacrificio que es la trasgresión al interdicto del asesinato(1).

En el plano de nuestra existencia, el exceso se manifiesta en la medida en que la violencia vence a la razón. Pero el tiempo del trabajo exige una actitud razonable, en la que los movimientos exasperados y desbordantes que se liberan en el tiempo de las transgresiones (la fiesta, el juego) no son admitidos. Desde los tiempos en los cuales el hombre se convirtió en *homo faber* (el materialismo histórico fue el primero en plantear que el trabajo es el que nos funda y constituye, permitiendo el paso del mono al hombre) el trabajo introdujo en aquellos tiempos azarosos un momento de sosiego, a expensas del cual el hombre cesaba de responder al impulso inmediato, que regía el deseo. La comunidad ha sabido oponerse, en el tiempo reservado al trabajo, a esos movimientos contagiosos en los cuales no existe más que un abandonarse al exceso, o sea: a la violencia del deseo. Sin los interdictos no hubiese llegado a ser –la colectividad humana– ese mundo del trabajo que en esencia es, ya que el trabajo se opone a la animalidad.

El hecho necesario de vincular la represión de la sexualidad y el placer con la necesidad de trabajo alienado coloca en el centro de esta teoría la relación entre el tiempo del trabajo y la factibilidad de satisfacción sexual, entre trabajo alienado y ocio. El trabajo no obedece al tiempo del placer, sin embargo el hombre sólo es instrumento de trabajo durante las jornadas laborales; el resto sería, en principio, libre por sí mismo. Marcuse dice que una persona está ocupada por su trabajo unas 10 horas diarias incluyendo los viajes y los preparativos. Necesita un tiempo equivalente para dormir y comer. De modo que, sobre las 24 horas le quedan 4 horas libres que podría emplear para su placer. Pero la alienación del trabajo y la represión de la sexualidad como fuente de goce sobrepasan el tiempo del trabajo sobre el tiempo libre. Las extensas horas de labor y la rutina exigen que el ocio se convierta en un simple descanso, *una relajación pasiva y una reposición de la energía con vistas al trabajo futuro*(8). Sin contar que otras circunstancias han llevado a la banalización del sexo: revistas, libros, films y el bombardeo publicitario de una sociedad aparentemente permisiva como la actual, han logrado que actitudes y deseos por ella promovidos se consuman como propios. Tal vez esta sexualidad obligatoria que ha impuesto un erotismo ficticio también contribuya a debilitar la energía erótica, configurando lo que Marcuse llama *desublimación represiva*(7), o sea: *“una liberación de la sexualidad en sus modos y formas que debilita la energía erótica. En ese proceso, la sexualidad se extiende a áreas hasta hace poco consideradas tabúes; sin embargo en lugar de recrear estas relaciones a imagen del placer, es la tendencia opuesta la que se afirma, el principio de realidad afirma su poder sobre Eros”*. Esta preponderancia de una “desublimación de gran alcance –nos sigue diciendo Marcuse– *¿acaso significa la preponderancia de Eros, que conserva y exalta la vida sobre su adversario fatal?*”(7), agregando que *“en la concepción freudiana el conflicto entre la sexualidad (en tanto fuerza del principio del placer) y la sociedad*

(como instinto del principio de realidad) desempeña un papel central”. Un erotismo que nace de sexualidades estereotipadas, que se ajustan a la media y a las estadísticas y que rara vez llegan a un encuentro. Quizás el verdadero erotismo, como nos propone el film de Oshima, nace de la diferencia. Cuando la pareja sea capaz de moldearse a su propia imaginación diferenciadora podrá hallar la libertad del rito amatorio.

Cabría preguntarse entonces si las constantes transgresiones a las prohibiciones no estarían negando estos enunciados. Bien dice Bataille que el interdicto está allí para ser violado: el tabú nos incita a su violación. La trasgresión no niega el interdicto sino que dialécticamente lo completa y supera; jamás la prohibición aparece sin la revelación del placer ni jamás el tiempo de la fiesta sin el sentimiento de la interdicción.

Si hemos sostenido que el hombre es por esencia *homo faber*, y que se somete al trabajo, debe renunciar por esa causa a una parte de su sexualidad. Por eso debemos pensar que no hay nada de arbitrario en las prohibiciones sexuales: cualquier ser humano posee una cantidad de energía limitada y si dispone de una parte para el trabajo lo hará a expensas del consumo erótico, sacrificará su anhelo de exuberancia en aras de la productividad y el esfuerzo, quedando reducido el erotismo a una mínima parte. Para Bataille la “animalidad”, que es el movimiento del desborde, del exceso sexual, es en nosotros aquello por lo que no podemos ser reducidos a cosas. En cambio la “humanidad”, en lo que tiene de específico en el tiempo laboral, tiende a hacer de nosotros cosas, a expensas de la exuberancia sexual. Por eso el amor de Sada y Kichizo se va centrando cada vez más en sí mismo: las relaciones de la pareja con el entorno se van haciendo cada vez más escasas. Sólo se interesarán por la adoración de sus cuerpos como una búsqueda de lo absoluto, de lo sagrado a través del erotismo ritual. Pero esa clase de amor elegido los irá arrastrando también al sacrificio: la trasgresión constante del interdicto sexual los llevará a la violación del interdicto del asesinato, ambos se enaltecerán, y glorificarán su sexo con la disolución de sus cuerpos. Kichizo dirá mientras experimenta la cercanía de la “pequeña muerte” y de su propia destrucción: *siento que me pierdo en ti, que me inunda un gran mar de sangre*.

Al convertirse el ser humano como *homo faber* regido por la conciencia y la razón, debió desconocer o moderar y a veces condenar en sí mismo el exceso sexual ya que éste se halla fuera de la razón vinculante con la noción de trabajo. El ser voluptuoso se burla del trabajo porque prescinde de las consecuencias: el “*mundo del hampa*” lo llama Bataille analizando los trabajos de Alfred Kinsey, quien encuentra mayor desborde sexual en este mundo marginal. En el momento de este desborde dilapidamos nuestras fuerzas sin medida ni control y evoca en nosotros un verdadero desorden. Pero, en realidad, también malgastamos nuestra energía en otras situaciones no tan placenteras alienándolas en lo que Bataille define como *esos simulacros que se llaman los demás, Dios, el ideal*(1) y, por cierto, el trabajo.

El matrimonio, si bien en sus comienzos tuvo el sentido de una trasgresión, entraría, hoy en día, en el campo de lo permitido como parte del tiempo del trabajo. Es posible que, como piensa Levy-Strauss, el matrimonio haya sido una consecuencia del interdicto del incesto: el varón (padre-hermano) que hubiera podido

disfrutar libremente de las mujeres (hija-hermana) realizaba una donación(6). Esa donación de las mujeres fue tal vez el sustituto del acto sexual, convirtiéndose en un compromiso entre el respeto y la actividad erótica, y si bien vemos que el matrimonio conserva, como pasaje, algo de aquella trasgresión también naufraga en el universo de las madres, de las hermanas y de las hijas, neutralizando, de alguna manera, los posibles excesos. Ese movimiento, que el cristianismo tiñó de pureza, que es la pureza de la madre, de la hermana, de la Virgen María, pasa lentamente a la esposa convertida en madre. Entonces se entiende cuando Bataille afirma que el estado matrimonial salvaguarda la posibilidad de llevar una vida humana en el camino del respeto por los interdictos opuestos a la libre satisfacción de nuestras necesidades animales. *"Incluso para San Pablo",* cita Rabino-vich, *"la sexualidad matrimonial, el matrimonio mismo, era una defensa contra el deseo, un mal menor, en el que incurría quien no podía ser célibe... necesario en la medida en que algunos no podían acceder a la renuncia total al deseo sexual. El matrimonio era pues una situación intermedia, un antídoto contra el deseo sexual"*(9).

Si concluimos con que el *tiempo profano* debía aceptar de entrada la existencia del mundo del trabajo; la libre sexualidad por un lado y el homicidio, la guerra, la muerte por el otro, constituyen en relación con aquel tiempo serias contradicciones, y no es para asombrarse que lo sexual haya sido reprimido y censurado de una manera casi universal y colectiva.

Relaciones con la clínica

Podemos suponer que las Terapias Sexuales se mueven en una zona que va del interdicto a la trasgresión y no siempre se pasa con fluidez de un estado al otro: en ese tramo que va del interdicto a su violación deberíamos estar algo precavidos para no caer en el facilismo reduccionista de creer que los pacientes cumplirán con alguna medicación, prescripción o tarea con sólo darles el permiso que, muy sencillamente, podrán aceptar otras pautas que den por tierra con siglos de prohibiciones.

Como hecho paradigmático observamos que, junto con la aparición en 1998 del citrato de sildenafil, los medios comenzaron a informar las muertes supuestamente atribuidas al producto. Reflexiono que con esto se repitió un fenómeno mítico: Eros y Tánatos se relacionan dialécticamente; ya ante la posibilidad de un desborde del erotismo aparece la idea de muerte o de ceguera como factor



limitante, para acotarlo (10). Entonces comienzan a circular frases hechas como: *"afecta al corazón y a la vista", "se quedaron ciegos... se mueren al usarlo", "los ancianos lo van a tomar y correrán riesgos", "va a dejar a la esposa para irse con varias mujeres o con una más joven"*; de tal manera que la escena deseable se convertía, para ambos miembros de la pareja, también en lo más temido.

Podríamos teorizar en un cierto anclaje de lo ancestral, lo arquetípico, lo transmitido de cultura en cultura, haciendo sentir en algunos una peligrosa cercanía entre el placer sexual y una cierta vivencia de muerte. Pero no afirmamos que siempre haya que conservar ídolos y mitos sino que no deberíamos esperar que sean tumbados con una mera indicación. En muchas personas se palpa ese miedo arcaico de ligar el desenfreno sexual con el abandono de sí mismo, con la idea de muerte o destrucción, con el sentimiento de descontrol, de locura, y por supuesto también esa ligazón entre traba-

jo alienado y disminución del deseo. Hay, por otro lado, una llamativa repetición en el relato de mujeres que pensaban que si tenían relaciones sexuales con penetración serían despedazadas, mutiladas o incluso asesinadas. Que si eran demasiado fogosas o tenían orgasmos intensos caerían irremisiblemente en el "mundo del *hampa*" (la prostitución), en la locura. También vemos varones con claras fantasías de castración ante la idea de la penetración vaginal(10).

Trataríamos de mostrar con esto que no es solamente un aspecto individual de unos espíritus perturbados sino que se remonta a situaciones históricas y estructurales, que algunos pueden vencer y superar mientras otros sucumben y se someten. A estos últimos son a los que nosotros podríamos acompañar en el camino de su mejoría, evitando la idealización del Sexólogo que es el que sabe, el *sujeto supuesto saber* (recordando a Lacan) el que detenta el poder y la verdad, el que señala el camino, el que permite las transgresiones porque él mismo las ha superado.

En cierta manera son vanas las triviales afirmaciones de que el interdicto sexual es un simple prejuicio del que ha llegado la hora de deshacerse como de una vieja prenda: sería lo mismo que afirmar que deberíamos arrasar con todo y volver a los tiempos de la animalidad, de la libre devoración y de la indiferencia por las inmundicias(6). Y no deberíamos dar con esto un juicio de valor negativo: en muchas fantasías apocalípticas –verdaderas cosmogonías invertidas– de la ciencia-ficción, nos encontramos con estos hechos regresivos, desbordados, canibalísticos. Tal vez sea cierto cuando la ciencia-ficción nos dice, al igual que Bataille, que la humanidad resulta de movimientos de horror seguidos de la fascinación que ese horror nos provoca.

Para graficar esas afirmaciones triviales de las que hablaba antes, mencionemos frases sueltas que, debido al simplismo de creer que sólo con su permiso estandarizado

las personas se librarán de todas las prohibiciones pretéritas, configuran verdaderos mitos antimíticos:

- *La masturbación proporciona orgasmos más placente - ros que el coito y todo el mundo debe practicarla.*
- *¿Se necesita tan poco para gozar libremente de la sexualidad!*
- *Las prohibiciones y tabúes no cuentan: son simples prejuicios producidos por la falta de información.*
- *Hay que vivir el sexo con entera naturalidad*
- *¿No entiendo cómo, si Ud. no funciona con su esposa desde hace tanto tiempo, no se separa?*
- *¿Qué lugar le dejamos al sexo?*
- *¡Cuántas horas le concedemos al trabajo... y apenas unas pocas a la sexualidad!*
- *No debe haber limitaciones para el sexo: todo vale.*
- *Hay que poner más pasión en nuestras vidas.*
- *El mejor afrodisíaco es el amor.*
- *Si tiene mejores relaciones sexuales será feliz.*

Estas sentencias conllevan claramente un afán voluntarista, una apelación inefable al sentido común y a lo que se supone que "debe ser", pero no tienen en cuenta los miedos y ansiedades, que podemos relacionar con la idea de muerte o similares: locura, incesto, castración, animalidad, abandono y perdición, que tiene raíces muy hondas y que no son solamente producciones neuróticas individuales, aunque también lo sean. Hay que bucear más lejos, en lo antropológico, en los modelos culturales, en los mitos(3, 5), en el paso de la animalidad a la cultura, en la Historia. Será una mejor manera de entender que, los interdictos o prohibiciones, tienen una fuerte raigambre y no es tan sencillo, aunque no imposible, de desarmar: es preciso algo más que una mera y sentenciosa indicación; aunque desde ese *supuesto saber* nos creamos, tan siquiera en nuestro rol de *terapeutas curadores*, casi todopoderosos ■

Referencias bibliográficas

1. Bataille G. *El erotismo*. Tusquets Editores, Barcelona, 1979
2. Beauvoir S. de: *El segundo sexo*. Ediciones Siglo XX, Bs. As., 1984
3. Campbell J. *El poder del mito*. Emecé Editores, Barcelona, 1988
4. Freud S. *Obras completas*. Ediciones Amorrortu, Bs. As., 1981
5. Jung CG. *El hombre y sus símbolos*. Luis de Caralt Editor, Barcelona, 1984
6. Levy- Strauss C. *Las estructuras elementales del parentesco*. Paidós, Bs. As., 1985
7. Marcuse H. "El envejecimiento del psicoanálisis", en *Sexualidad y represión*. Carlos Pérez Editor, Bs. As., 1969
8. Münzer Th. "Sexualidad y trabajo", en *Sexualidad y represión*. Carlos Pérez Editor, Bs. As., 1969
9. Rabinovich DS. *Modos lógicos del amor de transferencia*. Ediciones Manantial, Bs. As., 1992
10. Sapetti A. *El sexo y el varón de hoy*. Emecé Editores, Bs. As., 2001
11. Silvester Ch. *Las grandes entrevistas de la historia*. Santillana, Madrid, 1997

El devenir de los transexuales operados

Mireille Bonierbale

Psiquiatra, coordinadora de la Unidad funcional de tratamiento de los trastornos de la identidad de género, Servicio del Profesor C. Lançon, CHU Sainte-Marguerite, 13274 Marsella Cedex 9

Aude Michel

Unidad funcional de tratamiento de los trastornos de la identidad de género, servicio del Prof. Lançon y Psicóloga de referencia, doctora en ciencias psicológicas, maestra de conferencia en la universidad Montpellier III, CHU Sainte-Marguerite, 13274 Marsella Cedex 9

Christophe Lançon

Unidad funcional de tratamiento de los trastornos de la identidad de género, Profesor universitario, Jefe de Servicio del Hospital-escuela de Psicología médica y de Psiquiatría de adultos, CHU Sainte-Marguerite, 13274 Marsella Cedex 9

El transexualismo afecta a un individuo genética y biológicamente normal (hasta donde llega nuestro conocimiento hoy en día) y se manifiesta, sobre todo, en la idea irresistible de pertenecer al otro sexo. El “reconocimiento” cada vez mayor de este síndrome impulsa a la persona transexual a solicitar la ayuda de la medicina y de la justicia para adaptar su sexo anatómico y condición civil a su convicción más íntima.

La identidad de género es el sentimiento de pertenecer a una clase de individuos idénticos a uno mismo y reconocidos como del mismo sexo. Fue Norman Fisk quien introdujo el concepto de disforia de género en 1973, término moderno que se aplica al síndrome del transexualismo, manifestando que se trata de un malestar de “género” más que de un malestar de “sexo”.

La queja expresada por el transexual es una demanda lacerante de transformación hormono-quirúrgica de su cuerpo, mediante un proceso de conversión, hacia su sexo psicológico. Esta convicción inquebrantable no se acompaña de ningún cuestionamiento y el sujeto recurre al psiquiatra sólo en la medida en que, como actor de la evaluación diagnóstica inicial en los protocolos de Tratamiento Hormono-quirúrgicos del Transexualismo (THQ), lo ve como una etapa que debe sortear para acceder a este tratamiento. Esto hace que el enfoque psicoterapéutico sea particularmente incómodo y aleatorio, en la medida en que no hay una demanda de trabajo

personal sobre un fenómeno calificado y vivido como “una evidencia y un error de la naturaleza”.

La evolución de las ideas y de las prácticas terapéuticas internacionales, así como la de los procedimientos jurídicos de cambio de condición civil, nos han llevado a una suerte de canalización del THQ de este síndrome. Los criterios de inclusión en el THQ surgen del protocolo de la HBI-GDA (*Hany Benjamin Internacional Gender Association*), cuyas variaciones internacionales proceden de las posturas de distintos equipos o incluso de distintos países. En esencia, estos criterios reproducen los principales criterios de la CIE 10 y del DSM IV¹(2): demanda estable de THQ, con sentimiento de identidad psicológica y de pertenencia al otro sexo, de más de dos años, demanda que no es el síntoma de otro trastorno mental, no se halla asociada a otra anomalía sexual genética o cromosómica y se acompaña de tristeza personal.

Más allá de la trivialización del tratamiento con THQ, apoyada en la hipótesis de un mayor bienestar luego de producirse la reorientación sexual, persiste la ausencia de teoría etiológica del trastorno de la identidad de género. Se enfrentan las lecturas psicoanalíticas, fenomenológicas, incluso genéticas, de este síndrome, sin llegar aún a una mayor claridad en cuanto a la terapéutica para aliviar el sufrimiento manifiesto de los “verdaderos”² transexuales.

Resumen

Este estudio tiene como objetivo la evaluación, a través de la literatura científica internacional, del devenir de los transexuales operados y las consecuencias del tratamiento hormonal y quirúrgico. Parece bastante claro que el tratamiento hormonal y quirúrgico produce efectos mucho más positivos que lo que preveían los médicos y aún más los psicólogos, tiempo atrás. Sobre esta base y en la medida en que el seguimiento puede asumirse de manera correcta, abordando los factores de vulnerabilidad psicológica –de la fase diagnóstica a la fase postoperatoria– no parece que existan razones empíricas para rechazar la demanda de cambio de sexo (si se respetan los criterios diagnósticos no existe ninguna contraindicación). Deberían llevarse a cabo estudios sobre los “perfiles de riesgo psicológico” para apreciar mejor los factores de adaptabilidad ulterior, lo que permitiría proponer medidas preventivas en el momento de la inclusión en el tratamiento hormonal y quirúrgico.

Palabras clave: Disforia de género – Transexualismo – Conversión sexual – Devenir – Satisfacción – Remordimientos

THE EVOLUTION OF THE OPERATED TRANSSEXUAL PEOPLE

Summary

The objective of the present article is the evaluation of the scientific literature on the evolution of operated transsexual people and the consequences of the hormonal and surgical treatments. It seems crystal clear that both treatments produce much more positive effects than expected by the physicians and the psychologists in the past. Together with an appropriated follow-up and a correct assessment of the psychological vulnerability, these elements make acceptable the demand of sex change. Studies on the “psychological risk profile” are necessary to evaluate the factors of further adaptability and also to propose preventive steps at the beginning of the hormonal and surgical treatment.

Key words: Gender dysphoria – Transsexualism – Sex change – Evolution – Satisfaction – Remorses

A fin de presentar las medidas de prudencia y la evaluación que debe llevarse a cabo frente a esta demanda, nos parece indispensable hacer una síntesis de los datos de la literatura sobre el devenir de los transexuales operados.

Análisis de la literatura sobre los estudios de seguimiento

Evolución de las poblaciones y de los criterios de evaluación

La variación de los criterios diagnósticos y de las ideologías médicas y/o psicológicas que han dado pie a las publicaciones de estos últimos cuarenta años, constituye una de las dificultades imposibles de obviar en el análisis de la literatura sobre el devenir de los transexuales después de la cirugía de conversión sexual. En la CIE 10, por ejemplo, el término de transexualismo siempre está presente, mientras que no sucede lo mismo en el DSM IV, donde se ha preferido el de "trastornos de la identidad sexual". El concepto, así ampliado, se torna menos específico y la inclusión en esta categoría se vuelve más heterogénea.

Acceder a la población estudiada no es sencillo, pues a menudo resulta imposible conseguir que el transexual se someta a una evaluación a largo plazo(34), así como también es difícil hallar a los transexuales operados (mudanzas, cambio de profesión, vida nueva, deseo de "confundirse entre la multitud") y lograr que acepten ser examinados una vez más(29, 68). Así pues, los estudios de seguimiento no siempre se realizan con una muestra representativa de la población de transexuales operados. Estos estudios tropiezan con limitaciones considerables. En muchos hallamos sesgos metodológicos ligados a la pequeñez de la dimensión de la muestra, a su heterogeneidad, a los sesgos de reclutamiento, a la variación de las técnicas quirúrgicas así como a criterios de evaluación, diferentes según los autores, o a expectativas de resultados irreales por parte de los sujetos. Una autora como Lawrence(36) estima que una evaluación de THQ puede realizarse con datos subjetivos en la medida en que el resultado obtenido corresponda al tratamiento de una expectativa. Una vez comenzado, éste refleja el pensamiento de la HBIGDA y refuta lo que Lawrence denomina "criterios objetivos de elección de compañeros 'apropiados'" (preferencia homo o heterosexual) o también el paso por los servicios de psiquiatría como reflejo de la adaptación(24, 35, 64). Esta autora destaca que no hay suficientes datos provenientes de autocuestionarios de satisfacción de los pacientes. Por otro lado, en estos últimos años las demandas de reasignación parecen provenir de candidatos demográficamente distintos de aquellos de los viejos estudios, especialmente en EE.UU.(36). De hecho, en las demandas de reasignación MF hallamos cada vez más hombres biológicos de más edad que el promedio habitual de los transexuales calificados como "primarios". No presentan los criterios de identidad femenina precoz que forman parte de la línea de base diagnóstica, y por otra parte, poseen una historia de atracción con las mujeres que los hace entrar en una sexualidad "lesbiana" una vez operados. Este tipo de perfil, tanto en la literatura de antes

de 1990 como en nuestras evaluaciones francesas, es un factor de pronóstico "con riesgo negativo". Una vez más, la HBIGDA califica como "reaccionaria" esta postura.

La tipología transexual se divide en dos tipos principales. Una categoría abarca sujetos orientados hacia el otro género ya desde la infancia, con una atracción y una experiencia sexual de tipo heterosexual respecto de su sexo psicológico, homosexual respecto de su sexo biológico en la adolescencia, la posibilidad de casamiento y de paternidad.

La aparición de travestismo y de pensamientos y fantasías eróticas sexuales distintas es más tardía³. Por fin, algunos transexuales de un último tipo que muestran poco interés sexual interpersonal, fueron llamados "asexuales" o "analoeróticos"(9).

Análisis de los resultados de THQ de transexuales operados

La evolución de las ideas hizo que los estudios evalúen sobre todo el bienestar y la satisfacción de los pacientes operados, pues incluso transformado en un hecho trivial, el tratamiento quirúrgico de este síndrome siempre debe justificar su utilidad(36, 57).

Las evaluaciones se realizan en distintos momentos, según el lugar que le dan los autores a la intervención quirúrgica y sus consecuencias(57): en el momento del diagnóstico(19), o bien durante el proceso completo, ya desde la primera entrevista con un equipo terapéutico(39, 44, 65).

No se debe dejar de considerar el tiempo transcurrido entre la primera evaluación y la realización del estudio de seguimiento, pues hay distintas fases después de la intervención, siendo la más notoria la fase eufórica postoperatoria, con sentimiento de "renacimiento". Esta euforia se va desdibujando progresivamente según las dificultades provocadas por la nueva condición sexual. Los resultados publicados deben interpretarse teniendo en cuenta este factor tiempo, y no deben agruparse sujetos estudiados después de plazos postoperatorios muy distintos(7, 29, 33, 35, 39, 57, 65, 66, 76).

La edad del transexual en el momento de la formulación de su demanda suele estar ausente en los estudios, mientras que, en el nivel diagnóstico y pronóstico, existiría una relación inversamente proporcional entre la edad del candidato en el momento de la demanda y la calidad de su devenir. Una demanda de transformación formulada después de los 30 años de edad, desembocaría en un resultado negativo(24, 39, 45, 65, 66, 74).

Los estudios de seguimiento utilizan distintas herramientas de investigación, ya sea que se trate de las impresiones clínicas o de instrumentos de evaluación⁴. Así es como Abramowitz(1) dividió los estudios publicados de 1966 a 1983 en dos categorías: precuantitativos y cuantitativos⁵.

Resultados de los estudios de seguimiento

Desde Hertz y su primer estudio(27), se dedicaron un centenar de investigaciones a las consecuencias de la conversión sexual. A lo largo de los años, estas investigaciones fueron objeto de varios intentos de síntesis(1, 15, 24, 41, 49, 51, 54, 70, 72).



El THQ muestra resultados diferentes según la edad del paciente: favorables cuando se practica en una persona joven, de menos de 30 años(45, 61]; con una mayor probabilidad de descontento o de remordimiento cuando se realiza a una edad más avanzada(9, 18, 35, 39).

La mayor parte de las veces, los resultados de estos estudios fueron agrupados según el grado de satisfacción de los sujetos frente a su transformación quirúrgica; el sujeto es más feliz después, o por el contrario, su estado (psicológico y social) empeora después⁶.

Los conceptos de evaluación de la depresión son un poco confusos en la literatura, pues mezclan los trastornos del humor y los pensamientos pesimistas. Sin embargo, no hay que olvidar que el THQ tiene su justificación terapéutica en la idea de que puede aliviar el sufrimiento y atenuar las ideas depresivas.

– antes del THQ, se hallaban ideas suicidas al menos en el 20% de los sujetos(16, 35, 65, 66, 68, 71);

– después del THQ, los intentos de suicidio comprobados suelen ser consecuencia de problemas sentimentales(29), de complicaciones quirúrgicas (inherentes a la transformación sexual)(39, 68) y en este último caso, se corrigen una vez que se resuelven los problemas quirúrgicos(40, 68);

– los estudios muestran pocos suicidios de candidatos⁷ al cambio de sexo, fuera de los casos cuya demanda de transformación es rechazada(44).

El devenir psicológico

Analizado en términos de éxito de la transformación, el devenir depende de varios factores. Si se toma como referencia a Pfäfflin y Junge(57), estos factores son esencialmente objetivos: tener un contacto de seguimiento con el centro de tratamiento, experimentar una vida

real en el género deseado, gozar de una técnica quirúrgica de calidad, tener un seguimiento psiquiátrico y psicológico, un seguimiento hormonal y un cambio de condición civil. Estos son los criterios de una adaptación exitosa. En estas condiciones, muchos son los que ya no sienten la necesidad de ver a un psiquiatra(19) sino para obtener los certificados necesarios para el cambio de condición civil o para someterse a las evaluaciones postoperatorias(59). Por otra parte, se verifica además una disminución notable de los trastornos emocionales ligados a la disforia de género.

Si consideramos la evolución de los sujetos en distintos momentos de su tratamiento (durante el diagnóstico, durante el *real life test* y en los 6 a 24 meses que siguen a la operación quirúrgica)(5, 19, 46, 47), se nota una influencia positiva del cambio de sexo en el funcionamiento psicológico del sujeto⁸.

Se compararon dos grupos de candidatos transexuales(47, 48): un primer grupo cuya operación estaba prevista para algunos meses más tarde, un segundo grupo cuya operación estaba prevista para más adelante. Los sujetos fueron vistos nuevamente dos años después. El primer grupo sufrió las distintas operaciones transformadoras y el segundo sigue en período de espera. Al comienzo, los resultados son similares en ambos grupos pero, luego de dos años, son diferentes. Los resultados de los sujetos transformados son significativamente mejores que los de los sujetos que permanecen a la espera de la transformación. Los transexuales operados presentan una clara disminución de sus síntomas neuróticos, contrariamente a los sujetos en espera de transformación. Entre los FM y los MF con idéntico tratamiento, se observan ciertas diferencias⁹. Los FM son más estables, presentan menos perturbaciones psicopatológicas y parecen mejor adaptados a la transformación. Su masculi-

nización es menos visible⁽³⁵⁾ que la feminización de los MF (timbre de voz, estatura, tamaño de las manos, de los pies, etc.) y los hace menos objeto de burla que un hombre vestido de mujer.

Las investigaciones que reposan en el análisis del Rorschach a fin de determinar la génesis del trastorno o para poner en evidencia ciertas particularidades del funcionamiento psíquico de los candidatos transexuales son relativamente recientes^(3, 42, 50). Al comparar los protocolos antes/después de la operación, con 5 años de intervalo^(19, 50), el Rorschach no muestra una modificación notable de la personalidad ni del modo de funcionamiento psicológico de los sujetos. Esto muestra la importancia de la evaluación de una personalidad mórbida antes de incluirla en un protocolo, pues según las vulnerabilidades en juego, puede ser necesario actuar con gran prudencia ante la futura capacidad de adaptación del sujeto y respecto de su capacidad de satisfacción. El proceso terapéutico es complejo, todos los factores de estabilización son importantes, como el devenir profesional, familiar y afectivo y, en nuestra experiencia clínica, si hay pruebas de una "personalidad de riesgo" antes del THQ, estos sujetos no mejoran o lo hacen en pequeña medida.

El devenir de la sexualidad

Durante mucho tiempo se consideró que el transexualismo era una problemática hiposexual^(55, 57, 73) y algunos investigadores sostienen aún hoy que los transexuales no tienen interés en la sexualidad ni en la posibilidad de tener relaciones sexuales de calidad⁽¹³⁾. Este análisis amerita una revisión pues si bien la demanda transexual tiene que ver, en primer lugar, con una "cuestión de género", el transexual está atento al devenir de su placer sexual después de la operación como parte de su identidad de rol. En este sentido, la problemática transexual no es ni hiposexual ni hipersexual⁽⁵¹⁾.

En nuestra experiencia clínica, los transexuales consideran que la funcionalidad de los órganos sexuales es primordial. Esto es corroborado por una literatura más reciente que trata estos aspectos: en los MF, la profundidad de la neovagina es importante: si resulta demasiado corta no permite una penetración satisfactoria^(18, 40, 61, 68); en los FM, las técnicas quirúrgicas aún no permiten obtener una faloplastia adecuada, funcional y sensible. Sin embargo, los avances de la cirugía auguran resultados cada vez más satisfactorios⁽¹⁸⁾.

La transformación quirúrgica mejora sensiblemente la vida sexual, así como aumenta la frecuencia de la actividad sexual^(29, 33, 38, 40, 59). Después de la intervención, el encuentro de un compañero, compañera, se ve facilitado por una mayor seguridad de sí mismo^(6, 59, 68). En la clínica, particularmente para los FM, no es raro ver antes de la intervención parejas estables en las que el compañero o la compañera, que ha tenido relaciones heterosexuales, ve en el transexual al "hombre o la mujer que hay en él/ella". En forma general, los MF buscan nuevas parejas mientras que los FM tienden a permanecer con la misma^(6, 10, 32).

La literatura destaca que cuando la apariencia de los órganos genitales es insatisfactoria (tamaño del pene, estética de los labios...), el bienestar del transexual se ve afectado^(39, 45, 60, 63, 68); pero también es preciso que haya

deseo y sensualidad posibles antes de la intervención. Para nosotros, desde el punto de vista de la sexualidad, un transexual que se "refugia" tras su ausencia de conversión para no iniciar una relación sensual, tendrá menos chances de desarrollar luego una sexualidad plena, por más exitosos que sean los resultados de su intervención quirúrgica. La demanda de intervenciones suplementarias a fin de perfeccionar la estética del sexo y de su apariencia debe ser evaluada con mucho cuidado, para discernir en qué medida se trata de la búsqueda de un ideal de sí mismo irreal y de una dismorfofobia. Los resultados respecto del placer orgásmico son más discordantes¹⁰.

El devenir social

En la mayoría de los casos, después de la operación los transexuales se orientan hacia relaciones sociales más ricas y más numerosas^(1, 13, 59). Salen de su aislamiento social, se atreven a comenzar actividades hasta entonces largamente postpuestas. Esta mejoría de las relaciones sociales se atribuye a la adecuación entre la identidad de género y la anatomía.

No obstante, algunos transexuales (en particular los MF) sufren por la limitación y la superficialidad de sus contactos sociales^(35, 40). Las principales quejas son la ausencia de pareja, la disminución de los contactos sociales, la alteración de la relación con ciertos miembros de la familia, con los amigos. A menudo se ve cierta dificultad para asumir el pasado frente a nuevas parejas. Una evolución que se ha hecho cada vez más frecuente durante los últimos veinte años es el aumento de parejas homosexuales respecto del género después de la intervención⁽³⁶⁾, que son más estables en los FM. Una porción de transexuales cuya personalidad suele ser borderline tiene una sexualidad más compleja, a-vincular, en el ambiente de la prostitución.

El devenir profesional

El impacto de la transformación quirúrgica en la situación profesional de los transexuales es muy variable¹¹. La transformación se corresponde en forma positiva con la posición socioeconómica para los FM y en forma negativa para los MF^(4, 10). Pero la mayor tolerancia social respecto de los trastornos de la identidad de género facilita la inserción profesional. Así y todo, hay que tener en cuenta que a menudo la escolarización se ha visto perturbada al haber trastornos de la identidad precoces y esto conlleva una falta de formación que hace más difícil la inserción profesional. La rapidez, o no, en la obtención de un cambio de condición civil y en las formalidades subsiguientes (n° Insee) facilita o dificulta esta inserción.

Estudios recientes

Citaremos algunos estudios más recientes que permiten juzgar la evolución de los criterios diagnósticos, las ideas y las técnicas.

Lawrence⁽³⁶⁾ realiza un estudio retrospectivo de 232 casos postoperatorios del mismo cirujano (Toby Meltzer), de los casos de MF operados entre 1994 y 2000. Halla una tendencia a una mayor frecuencia de transexua-

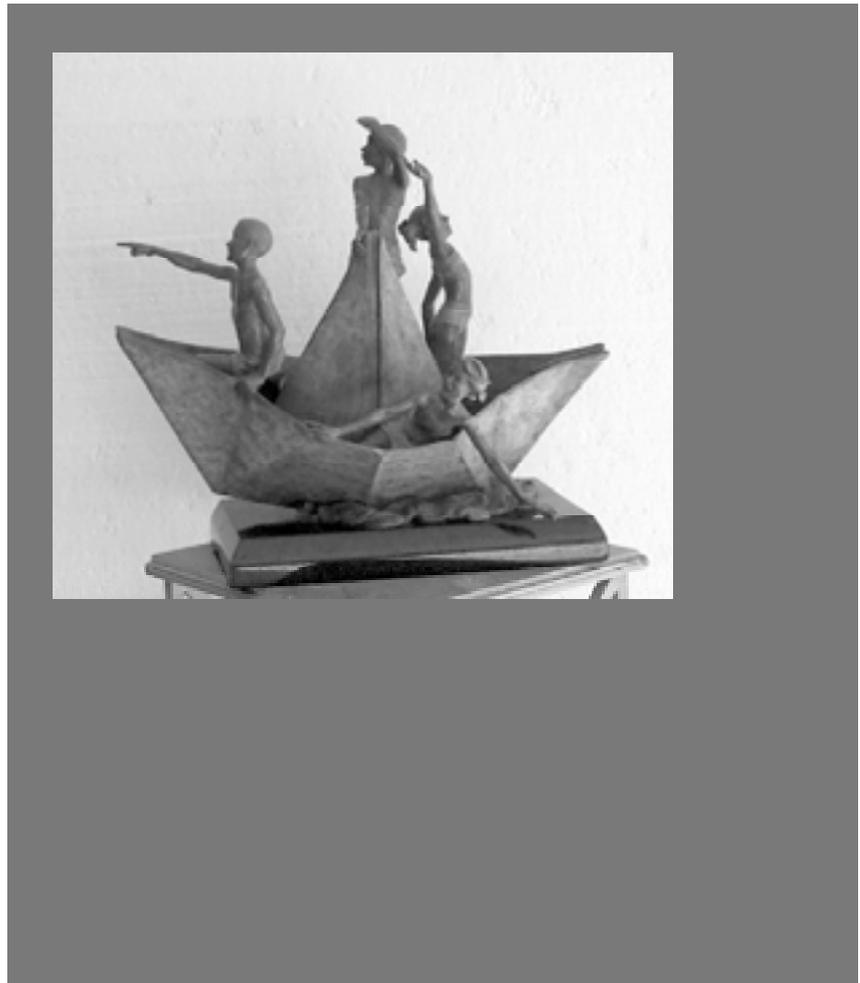
les hombre hacia mujer de diagnósticos tardíos, con una preferencia por compañeros de su sexo biológico vividos como una relación lesbiana (*transsexuals gynephilic*). Los factores de evaluación prequirúrgicos asociados a los resultados se reúnen en tres categorías¹².

Las características de los participantes en el estudio ligadas a la tipología transexual no mostraron, en su conjunto, una asociación significativa con los resultados. Lo diferente aquí, respecto de los estudios anteriores y los factores predictivos negativos en los casos de atracción ginéfila, es que este estudio incluye la edad en el período de THQ, el eventual matrimonio y paternidad anteriores, la atracción sexual y la experiencia sexual con hombres y mujeres, así como el grado de interés erótico hacia otras personas. Sólo algunas características tipológicas mostraron correlatos estadísticamente significativos y, en general, estos correlatos eran pobres. Según la opinión de los sujetos, la femineidad de la niñez constituye el factor más importante. Este factor fue relacionado con la ausencia de remordimientos y con una mejoría de la calidad de vida.

Los resultados difieren de las conclusiones de muchos estudios anteriores; en parte, las diferencias pueden reflejar distintas metodologías. Para Lawrence, los primeros investigadores midieron los resultados en términos objetivos, más que subjetivos, basando a veces sus evaluaciones en aspectos específicos de la reorientación de género de los transexuales de determinación precoz y andrófilos (10, 39). Siempre según este autor, también es posible que haya habido un cambio durante los últimos veinte años que reduzca las diferencias de satisfacción postoperatoria entre los transexuales de declaración precoz/andrófilos y los transexuales ginéfilos de aparición tardía. A esto se le podría asociar una mayor aceptación y facilidad de vida para estas categorías de personas en las sociedades de EE.UU. y de Europa occidental del norte¹³.

En Francia, hay dos estudios recientes. Preferimos presentarlos en anexo, para dar los resultados en detalle.

El primero muestra el devenir de los casos operados y seguidos. Bonierbale y Magaud-Vouland (12) realizaron este estudio retrospectivo en 128 casos de transexuales MF y FM seguidos por los mismos psiquiatras y psicólogos evaluadores de 1990 a 2002, y analizaron las características sociodemográficas comportamentales y psicológicas de esta población. Después de separar las personalidades de riesgo de los diagnósticos de trastornos de la identidad de género (TIG), los TIG son relativamente fáciles de seguir dentro de un protocolo ritualizado y aceptado, si sólo se retienen los sujetos para los que se puede considerar una previsión terapéutica de THQ. Los únicos factores de riesgo futuro para la adaptación ulterior son, entonces, una vulnerabilidad psicológica anterior, que hallaremos a la salida, resultados



quirúrgicos insatisfactorios que no permiten restaurar el narcisismo, aislamiento afectivo y falta de inserción profesional. La tipología de las personalidades también es importante para adaptar el tratamiento psicológico a su funcionamiento.

El segundo estudio versa sobre la calidad de vida de los transexuales operados (11). De 38 sujetos que siguieron el protocolo de tratamiento de THQ durante más de dos años (2 a 11 años), se analiza la calidad de vida de los transexuales operados con la SF36¹⁴ y entrevistas semidirigidas de una hora, orientadas hacia los distintos aspectos de la vida diaria que se ven afectados por la transformación quirúrgica y las aspiraciones de los individuos, a la vez antes y después de la operación. A estas entrevistas se asocia un breve inventario de personalidad (*Eysenck Personality Inventory* o EPI). Al final de este estudio, los autores confirman la hipótesis según la cual el tratamiento hormono-quirúrgico mejora la calidad de vida de los transexuales y confirman también que el sexo biológico influye en la calidad de vida de los transexuales operados. Por otra parte, varios autores (9, 17, 30, 31, 39, 63, 75) plantean la necesidad de detectar una serie de factores predictivos negativos para el THQ. Esta detección es valiosísima en el tratamiento de un síndrome tan complejo y difícilmente reversible.

Conclusiones

A través de la literatura y de nuestra experiencia clínica, hemos analizado el devenir de los transexuales opera-

dos y hemos tratado de evaluar las consecuencias –favorables y desfavorables– de la conversión quirúrgica.

Los transexuales se dicen satisfechos de su transformación en más de las tres cuartas partes de los casos. Se han establecido algunos criterios de buen pronóstico (demanda efectuada antes de los 30 años de edad, estabilidad mental y emocional, haber hecho la prueba durante al menos un año de una adaptación tanto física como comportamental en el sexo deseado, integración de las limitaciones y de las consecuencias directas de la cirugía, tratamiento psicoterapéutico previo al tratamiento quirúrgico). Pero hay que notar que algunos de estos criterios tienden a ser cuestionados con la evolución de las actitudes frente a las diferencias en la sociedad, la evolución de la tipología transexual y un mejor seguimiento de las poblaciones transexuales. Así y todo, si se respetan estos criterios y aparece insatisfacción, la misma puede estar ligada a complicaciones quirúrgicas (aspectos funcionales y estéticos), a rupturas sentimentales, a pérdidas de empleo y a dificultades en las relaciones sociales (familia, etc.).

Sin embargo, las dificultades suelen ser pasajeras y desaparecen durante el año que le sigue a la transformación sexual. En definitiva, muy pocos transexuales lamentan la transformación (1% de los FM y 1 a 1,5% de los MF)(56).

Si bien deben plantearse reservas en cuanto a estos resultados en virtud de ciertos sesgos metodológicos (selección de los sujetos, subjetividad de las evaluaciones, falta de independencia de los investigadores, etc.), parece bastante claro que la transformación anatómica por vía quirúrgica tiene efectos mucho más positivos que los previstos en el pasado por los médicos y, sobre todo, por los psicólogos. Sobre esta base, y en la medida en que el tratamiento pueda asumirse de manera correcta, de la fase diagnóstica a la fase postoperatoria, no parece que haya razones empíricas para rechazar la demanda de cambio de sexo (a la que además no se opone ninguna contraindicación cuando se respetan los criterios diagnósticos).

Los perfiles psicológicos “de riesgo” deben ser mejor estudiados para apreciar los factores de adaptabilidad ulterior, las medidas preventivas que deben implementarse y el momento de inclusión en el THQ.

Anexo

El devenir de los casos operados y seguidos

Estudio de M. Bonierbale y N. Magaud-Vouland(12, 77).

Ya en la primera consulta todos los pacientes habían sido informados de las modalidades de evaluación del protocolo de tratamiento, un año antes de comenzar cualquier gesto hormonal si el candidato era elegible (2 años antes de cualquier procedimiento quirúrgico). Este marco permite determinar, además del diagnóstico, cuáles son los pacientes cuya motivación es clara para comprometerse en este seguimiento. Se les aconsejaba a los pacientes hacer un trabajo psicológico de elucidación, en paralelo con un psicoterapeuta, a fin de ayudarlos a descubrir sus eventuales rasgos vulnerables. Esto dista mucho de ser posible en todos los casos, frente a la inquebrantable convicción que tienen los transexuales de que al cambiar su cuerpo todo su malestar desaparecerá.

Se utilizó el MMPI para descubrir el perfil de rasgos de personalidad, las diferencias de las poblaciones MF y FM. La evaluación de la calidad de vida después de la intervención tuvo lugar mediante una autoevaluación del paciente a partir de criterios de satisfacción, de adaptación, de relación y de inserción socio-profesional.

La población de 128 pacientes se divide, antes de toda inclusión en el protocolo de THQ, en 82 hombres biológicos (64%), 46 mujeres biológicas (36%) (2 hombres por cada mujer). La edad promedio es de 31,16 años con extremos de 17 y 69 años.

En el plano de la actividad profesional, 83 son activos (64,8%) y 45, no activos (35,1%). Si bien la mayoría de los no activos plantean que sus dificultades de inserción están ligadas a su estatus de identidad, la evolución muestra, en general, que la transformación no aporta una respuesta en este aspecto. Los trastornos de la adaptación que esto refleja permanecen intactos y, en nuestra opinión, forman parte de los factores negativos de la evaluación. La escolaridad se centra sobre todo en los estudios secundarios y de formación profesional de tipo CAP, BEP, más que en estudios superiores. Hallamos un comportamiento sexual activo en el 63,3% de los casos, con una vida de pareja estable de tipo heterosexual respecto del sexo psicológico (y homosexual respecto del sexo biológico), de más de 6 meses, en el 37,5% de los casos antes de cualquier THQ. Los comportamientos lésbicos respecto del sexo psicológico (no hay en nuestra muestra un FM con comportamiento homosexual respecto de su género) no son frecuentes y en nuestra experiencia, suelen ser factores de evaluación negativos, a la inversa de lo que plantea Lawrence. Los solteros o con parejas inestables representan el 33,6%; el 19% de las personas con trastornos de la identidad, que vive en pareja heterosexual respecto del sexo genético o divorciados, representa la parte de los trastornos llamados secundarios, de aparición tardía o reprimida (14,8%): se trata esencialmente de hombres.

Durante la evaluación y antes del THQ hallamos un 11,7% de abandonos precoces. Se trata, básicamente, de personas que vienen movidas por un impulso, a veces en un momento de fragilización de su existencia, y que se desalientan ante el tiempo que demanda el protocolo, o de personalidades psicopáticas que no pueden soportar la espera y que van a buscar en otros países de la Comunidad Europea más laxos una intervención más rápida. El 11,7% son recusados por signos de psicopatología que se imponen por sobre el problema de identidad, por comportamientos marginales (travestismos fetichistas que no entran en el marco del tratamiento terapéutico, inmadurez de la demanda, homosexualidad no asumida, etc.); el 8,6% son reorientados hacia centros más cercanos a su lugar de residencia (Niza, Montpellier, Toulouse); el 61% entra en el protocolo de tratamiento hormono-quirúrgico; el 7% continúa con un trabajo psicoterapéutico personal.

En el nivel diagnóstico hallamos un 35,15% de MF de aparición precoz, un 10,15% de MF tardíos, un 22,65% de FM precoces, y 0% de FM tardíos. Hemos retenido como factores de riesgo negativos en la evaluación, de acuerdo con la literatura, los antecedentes depresivos (35%), las ingestas de tóxicos (12%) y la prostitución (12%). Los demás factores psiquiátricos hallados son esencialmente fobias sociales y comportamientos psicopáticos. Cabe destacar que en los antecedentes fa-



miliares hallamos con una constancia importante (46%) la noción de “padre ausente” que ya había subrayado Stoller(69], ya sea que se trate de un padre realmente ausente (que abandonó a la madre) o que no está atento al niño, hombre borrado y falo o, a veces, odiado por su hijo, que se niega a identificarse con él. La madre suele ser sobreprotectora o distante afectivamente (18,75%). En la población de hijas biológicas hallamos la mayor cantidad de casos de abuso sexual y de maltrato.

Durante la fase de inicio del tratamiento hormonouquirúrgico el 26,5% de los pacientes ya recibían o habían recibido una prescripción hormonal fuera de cualquier indicación realizada en un marco de evaluación (prescripción fuera de la norma, venta clandestina, etc.).

En el plano quirúrgico, el 58% de los FM ha sufrido una histerectomía y se ha sometido a una faloplastia (29%), o espera hacerlo (29%); el 51,7% de los MF ha sufrido una reasignación sexual y el 39,6% espera la intervención. En el conjunto de los operados, el 67,4% ha obtenido su cambio de condición civil, el 71,74% estima que su calidad de vida ha mejorado mucho. Se trata, esencialmente, de la comodidad que les brinda su imagen social; el 24% tiene una calidad de vida objetivamente sin cambios, relacionada con cierta dificultad de adaptación social que ya estaba presente antes de la intervención (falta de inserción profesional, falta de una vida de pareja estable, prostitución, alcoholismo), pero subjetivamente positiva respecto de su imagen social; el 50% vive en pareja, 3 FM tuvieron la posibilidad de que su cónyuge se sometiera a inseminación artificial y tuvieron un hijo.

Los tests de personalidad, en particular el MMPI, nos

permitieron establecer un perfil común a los FM y a los MF que refleja la clínica y que constituye una herramienta de evaluación durante el tratamiento y de pronóstico de adaptación. El estudio comparativo de los distintos rasgos de personalidad en las escalas del MMPI muestra que existe un perfil que evoluciona más en las zonas de la psicosis que en las de la neurosis¹⁵. Los rasgos salientes son los de una personalidad con rigidez psíquica, firmemente establecida en creencias y prejuicios, con una importante impulsividad que puede dejar escapar rápidamente una agresividad subyacente y ruminaciones de tipo interpretativo, desprecio por las reglas sociales y por la relación interpersonal. Los MF son significativamente más introvertidos, hipersensibles a las condiciones externas que metabolizan como una ruminación de las angustias y de las dudas, las cuales pronto son remplazadas por convicciones y falta de consideración de la alteridad y de los usos sociales. Los FM, más impulsivos y más extrovertidos, son aún más radicales en sus convicciones. Estas dificultades para el *insight*, para los cuestionamientos y la empatía aparecen durante el tratamiento psicológico y dificultan cualquier trabajo de elaboración que lleva, inevitablemente, al pasaje al acto en lo real de la intervención quirúrgica. La presencia más o menos fuerte de estos rasgos puede ser un indicador de pronóstico de adaptabilidad futura y de trabajo psicoterapéutico para movilizar la estructura allí donde las configuraciones del perfil muestran el camino.

Las conclusiones de este estudio citadas más arriba muestran la necesidad de hacer una correcta discriminación entre las personalidades de riesgo y los diagnósticos de trastornos de la identidad de género.



Los únicos factores de riesgo futuro para la adaptación ulterior son entonces una vulnerabilidad psicológica anterior, resultados quirúrgicos insuficientes que no permiten restaurar el narcisismo, aislamiento afectivo, falta de inserción profesional. La tipología de personalidad también es importante para adaptar el tratamiento psicológico a su funcionamiento.

Calidad de vida de los transexuales operados

Estudio de Bonierbale M. et al.(11)

Los resultados muestran que la operación de cambio de sexo mejora la calidad de vida de los transexuales después del THQ en las distintas áreas de su vida cotidiana. Todos los transexuales están satisfechos con la operación (28/30 satisfechos y 2/30 medianamente satisfechos). Su calidad de vida mejora tras la operación en el ámbito social (21/30) y sexual (25/30). Sin embargo, esta mejoría no concierne a todas las áreas: no aparece un cambio notable en los ámbitos familiar, amistoso y sentimental. Existen diferencias entre los transexuales masculinos y femeninos. Los transexuales femeninos tienen una mejor vida social, profesional, amistosa y un mayor bienestar psicológico que los transexuales masculinos. Por otro lado, los transexuales masculinos tienen menos complicaciones quirúrgicas y parecen más satisfechos sexualmente.

Los datos del SF36 indican que los transexuales femeninos tienen una mejor vida vincular (puntaje promedio de 88,15 contra 71,71), una mejor salud psíquica (90,25 contra 88,95) y se perciben globalmente en me-

mejor estado de salud que los transexuales masculinos (86,79 contra 75,53). Estos datos tienen un intervalo de confianza del 95%.

Los transexuales femeninos tienen una mayor tendencia que los transexuales masculinos a sentir limitaciones (molestias en su vida cotidiana) ligadas al estado físico (85,53 contra 73,68) y al estado emocional (89,47 contra 82,46). Estos datos tienen un intervalo de confianza del 80%.

Los datos del EPI no ponen de manifiesto la influencia de ciertos factores de personalidad como la extroversión y el neuroticismo en el nivel de calidad de vida (percibido) de los sujetos transexuales operados. Hay que destacar la gran proporción de capacidad para la extroversión (35/38) (impulsividad, desinhibición, poco control, riesgos corridos, búsqueda de sensaciones fuertes). En el plano clínico, esto se acompaña de una cuidadosa evaluación de la estabilidad de la personalidad antes de comenzar el protocolo como un indicador de las capacidades adaptativas futuras.

Se verifican más repercusiones positivas después de las CCS en los transexuales femeninos (FM) que en los transexuales masculinos (MF) en

los ámbitos socioprofesional, amistoso y psicológico. Por otra parte, los transexuales masculinos tienen menos complicaciones quirúrgicas y parecen más satisfechos sexualmente. Por otro lado, la ausencia de datos de la literatura en cuanto a la exploración de las relaciones familiares y sentimentales de los transexuales no permite confrontar nuestros resultados con los de otros trabajos. Así es. Al parecer la calidad de las relaciones sentimentales después de la operación es el resultado de factores personales independientes de la transformación quirúrgica, como la personalidad del individuo. Asimismo, es bueno notar que la operación de reasignación de sexo no parece traer una mejor comprensión por parte de los familiares de esta población. A menudo la familia no logra aceptar los sentimientos del "transexual", antes o después de la operación. Los resultados de la investigación muestran también que los transexuales femeninos tienden a casarse con más frecuencia. Estos resultados podrían ser explicados, por un lado, por el hecho de que son más estables socialmente, mejor aceptados por la sociedad(16, 33, 53, 73). Por otro lado, los transexuales femeninos operados tienen una mayor facilidad para tener niños mediante la inseminación de sus compañeras por parte de un donante. De este modo, la hipótesis según la cual el tratamiento hormono-quirúrgico mejora la calidad de vida de los transexuales parece confirmarse, así como la que plantea que el sexo biológico influye en la calidad de vida de los transexuales operados.

El tratamiento hormono-quirúrgico es más satisfactorio en los transexuales femeninos en las áreas donde

predominan lo vincular y lo “estético”, mientras que crea menos complicaciones quirúrgicas y parece más satisfactorio a nivel “funcional” en los transexuales masculinos.

La detección de factores predictivos negativos para el THQ es muy valiosa en el tratamiento de un síndrome tan complejo y difícilmente reversible. Varios autores(9, 17, 30, 31, 39, 63, 75) intentaron hallar criterios en este sentido. Se mencionaron veinte criterios negativos (edad avanzada en el momento de la formulación de la demanda, características morfológicas de pertenencia al sexo biológico demasiado pronunciadas, elección de objeto heterosexual antes de la transformación, apoyo social insatisfactorio, inestabilidad mental, vulnerabilidad emocional, antecedentes penales, servicio militar cumplido, ejercicio de una actividad profesional poco adecuada para el sexo deseado, falta de comprensión y de integración de los límites y de las consecuencias directas de la cirugía, automutilaciones, abuso de alcohol, ambivalencia frente a la cirugía, etc.). Sin ser verdaderas contraindicaciones, estos factores son indicadores de prudencia; cuantos más elementos de los mencionados presente un individuo, más puede pensarse que la transformación quirúrgica plantea el riesgo de no resultar favorable.

Además de la ausencia de psicopatología, entre los criterios mencionados con mayor frecuencia retenemos: la elección de objeto sexual (homosexual o no homosexual) y la edad en el momento de la demanda. Pero también hay que considerar que dado que la actitud social frente a la transexualidad y la tolerancia social hacia la homosexualidad evolucionan, ya no es tan claro que la elección de objeto tenga el mismo significado(36). Cada vez más transexuales no desean ir hasta el final de una transformación quirúrgica y las asociaciones de transexuales reclaman el derecho a esta elección que implica un espacio difuso, aún más complejo, de poblaciones transgenéricas. “Clásicamente”, para autores como Blanchard et al.(9), la elección de objeto de un compañero del mismo sexo antes de la transformación quirúrgica (que se traduce por la constitución de una pareja “heterosexual” después de la operación) es de mejor pronóstico que la elección de un compañero del otro sexo realizada después de la intervención. Para este autor, los sujetos que eligen un objeto heterosexual (antes de la operación) tienen más remordimientos sobre la conversión sexual que aquellos cuyo objeto es homosexual(4, 9). Otros autores(31, 75) llegan a la misma verificación. El tratamiento de sujetos cuyos compañeros, antes de la operación, son heterosexuales requiere entonces una mayor prudencia, pero no debe llevarnos a rechazar la demanda(9), dadas las evoluciones en curso.

En cuanto a la edad del transexual al expresar la demanda, parecería que cuanto más pronto se formula,



mejores son los resultados. Si bien la demanda de transformación tardía formulada después de los 30 años, es de mal pronóstico –como lo cita Walinder et al.(75) a finales de los años setenta y como lo confirmó recientemente Eldh(18) en su estudio sobre 90 transexuales operados: los pacientes que lamentan la operación tenían más de 30 años en el momento de la transformación sexual– esto parece quedar desmentido por Lawrence(36). En nuestra experiencia, el THQ de sujetos mayores de 30 años que ya han llevado una vida heterosexual respecto de su sexo biológico y han sido padres, no se acompaña de una evolución peyorativa en la medida en que existían otros factores de estabilidad (personalidad equilibrada, acuerdo familiar, estabilidad profesional, nueva pareja afectiva y sexual heterosexual).

Como otros factores de predicción negativos importantes, mencionamos el trabajo de Spengler(67) quien considera que, si un sujeto manifiesta demasiadas vacilaciones para comenzar un THQ, se presenta entonces un mal pronóstico. Pero hay que tener en cuenta, tal como escribe Doorn(17), que el transexual de vocación tardía puede tener un contexto difícil (casado, con hijos, etc.) que le impide concretar su deseo. Es por ello que estas demandas deben ser analizadas teniendo en cuenta los factores familiares y de la historia clínica, que muestran que, con frecuencia, el transexual ha intentado adaptarse en vano y que llega un momento en que sus límites no le permiten hacerlo más.

La presencia del apoyo familiar y social es siempre un factor primordial para el éxito de la conversión a lo largo de toda la transformación sexual(31, 63, 75) ■

Referencias bibliográficas

1. Abramowitz SI. Psychosocial outcome of sex reassignment surgery. *J Consult Clin Psychol* 1986; 54: 183-9.
2. American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 3a. edición. París, Masson, 1980.
3. Beatrice J. A psychological comparison of heterosexuals, transvestites, preoperative transsexuals, and postoperative transsexuals. *J Nerv Ment Dis* 1985 ; 173 : 358-65.
4. Blanchard R. Typology of male-to-female transsexualism. *Arch Sex Behav* 1985; 14: 247-61.
5. Blanchard R, Steiner BW. Gender reorientation, psychological adjustment, and involvement with female partners in female-to-male transsexuals. *Arch Sex Behav* 1983; 12: 149-57.
6. Blanchard R, Steiner BW, Clemmensen LH. Gender dysphoria, gender reorientation, and the clinical management of transsexualism. *J Consult Clin Psychol* 1985; 53: 295-304.
7. Blanchard R, Legault S, Lindsay WR. Vaginoplasty outcome in male-to-female transsexuals. *J Sex Marital Ther* 1987; 13: 265-75.
8. Blanchard R, Sheridan PM. Sibship size, sibling sex ratio, birth order, and parental age in homosexual and nonhomosexual gender dysphorics. *J Nerv Ment Dis* 1992; 90: 40-7.
9. Blanchard R, Steiner BW, Clemmensen LH, Dickey R. Prediction of regrets in postoperative transsexuals. *Can J Psychiatr* 1989; 34: 43-5.
10. Bodlund O, Kullgren G. Transsexualism – general outcome and pronostic factors: a five-year follow-up study of nineteen transsexuals in the process of changing sex. *Arch Sex Behav* 1996; 25: 303-16.
11. Bonierbale M, Lemaire A, Parola N, et al. Quality of life among transsexual patients after surgery for sex reassignment. *11th World Congress of the ISSIR*, Buenos Aires, 2004.
12. Bonierbale M, Magaud-Vouland N. Retrospective analysis of 128 cases of gender dysphoria. *Sexual and Relationship Therapy* 2004; 19 (supl, P49): 112.
13. Calanca A. Le transsexuel après le changement: évolution et pronostic. *Helv Chir Acta* 1991 ; 58 : 257-60.
14. Chiland C. *Changer de sexe*. París, Editions Odile Jacob, 1997.
15. Cohen-Kettenis PT, Van Goozen S. Sex reassignment of adolescents transsexuals: a follow-up study. *J Am Acad Child Psychiatry* 1997; 36: 263-71.
16. Dixen JM, Maddever H, Van Maasdam J, Edwards PW. Psychosocial characteristics of applicants evaluated for surgical cross-gender reassignment. *Arch Sex Behav* 1984; 13: 269-76.
17. Doorn CD. Towards a gender identity theory of transsexualism. *Tesis de doctorado sin publicar*, Vrije Uniersiteit te Amsterdam, Amsterdam, 1997.
18. Eldh J, Berg A, Gustafsson M. Long term follow-up after sex reassignment surgery. *Scandinavian Journal of Plastic Reconstructive Hand surgery* 1997; 31: 39-45.
19. Fahrner EM, Kockott G, Duran G. Die psychosociale integration operierter transsexuellen. *Nervenarzt* 1987 ; 58 : 340-8.
20. Fisk N. The how, what and why of a disease. In: Laub D, Gandy P, eds. *Proceedings of the Second Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome*. Palo Alto: Stanford University Medical Center, 1973.
21. Fisk N. Gender Dysphoria Syndrome. The conceptualization that liberalizes indications for gender reorientation and implies a broadly based multidimensional rehabilitative regimen. *West J Med* 1974; 120: 386-91.
22. Fleming M, Cohen D, Salt P, Jones D, Jenkins S. A study of pre-and postsurgical transsexuals: MMPI characteristics. *Arch Sex Behav* 1981; 10: 161-70.
23. Fleming M, Jones D, Simons J. Preliminary results of pre and postoperative transsexuals. *J Clin Psychol* 1982; 38: 408-15.
24. Green R, Fleming D. Transsexual surgery follow-up status in the 1990s. *Annu Rev Sex Res* 1990; 1: 163-74.
25. Hamburger C. Endocrine treatment of male and female transsexualism. In: Green R, Money J, eds. *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1969.
26. Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. Standard of care: the hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons. *Arch Sex Behav* 1985; 14: 79-90.
27. Hertz J, Tillinger KG, Wstman A. Transvestism. *Acta Psychiatr Scand* 1961; 37: 283-94.
28. Hill E. A comparison of three psychological testings of a transsexual. *J Personal Assess* 1980; 44: 52-100.
29. Hunt DD, Hampson J. L. Follow-up of 17 biologic male transsexual after sex-reassignment surgery. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 432-8.
30. Johnson S, Hunt DD. The relationship of male transsexual typology to psychosocial adjustment. *Arch Sex Behav* 1990; 19: 349-60.
31. Kockott G, Fahrner EM. Transsexuals who have not undergone surgery: a follow-up study. *Arch Sex Behav* 1987; 16: 511-22.
32. Kockott G, Fahrner EM. Male-to-female and female-to-male transsexuals: a comparison. *Arch Sex Behav* 1988; 6: 539-46.
33. Krohn W, Bertermann H, Wand H, Wille R. Nachtuntersuchung bei operierten transsexuellen. Transsexualism: a long term follow-up after sex reassignment surgery. *Nervenarzt* 1981; 52: 26-31.
34. Kuiper AJ. Transseksualiteit. Evaluatie van de geslachtsaanpassende behandeling. *Tesis de doctorado sin publicar*, Vrije Universiteit te Amsterdam, Amsterdam, 1991.
35. Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Sex reassignment surgery: a study of 141 Dutch transsexuals. *Arch Sex Behav* 1988; 17: 439-57.
36. Lawrence AA. Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav* 2003; 32: 299-315.
37. Levine SB, Lothstein L. Transsexualism or the gender dysphoria syndromes. *J Sex marital Ther* 1981; 7: 85-113.
38. Lief H, Hubschman L. Orgasm in postoperative transsexual. *Arch Sex Behav* 1993; 22: 145-55.
39. Lindemalm G, Korlin D, Uddenberg N. Long term follow-up of sex change in 13 male-to-female transsexuals. *Arch Sex Behav* 1986; 15: 187-210.
40. Lothstein LM. The postsurgical transsexual: empirical and theoretical considerations. *Arch Sex Behav* 1980; 9: 547-64.
41. Lothstein LM. Sex reassignment surgery: historical, bioethical and theoretical issues. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 417-26.
42. Lothstein LM. *Female-to-male transsexualism: historical, clinical and theoretical issues*. Boston: Routledge & Kevan Paul, 1983.
43. Lothstein LM. Psychological-testing with transsexuals: a 30 year review. *J Pers Assess* 1984; 48: 500-7.
44. Lundström B. *Gender dysphoria: a social-psychiatric follow-up study of 31 cases not accepted for sex reassignment*. Göteborg: University of Göteborg, 1981.
45. Lundström B, Pauly I, Walinder J. Outcome of sex reassignment surgery. *Acta Psychiatr Scand* 1984; 70: 289-94.
46. Mate-Kole C, Freschi M, Robin A. Aspects of psychiatric symptoms at different stages in the treatment of transsexualism. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 550-3.
47. Mate-Kole C, Freschi M, Robin A. A controlled study of psychological and social change after surgical gender reassignment in selected male transsexuals. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 261-4.
48. Mate-Kole C, Robin A, Freschi M. Benefits of surgical reassignment as perceived by operated male transsexual patients. *Gender Dysphoria* 1990; 1: 73-7.
49. Meyer JK, Reter DJ. Sex reassignment: follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 1010-5.
50. Michel A. Le changement de sexe: une métamorphose sans conséquence? *Tesis de doctorado sin publicar*. Université de Liège, Liège, 2000.
51. Michel A. Le transsexuel : quel devenir ? *Ann Méd Psychol (París)* 2001 ; 159 : 1-11.
52. Murray J. Borderline manifestations in the Rorschach of male transsexuals. *J Pers Assess* 1985; 49: 454-66.
53. Pauly IB. Female transsexualism: Part I. *Arch Sex Behav* 1974; 3: 487-507.

54. Pauly IB. Outcome of sex-reassignment surgery for transsexuals. *Austr NZ J Psychiatry* 1981; 15: 45-51.
55. Person E, Ovesey L. The transsexual syndromes in males: I. Primary transsexualism. *Am J Psychother* 1974; 26: 4-20.
56. Pfäfflin F. Regrets after sex reassignment surgery. In: Bockting WO, Coleman E, eds. *Gender Dysphoria, Interdisciplinary approaches in clinical management*. Binghamton, NY: The Haworth Press, 1992.
57. Pfäfflin F, Junge A. *Nachuntersuchungen nach geschlechts- umwandlung; eine kommentierte literaturrecherche 1961-1991*. Stuttgart: Schattauer, 1992.
58. Pomeroy WB. Transsexualism and sexuality: sexual behavior of pre and postoperative male transsexuals. In: Green R, Money J, eds. *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: John Hopkins press, 1969.
59. Rakic Z, Starcevic V, Maric J, Kelin K. The outcome of sex reassignment surgery in Belgrade: 32 patients of both sexes. *Arch Sex Behav* 1996; 25: 515-25.
60. Rauchfleisch D, Barth D, Bategay R. Resultate einer Langzeitkatamnese von Transsexuellen. *Nervenarzt* 1998; 9: 799-805.
61. Reehman J, Lazer S, Bnet A, Schaefer L, Melman A. The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients. *Arch Sex Behav* 1999; 28: 71-89.
62. Reid RW. Aspects psychiatriques et psychologiques du transsexualisme. *Actes du XXIIIe Colloque de droit européen*. Vrije Universiteit Amsterdam, 1993.
63. Ross MW, Need JA. Effects of adequacy of gender reassignment surgery on psychology and adjustments: a follow-up of fourteen male-to-female patients. *Arch Sex Behav* 1989; 18: 145-53.
64. Snaith P, Tarsh MJ, Reid R. Sex reassignment surgery: a study of 141 Dutch transsexuals. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 681-5.
65. Sorensen T. A follow-up study of operated transsexual females. *Acta Psychiatr Scand* 1981; 64: 50-64.
66. Sorensen T. A follow-up study of operated transsexual males. *Acta Psychiatr Scand* 1981; 63: 486-503.
67. Spengler A. *Kompromisse statt Stigma und Unsicherheit. Sexualmedizin* 1980; 3: 98-103.
68. Stein M, Tieffer L, Melman A. Follow-up observations of operated male-to-female transsexuals. *J Urol* 1990; 143: 1188-92.
69. Stoller R. *Presentations of gender. Masculin ou féminin?* Paris: PUF, 1989; (New Haven and London, Yale University Press).
70. Stürup G. Male transsexuals: a long-term follow-up after sex reassignment operations. *Acta Psychiatr Scand* 1976; 53: 51-63.
71. Verschoor A, Poortinga J. Psychosocial differences between Dutch male and female transsexuals. *Arch Sex Behav* 1988; 17: 173-9.
72. Vogt JH. Five cases of transsexualism in females. *Acta Psychiatr Scand* 1968; 44: 62-88.
73. Walinder J. *Transsexualism, a study of forty-three cases*. Vol. I. Göteborg: Scandinavian university books, 1967.
74. Walinder J, Thuwe I. *A social-psychiatric follow-up study of 24 sex-reassigned transsexuals. Reports from the Psychiatric Research Center, St Jorgen's Hospital, University of Göteborg, Sweden 10*. Akademiforlaget, 1975.
75. Walinder J, Lundström B, Thuwe I. Prognostic factors in the assessment of male transsexuals for sex reassignment. *Br J Psychiatry* 1978; 132: 16-20.
76. Walters WAW, Ross MW. *Transsexualism and sex reassignment*. Oxford: Oxford University Press, 1986.

Notas

1. Según la CIE 10, el transexualismo es un deseo de vivir y de ser aceptado como una persona del sexo opuesto. Este deseo suele acompañarse de un sentimiento de malestar o de inadaptación respecto del propio sexo anatómico y del deseo de someterse a una intervención quirúrgica o a un tratamiento hormonal para hacer que el cuerpo refleje lo mejor posible el sexo deseado (...) La identidad de tipo transexual debe haber estado presente de una manera persistente durante al menos dos años, no debe ser un síntoma de otro trastorno mental como la esquizofrenia y no debe estar asociada a otra anomalía sexual genética o cromosómica, y debe acompañarse de tristeza personal. Para el DSM IV hay cuatro criterios que permiten definir los trastornos de identidad sexual: la identificación intensa y persistente con el otro sexo, el sentimiento persistente de incomodidad respecto del propio sexo o el sentimiento de inadecuación, respecto de la identidad de rol (*gender role*) correspondiente; la afección no es concomitante a una afección responsable de un fenotipo hermafrodita, la afección provoca un sufrimiento clínicamente significativo o una alteración del funcionamiento social, profesional o en otras áreas importantes.

2. El término "verdadero" transexual, atribuido clásicamente a las personas que presentan trastornos de la identidad sexual precoces (infancia, pubertad o adolescencia), sin trastornos de la personalidad ni de la preferencia sexual respecto de su identidad psicológica, con una demanda de THQ apoyada en un sufrimiento personal intenso, se califica como "reaccionario" en la HBIQDA. Esta afirmación de su presidente, E. Coleman, reposa en el concepto de que, cualquiera sea la edad de aparición y el modo de vida coherente respecto del sexo biológico anterior (casamiento, procreación), si el trastorno de la identidad de género existe (el término de transexualismo también fue abandonado), se puede encarar un THQ si la persona así lo desea.

3. De este modo, en las estadísticas del Instituto de Psiquiatría de Clarke, en Toronto (importante centro de evaluación de disforia de género), en 1982 se contaba un 25% de MF no homosexuales respecto de su sexo biológico. En tres años, la frecuencia llegó al 39% (79), en 1987, al 58% y en 1992, alrededor del 59% de todos los hombres disfóricos de género en la base de datos de Clarke formaban parte de la categoría no homosexual respecto del sexo biológico(8).

4. Como el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MM-PI), el Rorschach, el *Thematic Apperception Test* (TAT) o también el *Draw-a-person Test*, el *Body Image Scale*(3, 22, 23, 28, 29, 52, 73) o también la *Symptom Checklist 90 - revised* (SCL-90-R), el *Crown Crisp Experiential Index* (CCEI) y el *Bem Sex Role Inventory* (BSRI)(6, 9, 43, 46).

5. Los primeros evalúan los resultados de la transformación en términos de satisfacción o de grado de mejoría según criterios poco cuantificables, los segundos utilizan escalas psicométricas y cuestionarios estandarizados y recurren, por lo general, a los métodos estadísticos para el tratamiento de los datos.

6. Para Pauly(54), aproximadamente en las tres cuartas partes de los casos los transexuales parecen satisfechos con la transformación, y en la revisión de Green y Fleming(24) el 97% de los FM (n=130) están felices con su transformación. La mayoría de los transexuales (más del 90%) responde afirmativamente a la pregunta clave: "¿Si tuviera que volver a hacerlo, lo haría?"(4, 14, 40, 47, 48, 61). Algunos sujetos llegan a declarar que sin la operación se habrían suicidado(29, 39). Sólo en el 10% de los casos hallamos resultados insatisfactorios. Este porcentaje es menos elevado en los FM. En cuanto a los remordimientos profundos y persistentes, son raros: menos del 1% para los FM y de 1 al 1,5% para los MF. Hay tres motivos principales que detonan el remordimiento: error de diagnóstico (psicosis), ausencia de test de vida real en el género vivido, protocolo de intervención quirúrgica poco adaptado y resultados quirúrgicos decepcionantes (tiempo de espera, resultado quirúrgico estéticamente poco satisfactorio y/o poco funcional).

7. Después de la transformación quirúrgica, Kuiper halla un promedio de 1,2% de suicidios en los MF y 0,5% en los FM(34); el mismo es de 1,9% en los MF y 0,8% en los FM para otros autores(45, 54). En su revisión de la literatura, Pfäfflin y Jun-

Artículo publicado originalmente en: Bonierbale M, Michel A, Lançon C. Devenir des transsexuels opérés. L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE 2005; 81: 517-28.

ge(57) cuentan 16 suicidios después del cambio de sexo. Su etiología debe ser sopesada según los acontecimientos vitales (error medicamentoso, sobredosis, complicación médica no imputable a la transformación quirúrgica, pérdida del trabajo o aparición de dificultades sentimentales).

8. De este modo, los transexuales operados obtienen en todas las escalas del CCEI (*Crown Crisp Experiential Index*) puntajes significativamente más bajos que los sujetos en curso de diagnóstico o de *Real Life Test*: presentan menos signos de depresión, de ansiedad flotante, de obsesividad, de ansiedad somática y de histeria. Por otra parte, aquellos en curso de *Real Life Test* sufren menos depresión y ansiedad somática que sus homólogos en curso de diagnóstico. Hay que considerar el impacto ansiolítico que puede tener el hecho de que se sientan apoyados y reconocidos en su proceder e incluidos en un protocolo que responde a su demanda. Si resultara que la operación no debiera realizarse, estos beneficios deberían desaparecer (35).

9. Al reunir los elementos objetivos evidenciados (análisis de los resultados obtenidos en los tests psicológicos realizados en transexuales), se verifica que los FM presentan resultados más favorables que los MF(6, 19, 35, 43, 57, 65, 66).

10. Para algunos autores(40, 59) los MF experimentan el orgasmo más seguido que los FM, para otros(38), es al revés. Según Rakic et al.(59), esta diferencia podría deberse a factores personales totalmente independientes del transexualismo y de la transformación quirúrgica. Esto corrobora nuestra experiencia; en la clínica, como en la población general, los sujetos que no desarrollaron la habilidad sensual, ni el deseo sexual antes de la intervención, tienen pocas posibilidades de ver que el proceso quirúrgico los lleve a modificaciones notables. Por ende, las dificultades sexuales son similares a las de la población general.

11. El devenir profesional de los transexuales es desastroso para algunos(60, 65, 66), con pérdida del empleo, dificultades para hallar una ocupación; para otros, los más numerosos(6, 19, 40, 68), resulta menos alarmante: muchos sujetos operados conservan su empleo o, en todo caso, ejercen otra actividad. En la literatura(34) el 71% de los MF y el 83% de los FM tienen un empleo después de la transformación quirúrgica y esta situación mejora para el 42% de los MF y el 48% de los FM, mientras que se deteriora para el 13% de los MF y el 12% de los FM, y permanece estable para el 40% de los MF y el 37% de los FM.

12. Factores ligados a la tipología transexual: edad en el período del THQ, edad en la cual la persona deseó por primera vez cambiar de sexo, inconformidad de género en la infancia, matrimonio o paternidad, orientación sexual, grado de interés sexual por otras personas, excitación sexual en la imaginación o en el travestismo. Factores ligados a la conformidad a los tratamientos, incluyendo la duración y la continuidad de la terapia hormonal, la duración de una experiencia real en el rol de género deseado así como la importancia y la adecuación de una psicoterapia antes de la intervención. Otros factores psicológicos, físicos y sociales, incluyendo la presencia de otros diagnósticos psiquiátricos, circuncisión preoperatoria y calidad del apoyo familiar. Más de las dos terceras partes de los participantes (69%) tenían 40 años o más en el momento del THQ. Dos tercios (67%) habían estado casados con una mujer y el 47% había tenido un hijo biológico. Casi dos tercios de los par-

ticipantes (62%) que se habían sentido atraídos por otras personas de uno u otro sexo antes de la operación, señalaron que su atracción había sido principalmente o exclusivamente hacia las mujeres.

13. Recordemos que las normas de atención de la HBIGDA no exigen en forma explícita una cantidad específica de horas de psicoterapia, y son flexibles respecto de la duración de la terapia preoperatoria de hormonas; sí exigen una experiencia real de vida de 12 meses en el rol del género deseado sin excepción. Uno de los resultados discordantes de este estudio es afirmar que una experiencia real de 12 meses parece inútil para algunos demandantes de THQ en el caso de MF. Algunos terapeutas parecen haber sacado ya esta conclusión, ya que el 16% de los participantes en este estudio señaló que habían sido elegidos para una conversión sexual sin haber cumplido con esta condición. Hay que destacar que la presencia de una experiencia real mínima de 12 meses nunca demostró tener resultados más favorables en un meta-análisis de los resultados de THQ (Laurent, 2001). De este modo, Lawrence concluye que, mientras se esperan las pruebas, esta actitud terapéutica empírica puede ser más flexible. En este trabajo, los indicadores de predicción favorable o desfavorable en cuanto a la cirugía ocupan un lugar más importante. Las dos variables son los resultados físicos y funcionales de la cirugía de conversión sexual (CCS), la cantidad de complicaciones quirúrgicas y el índice funcional; estas variables mostraron las asociaciones significativas más fuertes. Estos resultados sugieren que los resultados físicos de la cirugía, que sólo pueden conocerse en el período postoperatorio, pueden ser los factores más determinantes en la satisfacción o el remordimiento después de una CCS para los MF. Aunque pueda parecer evidente en el análisis retrospectivo que los resultados físicos y funcionales de la cirugía son los predictores más dignos de confianza en cuanto a la satisfacción después de la cirugía, la revisión completa realizada por Pfäfflin y Junge(57) no había hallado resultados tan claros.

14. El SF36 (Ware y Sherbourne, 1992) es un auto cuestionario de calidad de vida genérica, adaptado a todos los sujetos que estudia la calidad de vida ligada a la salud. Consta de 36 preguntas agrupadas en 8 dimensiones: actividad física (PF), limitaciones debidas al estado físico (RP), dolores físicos (BP), salud percibida (GH), vitalidad (VT), vida de relación (SF), salud psíquica (MH), limitaciones debidas al estado psíquico (RE).

15. Recordemos la tríada neurótica que engloba los rasgos Hs (hipocondría), D (depresión) y Hi (histeria), la curva muestra una elevación cuyo centro es D, curva que se muestra al revés con los mismos rasgos para el V psicossomático (V.Ps), donde D es bajo y centro de la V hacia abajo en la escala. Las otras escalas son Pd (psicopatía, impulsividad), Pa (paranoia, rigidez psíquica, creencias), Es (esquizoidia, trastornos de la aprehensión de lo real, rarezas, falta de empatía y de contacto, trastornos de la adaptabilidad), Ma (extroversión, hipomanía), Si (introversión, repliegue sobre sí mismo), Pt (Psicoastenia, dudas). Hemos retenido los rasgos de funcionamiento de la personalidad en estas escalas, en términos de "presencia" o de "ausencia" de rasgo, y no en términos de patología, pues los transexuales no presentan más patología psiquiátrica confirmada que el resto de la población general. Hemos eliminado la escala mf que por definición depende del trastorno de identidad.

La evaluación de la función sexual desde la óptica psicofarmacológica

Alexis Mussa

Médico especialista en Psiquiatría. Jefe de Trabajos Prácticos de la 1ª Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA. amussa@intramed.net

Martín Nemirovsky

Médico especialista en Psiquiatría. Magister en Gerenciamiento de Sistemas y Servicios de Salud. Docente de Salud Mental, Fac. de Medicina, UBA. mmemirov@reme.com.ar

Introducción

El mayor reconocimiento de los efectos adversos sexuales de los psicofármacos, especialmente con la introducción de los nuevos antidepresivos, y el desarrollo de moléculas específicas para el tratamiento de la disfunción eréctil (por ej. sildenafil), ha colocado en primer plano a la valoración del funcionamiento sexual por parte de los psiquiatras. La formación actual en psiquiatría no contempla en su currícula preparación alguna para la evaluación y tratamiento de la vida sexual de los pacientes, cuestión que había quedado hasta ahora en el territorio de la sexología clínica y de algunos psicoanalistas.

La evaluación del funcionamiento sexual ha recibido poca atención y reconocimiento como un aspecto importante del tratamiento de los trastornos mentales severos. La determinación de la historia sexual del individuo constituye un elemento esencial en la valoración de todo paciente en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. Por ello, se intentará profundizar algunos aspectos de la evaluación de la actividad sexual de los mismos.

La falta de reparo de los profesionales en la actividad sexual de los pacientes es particularmente marcada entre los esquizofrénicos. Hasta hace poco tiempo, abordar aspectos sobre su actividad sexual era considerado inapropiado o iatrogénico, ya que se consideraba que estas personas no poseían una vida sexual activa. De hecho, en los comienzos del siglo pasado algunos investigadores como Von Krafft-Ebing creían que los excesos sexuales podían causar insania(22). Tan recientemente

como en la década del '70, algunos psiquiatras creían que la actividad sexual podía contribuir al desarrollo de esquizofrenia en la mayoría de los pacientes(35). Aunque hoy estas creencias no se mantienen, poco ha sido hecho y poco se hace para conocer más acerca de la historia natural del funcionamiento sexual en la esquizofrenia. Contrasta esto con la opinión de los propios pacientes quienes identifican a las "relaciones personales" como una de las áreas del tratamiento que más atención requiere. Más aun, los psiquiatras subestiman la prevalencia de efectos adversos sobre la esfera sexual de los antipsicóticos que prescriben, en comparación con la opinión vertida por los pacientes que los toman(14).

Esta y otras observaciones clínicas hacen que se considere especialmente en este artículo a los pacientes que padecen esquizofrenia, como paradigma de aquellos más subestimados en lo referente a la evaluación de su vida sexual.

Consideraciones generales sobre la evaluación de la vida sexual

La evaluación apropiada de la función sexual no puede soslayar el conocer quién es el interlocutor y cuáles son sus circunstancias vitales en las que se inscribe. Desde una perspectiva técnica, la evaluación comienza con un entendimiento de las fases del ciclo de respuesta sexual. Estas fases incluyen deseo, excitación, orgasmo y resolución. Esta división, aunque artificial y arbitraria (es la que toma el DSM-IV)(2, 11, 33), ayuda a organizar aspectos relacionados con la clínica y la investigación

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo desarrollar aspectos vinculados con la evaluación de la actividad sexual de los pacientes que consultan por trastornos psicológicos y/o psiquiátricos. Dicha evaluación ha sido y suele ser objeto de insuficientes consideraciones por parte de los profesionales intervinientes. Se hace hincapié en la precisión del momento de aparición de las disfunciones sexuales en referencia con el trastorno que motiva la consulta. Se toma a la esquizofrenia como paradigma de la patología que es menos considerada en cuanto a la evaluación de la actividad sexual de aquellos que la padecen.

Palabras clave: Evaluación sexual – Psicofármacos – Disfunción sexual – Esquizofrenia

ASSESSMENT OF SEXUAL FUNCTION FROM A PSYCHOPHARMACOLOGICAL VIEWPOINT

Summary

The aim of this paper is to discuss aspects linked to the assessment of sexual activity in mental health patients. Traditionally, and to this day, this assessment has received insufficient consideration by intervening professionals. Emphasis is made on determining the onset of sexual dysfunction with respect to the disorder prompting the visit. Schizophrenia is taken as the paradigm of the pathology least considered as regards assessment of the sexual activity of those suffering from this disorder

Key words: Sexual assessment – Psychopharmacological drugs – Sexual dysfunction – Schizophrenia

que involucran a la sexualidad y a las disfunciones sexuales (DS).

La valoración del funcionamiento sexual es compleja. Los pacientes no informan espontáneamente a sus médicos de una DS, por cuestiones personales vinculadas al comportamiento sexual, por miedo, vergüenza o ignorancia.

En la entrevista inicial el terapeuta y el paciente son desconocidos entre sí, por lo que es razonable y entendible que el paciente sea reservado y cauteloso a la hora de dialogar abiertamente, con alguien que no conoce, acerca de aspectos de su vida íntima que pueden resultar incómodos o vergonzosos. También los profesionales quizás en parte por prejuicios propios, sean quienes, en ocasiones, compartan estos sentimientos al preguntar sobre el tema, temiendo generar incomodidad. Además, en algunos pacientes existe el riesgo de que se los malinterprete como un acto de seducción. Por consiguiente, se tiende a prestar escasa atención sobre un aspecto que suele tener la mayor de las importancias en la calidad de vida de los pacientes. Se ha descrito que el personal de salud es reticente a discutir aspectos sexuales con los pacientes, aunque éstos refieran estar abiertos a discutir estos temas con sus terapeutas(10).

Aun así, pueden ser determinados algunos datos acerca de las motivaciones y actividades sexuales del paciente. Generalmente es posible establecer si el paciente ha estado sexualmente activo en forma interpersonal en el último tiempo y valorar en forma preliminar la orientación de sus fantasías sexuales. Las personas responden de diversas formas a preguntas simples y abiertas como, "¿Puede contarme algo acerca de su vida sexual?" o "¿Cuán satisfecho está con su vida sexual, o su vida íntima?".

Aunque se pudiera temer que la sola mención de la palabra sexo fuese intrusiva o invasiva, esto no es lo que se observa habitualmente.

La mayoría de las personas aprecian la oportunidad de hablar de su sexualidad, teniendo en general pocas posibilidades de hacerlo en su vida cotidiana. Muchos pacientes concurren a un tratamiento buscando información relacionada con su sexualidad o con preguntas acerca de ella, aun en casos en los que ellos mismos no identifican esas preocupaciones en sus motivos principales de consulta.

Sería ideal la posibilidad de que el profesional pueda acercarse al problema con la mayor neutralidad posible, más allá de las diferencias culturales, de orientación, o de prácticas. Debido a la singularidad y complejidad de la función sexual humana, es necesario abordar este tópico de una manera ordenada y metódica pero a la vez muy personalizada según las características del paciente. Atendiendo al momento oportuno y al tono adecuado para cada paciente, ellos suelen agradecer nuestra preocupación por el tema(31).

Si nos proponemos generar un clima que permita a nuestro interlocutor hablar lo más libremente posible, no usaremos el mismo lenguaje para conversar de esto con un adolescente, un adulto o un anciano. Por cuestiones estratégicas, en algunas oportunidades la conversación sobre la temática será durante el transcurso de la primera entrevista, mientras que en otras se postergará para otro momento. El género del paciente puede también influenciar los reportes espontáneos de DS, ya que

los hombres los informan más frecuentemente que las mujeres.

La presencia de determinadas características de personalidad (por ejemplo, histriónicas, borderlines, etc.) exige una mayor precaución y cautela en el momento de hacer referencia a la vida sexual del paciente.

En ocasiones, el tiempo parece ser insuficiente para que el paciente se pueda explayar, en virtud de lo escueto de algún tipo de las prestaciones actuales, dejando pasar el profesional una buena oportunidad de conocer un aspecto disfuncional que puede atentar contra la calidad de vida del paciente y, como consecuencia, también contra la adherencia al tratamiento(38).

Por su parte, se ha informado que los pacientes no esperan mucha ayuda al respecto de parte de sus médicos(27, 32, 40). Como resultado de todo lo descrito, las manifestaciones espontáneas de los pacientes respecto de sus problemas sexuales, así como los trabajos de investigación que abordan estas temáticas, asociados o no a medicación psicotrópica, requieren extrema cautela antes de sacar conclusiones. Es muy conocida la referencia a la baja incidencia de efectos adversos producidos por los ISRS en la fase 4 de los ensayos clínicos. La misma subió de un bajo 5% (reportes espontáneos) a casi un 50% cuando se preguntó a los pacientes, específicamente, por la aparición de disfunciones sexuales(26, 37).

Es necesario considerar el impacto que tienen en el desarrollo de la vida sexual adulta los factores educativos, culturales, espirituales, el mensaje que ha llegado desde el seno familiar, junto con las expectativas y comportamientos que el o la sujeto tengan.

Antes de poder preguntar sobre este tema algunas veces se requiere afianzar el vínculo con el paciente para no generar más resistencias. En ocasiones puede formar parte de las preguntas de rutina, aunque debemos saber que sus respuestas pueden también serlo sin por ello reflejar toda la verdad.

Es posible que algunos pacientes prefieran mantener oculto algo específico de su sexualidad antes que hablar sobre ello y tener la posibilidad de modificarlo. Sólo luego de una relación terapéutica muy sólida, ya sabiendo que no serán juzgados, pueden abrirse a contar algo que consideran tan íntimo.

Es posible interrogarse hasta dónde debe llegar nuestra conversación sobre la sexualidad del paciente en el contexto de una entrevista psiquiátrica. ¿Es lo mismo que en una psicoterapia? ¿Debemos preguntar del mismo modo si el paciente realiza una psicoterapia con otro profesional o si no hay otro profesional en el campo? ¿Cuál podría ser el nivel de tolerancia o prejujuamiento para el o la que realice actividades muy diferentes a las de uno?

La DS asociada con el tratamiento psicofarmacológico es un evento relativamente frecuente que genera malestar en los pacientes, disminuyendo habitualmente la adherencia al tratamiento. Las DS pueden categorizarse de acuerdo a la fase del ciclo de respuesta sexual con la cual interfieran(2, 7, 8, 16):

- Deseo (libido), manifestado por fantasías acerca de actividad sexual y/o deseo de mantener actividad sexual. Incluye componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales.
- Excitación, reflejada por una sensación subjetiva de

placer sexual, con cambios fisiológicos concomitantes, como pueden ser la erección en el hombre y la lubricación, vasodilatación e ingurgitación de genitales externos en la mujer.

- Orgasmo, definido como el pico de placer sexual con liberación de la tensión sexual, asociado con contracciones rítmicas de estructuras reproductivas y perineales, y cambios cardiovasculares y respiratorios. Las mujeres, potencialmente, pueden experimentar múltiples orgasmos, ya que no poseen un período refractario postorgásmico.

La determinación de una DS en un paciente con un padecimiento psiquiátrico puede ser muy difícil de realizar, debiendo incluir el diagnóstico diferencial(21, 41):

- si la DS es primaria (ej. trastorno por deseo sexual hipoactivo);
- asociada a un trastorno médico general (ej. diabetes);
- asociada a tratamiento de un trastorno médico general (ej. antihipertensivos);
- asociada a un trastorno psiquiátrico (ej. depresión); o
- asociada a tratamiento de un trastorno psiquiátrico (ej. antidepresivos).

En la detección de la DS debido al uso de fármacos hay que tener en cuenta que generalmente los efectos sexuales adversos comprometen más de una fase y suelen ocasionar efectos indirectos en otra u otras áreas de funcionamiento del individuo (relaciones familiares, autoestima, rendimiento sociolaboral, etc.). Asimismo, no debemos olvidar que las etiologías de las DS pueden ser multifactoriales, y deberían ser investigadas todas las causas potenciales.

Para desarrollar una estrategia de tratamiento efectiva, el clínico debería intentar determinar si la DS existía previamente al desarrollo de la enfermedad por la que consulta el paciente, si es un síntoma que acompaña a la enfermedad, o si es un evento adverso emergente del tratamiento.

Asimismo, es conveniente investigar si la DS siempre ha estado presente en su vida, si es continua o esporádica, si ha incluido a todos sus partenaires, si se ha agravado o mejorado ante alguna circunstancia vital relevante (embarazos, crisis económicas, mudanzas, duelos, etc.).

Aspectos delicados de la historia del o la paciente, como abusos sexuales, violencia familiar, fracasos reiterados, entre otros, si bien exigen una alianza terapéutica más férrea para ocuparse de ellos, son insoslayables a la hora de considerar una evaluación que incluya los aspectos sexuales salientes de la persona que consulta.

El tratamiento de las DS por psicofármacos nos enfrenta a una problemática que debemos compartir con nuestros pacientes. Cuán disfuncional resulta la misma como para intentar o no un cambio de medicación, un



agregado o antídoto, o la suspensión de la misma. Dependiendo de la gravedad de la patología de base, del momento de la misma y de la valoración subjetiva que realice él o la paciente, deberemos proceder con las diferentes estrategias.

Instrumentos de evaluación

El estatus de medida en la esfera de la sexología es, en el mejor de los casos, problemático. Si bien existen escalas que evalúan específicamente la función sexual, algunos de estos instrumentos no han sido validados de manera adecuada.

Dos de las más utilizadas son:

1. La Escala de Experiencias Sexuales Arizona (*Arizona Sexual Experience Scale*) (ASEX)(28), que con 5 preguntas mide el deseo sexual, la excitación, la lubricación vaginal/erección del pene, la capacidad para alcanzar el orgasmo y la satisfacción con respecto a este último. Cada ítem se mide sobre la base de una escala de 6 puntos, con una descripción para cada medida. El puntaje es 5-30, donde un puntaje alto indica mayor DS.

2. El Cuestionario sobre los Cambios en la Función Sexual (*Changes in Sexual Functioning Questionnaire*) (CSFQ)(9), que con 14 preguntas cuantifica con relación al placer sexual, el deseo en términos de frecuencia e interés, la activación/excitación/estimulación y el orgas-

mo. Es una entrevista semiestructurada que sigue los criterios del DSM-IV para DS. Bobes y cols.(6) validaron la versión española (CCFS) de esta escala desarrollada por Anita Clayton y cols.

Tanto la ASEX como la CSFQ y su versión en español (CCFS) son herramientas útiles, válidas y confiables para medir la función y la DS.

Existen otras herramientas también utilizadas frecuentemente:

– El Inventario Sexual Rush (*Rush Sexual Inventoriy*) (RSI)(43).

– La Entrevista para Funcionamiento Sexual Derogatis (*Derogatis Interview for Sexual Functioning-Short Report*) (DISF-SR)(15).

– Un auto informe de la función sexual femenina llamado Índice de la Función Sexual Femenina (*Female Sexual Function Index*) (IFSFI)(37).

– El Cuestionario de DS relacionadas con Psicotrópicos (*Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire*) (PRSexDQ), que consta de 7 ítems relacionados con DS, y posee la particularidad de haber sido desarrollado en español(32).

Preguntas acerca de la actividad sexual

En la práctica cotidiana, es importante contar con un abordaje sistemático acerca de la historia sexual del paciente. Las siguientes preguntas constituyen un intento de orientación para ayudar a esclarecer algunos aspectos relacionados con esta historia(20,39):

– ¿Se siente satisfecho con su vida sexual o vida íntima?

– ¿Se siente cómodo con su apariencia física? ¿Y con su desempeño físico?

– ¿Ha notado algún problema sexual?

– ¿Ha notado una disminución en el deseo sexual?

– ¿Ha notado dificultades para alcanzar erección/lubricación vaginal?

– ¿Ha experimentado problemas para alcanzar el orgasmo/eyaculación?

– ¿Siente que su orgasmo es menos placentero?

– ¿Experimenta DS en algunas situaciones o es en todas ellas?

– ¿Tienen niveles similares de deseo con su pareja?

– ¿Siente deseo cuando no interactúa con su pareja?

– ¿Puede comunicarle a su pareja sus preferencias y lo que le disgusta?

– ¿Experimenta erecciones matutinas?

– Los síntomas, ¿comenzaron antes o coincidentemente con la enfermedad?, ¿comenzaron antes o después de empezar el tratamiento?

– Si se deben al tratamiento, ¿aparecen o empeoran luego del aumento de la dosis?

– ¿Hubo algún cambio luego de discontinuar la medicación?

Se pueden realizar estas preguntas en el contexto de cuestiones relacionadas con hábitos, aspectos o síntomas generales de la vida del paciente (por ej. apetito, peso, sueño). El profesional encontrará cuándo y cómo es pertinente incluir este tipo de abordaje dentro de la conversación con su paciente.

Evaluación clínica basal en presencia de disfunción sexual

De modo esquemático, para poder realizar una adecuada evaluación se debe constatar(10, 12, 33):

– Antecedentes del paciente, que incluyen los antecedentes psiquiátricos, la historia de la DS actual, la historia sexual, el uso de sustancias, los antecedentes médicos, las medicaciones recibidas y la revisión de factores de riesgo concurrentes.

– Examen físico que incluya: signos vitales (para evaluar hipertensión); signos de disfunción tiroidea, diabetes, alcoholismo, aterosclerosis, dislipemias, anemia, neuropatía periférica; evidencia de hiperprolactinemia o hipogonadismo u otras endocrinopatías; examen genitourinario.

– Exámenes de laboratorio, en los cuales se solicitará hemograma completo, glucosa (HbA1c en diabéticos), perfil lipídico, función tiroidea, prolactina, testosterona, estrógeno y progesterona alcoholemia, *screening* de tóxicos en orina.

Sexualidad, esquizofrenia y medicación antipsicótica

El funcionamiento sexual en la esquizofrenia ha recibido muy poca atención, no siendo reconocido como un aspecto importante en el cuidado y el tratamiento de estas personas. Menos atención aún ha recibido la función o DS en mujeres con esquizofrenia. Tomamos el tema de la esquizofrenia y la sexualidad para mostrar una de las temáticas más olvidadas de la agenda de los psiquiatras. Por diversas causas, la investigación sobre la relación entre la medicación psicofarmacológica y la actividad sexual se orientó predominantemente hacia los antidepresivos. Es recién a partir de la introducción de los antipsicóticos (AP) atípicos que comienza a extenderse el área en este campo de investigación.

Existen diferencias cualitativas y cuantitativas en el funcionamiento sexual de personas con esquizofrenia, en comparación con aquellas sin la enfermedad, involucrándose los esquizofrénicos en menos actividades sexuales de cualquier tipo(22).

Si bien en la población general, la DS y el bajo deseo sexual se asocian fuertemente con un bajo nivel de felicidad general(24), se conoce poco acerca de las eventuales asociaciones entre DS y la calidad de vida diaria en adultos con esquizofrenia. Cuando la DS está presente, el paciente tiende a reportar menor satisfacción en sus relaciones románticas, siendo difícil de determinar la dirección de causalidad en esta asociación. Recientemente se demostró una relación inversa entre DS y calidad global de vida en esquizofrenia(34).

Los esquizofrénicos sufren un deterioro progresivo en su funcionamiento social y sociosexual, caracterizándose además por dificultades en la comunicación en general, incluyendo la comunicación de aspectos relacionados con su vida sexual. Pocos estudios controlados evaluaron la influencia de la esquizofrenia en la sexualidad. Por razones éticas, es casi imposible reunir una población de esquizofrénicos sin tratamiento AP, por lo que, al carecer de un grupo comparador, es difícil disociar los efectos de la enfermedad de aquéllos de la medicación sobre la sexualidad. En la evaluación general de aspectos vinculados con la vida de los individuos con esquizofrenia, los estudios no discriminan entre pacientes medicados y no medica-

dos. Por lo tanto, no puede precisarse con exactitud si la medicación ayuda o complica la resolución de algunos aspectos psicosociales comprometidos.

La etiología de la DS en la esquizofrenia es multifactorial en la mayoría de los casos, pudiendo mencionarse dentro de sus causas: impacto de la esquizofrenia, efectos de otros trastornos psiquiátricos, DS primaria, efectos de otras enfermedades médicas, efectos adversos de la medicación AP y efectos adversos de otros fármacos.

Aunque el alcance de DS entre esquizofrénicos permanece incierto, aproximadamente el 50% de estos pacientes han reportado alguna DS durante el tratamiento con AP convencionales(12, 42). Según un ensayo reciente(25) esta incidencia se elevaría al 82% en los hombres y el 96% de las mujeres, con diferente patrón de eventos adversos en ambos sexos: menor deseo sexual, mayor disfunción eréctil, mayor eyaculación precoz y menor satisfacción con la intensidad de los orgasmos en los hombres; menor placer general en mujeres. Todos los AP utilizados, tanto típicos como atípicos, se asocian con efectos adversos sexuales de diversos tipos, siendo la DS inducida por estos fármacos uno de los principales factores que conspiran contra la adherencia al tratamiento en esquizofrénicos(17, 38).

El empleo de sildenafil en el tratamiento de las disfunciones eréctiles provocadas por AP también arroja evidencias acerca del relativo desinterés que posee el estudio de la actividad sexual en esquizofrénicos. Hasta 2002, cuatro años después de su aparición en el mercado, sólo se habían publicado dos reportes aislados de pacientes esquizofrénicos con disfunción eréctil por AP tratados con sildenafil(5, 23). Luego se informaron dos ensayos abiertos de sildenafil para el tratamiento de disfunción eréctil asociada a AP atípicos, uno con olanzapina en 2002(3) y otro con risperidona(4). Recién en este año(18) se publicó el primer estudio controlado con placebo del uso de sildenafil para disfunción eréctil provocada por AP. Es de notar que existen a la fecha cientos de publicaciones sobre la utilización del sildenafil y compuestos relacionados (tadalafil, vardenafil) en disfunciones eréctiles de diversas etiologías, incluyendo decenas de trabajos relacionados con antidepresivos.

Sin embargo, es de utilidad recordar algunos aspectos psicosociales de la sexualidad en la esquizofrenia que le otorgan al tema una gran relevancia:

- Mayor riesgo de contraer HIV(13, 19), tanto por vía sanguínea como por vía sexual.
- Mayor posibilidad de padecer abuso sexual(30).
- Las mujeres tienen más abortos y sufren más violencia durante el embarazo(29).
- Menos del 10% utiliza preservativos(13); las mujeres no adoptan métodos contraceptivos.

Aunque no ha sido investigada sistemáticamente, existiría una asociación entre estas conductas y riesgos y el menor cuidado personal general en los pacientes descompensados. En estas circunstancias, el empleo de medicación AP probablemente traería aparejados beneficios relacionados con la sexualidad de estos pacientes. Como fuera mencionado, si bien los AP causarían la mayoría de los problemas relacionados con la libido, la excitación y el orgasmo en personas con esquizofrenia, no todas las DS son por AP(1, 25, 42). Más aún, el empleo de AP podría generar beneficios en la actividad sexual en forma secundaria, al mejorar áreas vitales comprometidas de la enfermedad: baja confianza en el ámbito

social, pocas relaciones personales, pérdida del control de los impulsos, síntomas deficitarios (apatía, anhedonia), y dar lugar a un mayor cuidado en las prácticas sexuales, evitando los factores de riesgo antes mencionados.

En el único estudio que evaluó disfunción sexual en hombres con esquizofrenia con y sin tratamiento AP se halló una alta frecuencia de DS en esquizofrénicos tratados y no tratados(1). Mientras que los pacientes con tratamiento AP presentaron mayores dificultades en la erección y el orgasmo, ambos grupos de pacientes padecían de disminución del deseo sexual, teniendo el grupo de esquizofrénicos sin tratamiento AP una mayor reducción de pensamientos sexuales, en comparación con esquizofrénicos con tratamiento AP y con controles normales. Además, los pacientes esquizofrénicos se masturbaron más que los controles sanos. No obstante lo detallado, en general los pacientes tratados declararon mayor insatisfacción con su funcionamiento sexual en comparación con los no tratados. Este estudio concluye que el tratamiento AP mejora algunas de las dimensiones del funcionamiento sexual (frecuencia de pensamientos sexuales y deseo sexual), pero induce deterioro en otras (erección, orgasmo y satisfacción sexual). El efecto beneficioso en el deseo sexual podría estar relacionado con la disminución de los síntomas psicóticos y el restablecimiento de la comunicación interpersonal.

Padecer esquizofrenia no elimina los deseos sexuales. Es usual que durante la etapa de recuperación de un episodio agudo, el sexo se vuelva un punto importante. Por ejemplo al recuperarse luego de una internación, el interés en una relación romántica revive. Inclusive esto puede ser un buen indicio de mejoría y un aliciente para acercarse al prójimo y establecer vínculos sociales y aproximarse a una rehabilitación social. Sin embargo la aparición de DS atenta contra el desarrollo de estos vínculos, ya sean nuevos o con relaciones pasadas o que quedaron a la espera de la recuperación de dicho episodio agudo.

Conclusiones

Ayudar a los pacientes a disfrutar de sexo placentero no comienza con la prescripción de una pastilla. Es necesario esclarecer aspectos vinculares, al mismo tiempo que deben anticiparse las dificultades y desarrollar estrategias para lidiar con la actividad sexual insatisfactoria. Una buena evaluación es indispensable y requiere de sutileza clínica para realizarla de una manera apropiada. Distintas escalas nos enseñan a comprender y a avanzar sobre las diferentes áreas de la actividad sexual, pudiendo resultar un punto de partida sobre el tema.

La subestimación por parte de los profesionales acerca de la sexualidad, sobre todo de los pacientes graves, generará significativas consecuencias.

Dentro de los pacientes más vulnerables se encuentran los que padecen esquizofrenia. Resulta indispensable la evaluación del funcionamiento sexual en estos pacientes, que se ven más expuestos a importantes grados de insatisfacción o de problemas de índole sanitarios, como son el aumento del contagio de VIH, embarazos no deseados, abandono de los hijos o dados en adopción, entre otras dificultades.

La vida sexual de los pacientes merece una concientización y capacitación de los profesionales para su evaluación y eventual tratamiento. La insatisfacción con la vida sexual de los pacientes conlleva un alto grado de estrés, disminución de la autoestima,

problemas de pareja y una baja calidad de vida. Cuando la misma obedece a causas vinculadas al tratamiento de su patología de base se convierte en una de las mayores causales de abandono de la medicación ■

Referencias bibliográficas

1. Aizenberg D, Zemishlany Z, et al. Sexual dysfunction in male schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 137-141.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed (DSM IV). Washington DC, APA, 1994.
3. Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E. Sildenafil use in patients with olanzapine-induced erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2002; 14: 547-549.
4. Aviv A, Shelef A, Weizman A. An open-label trial of sildenafil addition in risperidone-treated male schizophrenia patients with erectile dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 97-103.
5. Benatov R, Reznik I, Zemishlany Z. Sildenafil citrate (Viagra) treatment of sexual dysfunction in a schizophrenic patient. *Eur Psychiatry* 1999; 14:353-35.
6. Bobes J, Gonzales MP, et al. Validation of the Spanish version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ). *J Sex Marital Ther* 2000; 26: 119-131.
7. Cavagna NS. Sexualidad y género. En: Márquez López Mato A y col (Comp.): *Afrodita, Apolo y Esculapio. Diferencias de género en salud y enfermedad*. Buenos Aires, Editorial Polemos, 2004. Pág. 159-177.
8. Clayton AH, McGarvey EL, Abouesch A, et al. Substitution of SSRI with bupropion sustained release following SSRI-induced sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 185-190.
9. Clayton AH, McGarvey EL, Clavet GJ. The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): Development, reliability, and validity. *Psychopharm Bull* 1997; 33:731-745.
10. Clayton AH. Recognition and assessment of sexual dysfunction associated with depression. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (suppl 3):5-9.
11. Clayton AH. Sexual function and dysfunction in women. *Psychiatr Clin North Am.* 2003; 26: 673-82.
12. Compton MT, Miller AH. Sexual side effects associate with conventional and atypical antipsychotic. *Psychopharmacology Bull* 2001; 35: 89-108.
13. Cournois F, Guido JR, et al. Sexual activity and risk of HIV infection among patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 228-232.
14. Day JC, Kinderman P, et al. A comparison of patients' and prescribers' beliefs about neuroleptic side-effects: prevalence, distress and causation. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 97: 93-97.
15. Derogatis LR. The Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF/DISF-SR): an introductory report. *J Sex Marital Ther* 1997; 23: 291-304.
16. Ferguson JM. The effects of antidepressants on sexual functioning in depressed patients: a review. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(suppl 3): 22-34.
17. Finn SE, Bailey JM, et al. Subjective utility ratings of neuroleptics in treating schizophrenia. *Psychol Med* 1990; 20: 843-848.
18. Gopalakrishnan R, Jacob KS, et al. Sildenafil in the treatment of antipsychotic-induced erectile dysfunction: a randomized, double-blind, placebo-controlled, flexible-dose, two-way crossover trial. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 494-499.
19. Gotesman II, Groome CS. HIV/AIDS risks as a consequence of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1997; 23: 675-684.
20. Hicks KM. The "new view" approach to women's sexual problems. *Medscape* 2005; release date: Noviembre 2005
21. Hirschfeld RMA. Care of the sexually active depressed patient. *J Clin Psychiatry* 1999, 60 (suppl 17): 32-35.
22. Kelly DL, Conley RR. Sexuality and schizophrenia: a review. *Schizophr Bull* 2004; 30: 767-774.
23. Lare SB, Labbate LA. Sildenafil and erectile dysfunction. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 2055-2056.
24. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281: 537-544.
25. Macdonald S, Halliday J, et al. Nithsdale schizophrenia surveys 24: sexual dysfunction. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 50-56.
26. Margolese HC, Assalian P. Sexual side effects of antidepressants: a review. *J Sex Marital Ther* 1996; 22: 209-217.
27. Marwick C. Survey says patients expect little physician help on sex. *JAMA* 1999; 281:2173-2174.
28. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. *J Sex Marital Ther* 2000; 26: 25-40.
29. Miller LJ, Finnerty M. Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia spectrum disorder. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 502-506.
30. Miller LJ. Sexuality, reproduction, and family planning in women with schizophrenia. *Schizophr Bull* 1997; 23: 623-635.
31. Monteiro WO, Noshirvani HF, et al. Anorgasmia from clomipramine in obsessive-compulsive disorder. A controlled trial. *Br J Psychiatry* 1987; 151: 107-112.
32. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, et al. Incidence of sexual dysfunction associate with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (suppl 3): 10-21.
33. NIH Consensus Development Panel on Impotence. Impotence. *JAMA* 1993; 270:83-90.
34. Olfson M, Uttaro T, et al. Male sexual dysfunction and quality of life in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 331-338.
35. Pinderhughes CA, Grace EB, et al. Psychiatric disorders and sexual functioning. *Am J Psychiatry* 1972; 128: 1276-1283.
36. Rosen R, Brown C, et al. The Female Sexual Functioning Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther* 2000; 26: 25-40.
37. Rosen RC, Marin H. Prevalence of antidepressant-associated erectile dysfunction. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (suppl 10): 5-10.
38. Rosenberg KP, Bleiberg KL, et al. A survey of sexual side effects among severely mentally ill patients taking psychotropic medications: impact on compliance. *J Sex Marital Ther* 2003; 29: 289-296.
39. Rothschild AJ. Sexual side effects of antidepressants. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(suppl 11): 28-36.
40. Sapetti A. La consulta sexológica. En: *El sexo y el varón de hoy*. Buenos Aires: Emecé Editores, 2001. Pág. 238-245.
41. Sapetti A. Los nuevos antidepressivos y las disfunciones sexuales. *Actualización en Psiquiatría* 2004; 2: 25-29.
42. Sullivan G, Lukoff D. Sexual side effects of antipsychotic medication: evaluation and interventions. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41: 1238-1241.
43. Zajecka J, Mitchell S, Fawcett J. Treatment-emergent changes in sexual function with selective serotonin reuptake inhibitors as measures with the Rush Sexual Inventory. *Psychopharmacol Bull* 1997; 33: 755-760.

Sexualidad en las Demencias: Estudio de Casos

Daniel Matusevich

Médico Especialista en Psiquiatría. Jefe Sala de Internación. Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires. Gallo 1543 PB "C" (1425). Tel: 4822-3218. Ciudad de Buenos Aires. Mail: dmatusevich@ciudad.com.ar

María Carolina Vairo

Médica Especialista en Psiquiatría. Coordinadora Atención Domiciliaria. Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires

Martín Ruiz

Médico Especialista en Psiquiatría. Coordinador Sala de Internación. Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires

Hugo Pisa

Médico Especialista en Psiquiatría. Jefe de Residentes. Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires

"You just never think the same about your older clients (or your grandparents) after you have an 80 years old woman telling you how much she enjoys oral sex"

(Nunca vuelves a pensar lo mismo de tus pacientes viejos o de tus abuelos después de que una mujer de 80 años te cuenta cuánto disfruta el sexo oral)
Zeiss(39)

en sus definiciones de trabajo referidas a la salud sexual que "la sexualidad es un aspecto central de los seres humanos a lo largo del ciclo vital, que incluye el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad es vivida y expresada a través de fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien todos estos aspectos pueden estar incluidos dentro del espectro sexual, no necesariamente todos ellos se expresan. La sexualidad se ve influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales"(4).

En esta comunicación nos ocuparemos de la sexualidad de aquellas personas que padecen demencias con el objetivo de delinear el campo de dificultades que queda establecido y que afecta tanto al enfermo/a como a su compañero/a, llegando también a conmovier en ocasiones al resto del grupo familiar y pudiendo afectar el equilibrio de la institución geriátrica en caso de que sea ese el ámbito donde transcurren los acontecimientos(8).

Kessel(15) sostiene que la sexualidad es natural, única y una parte integral de la identidad humana; en la demencia asistimos a una desintegración sistemática y

Introducción

El vejeísmo, definido como un patrón social de desvalorización y prejuicio contra la vejez, está ampliamente diseminado en la manera en la que se definen las relaciones en las sociedades occidentales; los viejos son vistos como frágiles, incompetentes y asexuados. Debido a que la mayoría de los ancianos no son percibidos como atractivos por nuestra cultura la conclusión obligada es que están absolutamente desinteresados en la sexualidad o, peor aún, que cualquier interés en el tema podría llegar a ser inapropiado o "perverso". Es habitual que un viejo/a que muestre interés en el tema reciba rápidamente el apelativo de "viejo/a verde"(5, 31). La Organización Mundial de la Salud plantea

Resumen

En esta comunicación nos ocuparemos de la sexualidad de aquellas personas que padecen demencias con el objetivo de delinear el campo de dificultades que queda establecido y que afecta tanto al enfermo/a como a su compañero/a, llegando también a conmovier en ocasiones al resto del grupo familiar y pudiendo afectar el equilibrio de la institución geriátrica en caso de que sea ese el ámbito donde transcurren los acontecimientos. Tomaremos como forma de trabajo la presentación de cinco casos clínicos que son analizados en profundidad. En muchas ocasiones los psicofármacos son centrales en la organización de un esquema de tratamiento para la persona demente con alguna alteración a nivel de su sexualidad, pero sería un gran error reducir todo el enfoque a eso; en la mayor parte de los casos es necesario combinar los aportes de la farmacología con los aportes de otras ciencias humanas para definir así un modelo de comunicación que se adapte y se combine con las deficiencias que presente nuestro paciente.

Palabras clave: Demencia – Sexualidad – Geriátrico – Desinhibición – Vejez

SEXUALITY AND DEMENTIA: A CASE STUDY

Summary

In this paper we will discuss about sexuality in people with dementia, trying to show difficulties that arise and that affect the patient, his/her partner, the family and the geriatric institute if the patient lives there. Five clinical cases are described and deeply analyzed. Many times psychotropic medications are central in the treatment plan for people with dementia and some kind of sexual difficulty; but this is not enough. We think that it is necessary to combine pharmacologic approaches with others from human sciences that fit with our patients' difficulties.

Key words: Dementia – Sexuality – Geriatric Care – Desinhibition – Old Age

sostenida del ser como se lo conoció hasta entonces observándose un cambio en la identidad sexual que es muy difícil de predecir y que requerirá en la mayor parte de los casos apoyo y comprensión de parte de todos los actores involucrados.

En la conferencia sobre sexualidad e intimidad que se llevó a cabo en el Centro de Cuidadores de California en el año 2001(39) se le preguntó a un panel integrado por cuidadoras/es si alguna vez se los había interrogado acerca de cómo la enfermedad había afectado la capacidad de mantener relaciones íntimas; la respuesta unánime fue que ningún profesional investigó el tema así como tampoco la cuestión nunca apareció en ninguno de los grupos de soporte de cuidadores.

Hemos seleccionado la definición de salud sexual de la OMS entre tantas debido a que es una de las únicas que da cuenta de casi todas las variables intervinientes en el proceso, siendo estas mismas variables las que se alteran produciendo diferentes escenarios en los cuales la ciencia médica es interpelada; la sexualidad es un concepto complejo y multidimensional(6, 19) por lo que las situaciones planteadas, así como las respuestas ideadas, también lo serán definiendo un contexto en el que es absolutamente fundamental no caer en visiones reduccionistas o sesgadas de la cuestión.

Tenemos que tener en cuenta que en nuestra sociedad el sexo en la vejez continúa siendo un tema negado utilizado para definir situaciones ridículas, humorísticas y/o de desvalorización; la persona vieja, demente y con alguna alteración en su sexualidad estaría entonces ubicada en una situación de gran vulnerabilidad de la cual debe ser rescatada por los agentes de salud (cuidadoras/es, enfermeras/os, médicas/os).

Para llevar adelante esta tarea seguiremos la sugerencia de Ehrenfeld y Tabak de la Universidad de Tel Aviv(9) quienes plantean en su artículo referido a los dilemas éticos en relación a la sexualidad de aquellos que sufren demencia, que estas cuestiones deberían ser analizadas a partir de estudios de casos, ya que es en la observación de éstos donde quedan de manifiesto los diferentes aspectos del problema y los distintos modos de aproximación a la cuestión.

Casos Clínicos

Caso I "Sara y Simón"

En una institución geriátrica vivía Simón de 82 años, con un cuadro de deterioro cognitivo leve, viudo desde hacía cuatro años; Sara, de 77 años fue admitida en la misma institución, padecía un cuadro demencial de tipo Alzheimer con importantes síntomas cognitivos (olvidos y confusiones) así como síntomas no cognitivos (agresividad, insomnio); viuda desde hacía seis meses, vivía en su casa con una cuidadora hasta que la situación se tornó insostenible y la familia decidió su institucionalización. Pocos días más tarde Sara comenzó a decir que Simón era su esposo, se sentaba en su mesa y quería estar todo el tiempo acompañándolo a él, llegando a ponerse agresiva cuando las cuidadoras la separaban; Simón aceptó la compañía de buen grado, dándose cuenta de la situación pero diciendo que deseaba estar con ella y que veía como una posibilidad el que

constituyeran una pareja. El personal y la familia le explicaron a Sara que Simón no era su esposo pero ella insistía y decía no entender por qué la querían confundir, si justamente la llevaron a ese lugar para que se reencontrara con su marido.

Un mes después de establecido el noviazgo Simón le planteó a la administradora de la institución que Sara y él habían decidido compartir una habitación, o sea que querían dormir juntos; se plantearon una serie de entrevistas con las familias de la pareja, con los cuidadores y con los administradores de la institución antes de tomar una decisión ya que ésta era una situación inédita.

Cuando se hablaba con ellos acerca de la situación Sara sólo decía que Simón era su esposo y Simón manifestaba que si bien hacía ya mucho tiempo que él no tenía erecciones el hecho de poder tocar y ser tocado por alguien, tener con quien comer y poder dormir abrazados, y tener alguien a quien cuidar la daban sentido a su existencia.

Para terminar, un último episodio de esta historia: cada mañana cuando Sara debía ser ayudada a bañarse se producían episodios de excitación y agresividad ya que ella pretendía hacerlo sola a pesar de tener dificultades motrices y cognitivas que impedían que lo pudiera realizar adecuadamente; Simón solicitó que se le permitiera a él ser la persona encargada de ayudar a Sara a higienizarse planteando que de esa manera no se producirían las excitaciones.

- Si bien en Argentina existen aproximadamente 6000 geriátricos en los cuales habitan aproximadamente 100.000 persona mayores de 70 años (casi el 5% de esa población) no existe ningún tipo de precisión, hasta donde nosotros sepamos, acerca de la sexualidad de los huéspedes con o sin demencia en las instituciones(11). En una encuesta realizada a 250 residentes en 15 hogares geriátricos de los EE.UU., el 8% afirmó haber sido sexualmente activo en el último mes; este grupo de 185 mujeres y 65 hombres manifestó que el hecho de haber tenido relaciones sexuales satisfactorias a lo largo del ciclo vital era un fuerte predictor de que el deseo se mantendrá vivo en la institución(18). Wasow(36) encontró que el 90% de 63 ancianos dependientes que viven en hogares dijeron haber tenido sueños, fantasías y deseos sexuales.

- En los tiempos de la atención gerenciada donde la psiquiatría pasa muchas veces sólo por extender recetas, la psicogeriatría llevada adelante en las instituciones geriátricas ofrece una gran oportunidad para desarrollar una serie de tareas: entrevistas familiares, reuniones con los cuidadores y con el staff, estrategias farmacológicas, intervenciones conductuales, comprensión psicodinámica son algunos de los trabajos que deberá llevar adelante el psiquiatra interesado en dar cuenta de esta demanda creciente(17). Moak (24) sostiene que el rasgo fundamental que requiere la tarea en los geriátricos es el eclecticismo donde el profesional deberá "...sacar todos sus trucos de la galera."

- Respetar las necesidades y los deseos sexuales de los residentes en una institución geriátrica comienza con el reconocimiento de que los ancianos mantienen el interés vivo por estas cuestiones; una vez que este punto ha sido comprendido el paso siguiente es no discriminar a aquellas personas con demencia diciendo que cualquier actitud o comentario referente a la sexualidad es fruto

de un cerebro deteriorado y por lo tanto debe ser descartado (o medicado) sin tratar siquiera de comprender cuál es el sentido. Una tarea fundamental del psicogeriatra es evaluar la capacidad de decisión del anciano/a para así poder diferenciar los nuevos caminos por los que transita el deseo de la desinhibición cortical.

- Holmes, Reingold y Teresi(14) realizaron una encuesta postal en 1997 al staff de 300 instituciones geriátricas en Inglaterra para medir las actitudes hacia la sexualidad de los residentes; los resultados encontrados fueron positivos, no hallándose diferencias entre viejos sanos y viejos con deterioro cognitivo. Es necesario confeccionar programas de educación para los staffs de las instituciones así como para los diferentes grupos familiares; se generan situaciones conflictivas debido a que las familias están poco preparadas para enfrentarse al hecho de la sexualidad institucional y sus múltiples caras, pudiendo llegar a constituirse incluso conflictos de índole legal.

- Existen también personas en las instituciones que no manifiestan ningún interés en cuestiones referidas a la sexualidad; en general el desinterés se puede detectar en huéspedes con dependencia física que experimentan cambios en la imagen corporal y disfunciones sexuales(26). Lantz(18) describió una serie de elementos que dió en llamar barreras para la expresión de la sexualidad en las instituciones; entre ellas mencionó la falta de privacidad, la actitud negativa del personal, la falta de compañero/a, las disfunciones sexuales, la actitud negativa del grupo familiar y las fallas cognitivas.

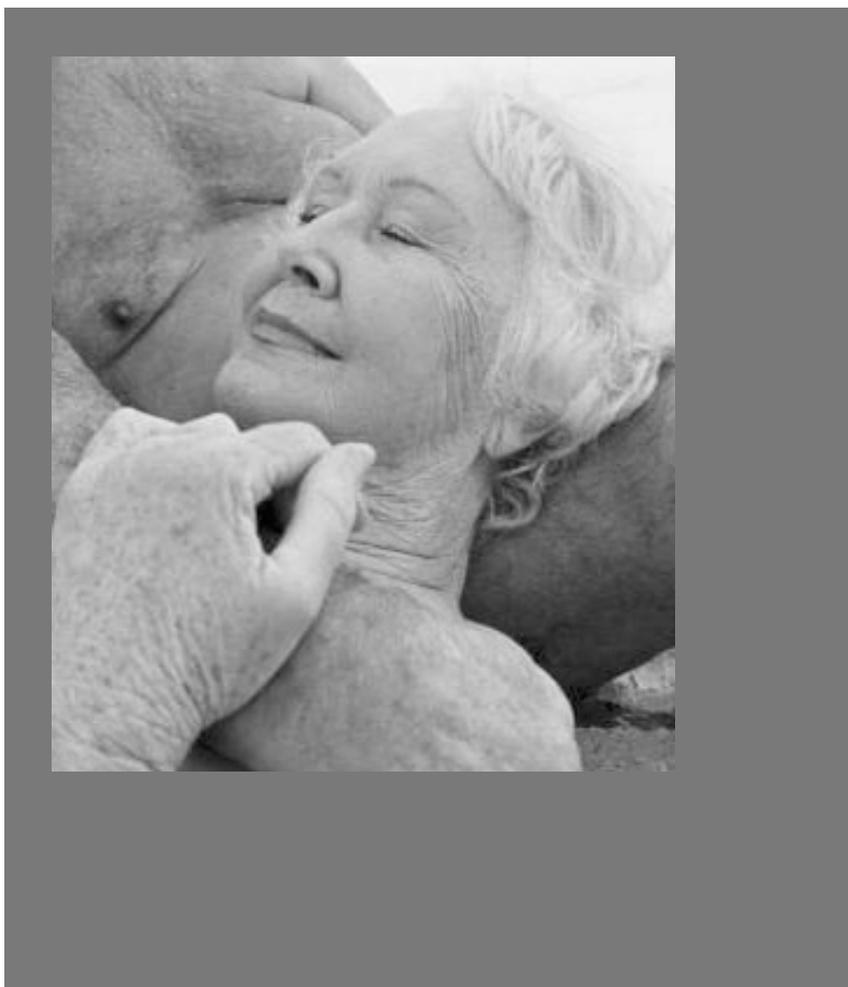
Caso II "Francisco"

Francisco, 82 años, sufre una demencia vascular, es ciego y la familia decide institucionalizarlo debido a que el aumento en la intensidad de los comportamientos de desinhibición sexual hace imposible el manejo de las cuidadoras en la casa.

El huésped pasa todo el día haciendo comentarios de tono sexual al personal y a las personas que lo visitan, realizando proposiciones de tener relaciones, se masturbaba en público de manera imprevisible en cualquier lugar además de tocar y agarrar en las zonas íntimas a cada mujer que pasa cerca.

Incluso llegó a tener estas actitudes y a hacer estas apostillas inapropiadas a sus nietas para gran desesperación de la institución y de la hija del mismo; la familia afirmaba que Francisco jamás había mostrado estas conductas y que nunca había sido un "picaflor" o una persona de andar flirteando por ahí por lo que la situación constituía un verdadero cambio en su personalidad.

Gradualmente la desinhibición se asocia a agresividad que se manifiesta cada vez que el personal trata de disuadir al huésped en referencia a sus comportamien-



tos; presenta un *Mini Mental Test Examination* de 21 y cuando se le preguntaba en referencia a sus modos siempre repetía los mismos comentarios: "...en este lugar no quieren a los judíos", "...yo no hago nada y ellos me molestan a mí", "...me pusieron en un lugar lleno de viejos, acá nadie me entiende".

Los comportamientos empeoraban por la tarde por lo que se trató de diseñar en ese horario un esquema de actividades especiales, que fracasó debido a que los comentarios y las actitudes persistían; tampoco se obtuvieron resultados con diferentes medicaciones: los neurolépticos le producían una gran sedación junto con somnolencia mientras que ni la paroxetina ni la imipramina le provocaron ningún efecto beneficioso.

Progresivamente el cuadro fue empeorando debido a que las ideas del paciente fueron adquiriendo un tinte cada vez más paranoide y se agregó insomnio de mantenimiento con vagabundeo; el huésped iba pieza por pieza tratando de convencer a alguna mujer de que se acostara con él.

Finalmente la decisión que toma el staff de la institución junto con la hija del paciente es probar una nueva estrategia: se decide que Francisco vuelva a vivir a su casa y esta vez se organiza un equipo conformado exclusivamente por cuidadores (hombres). El cambio fue muy beneficioso y rápidamente las conductas comienzan a mejorar, las ideas persecutorias desaparecen junto con la agresividad y el paciente de alguna manera lo podía expresar: "...me mudan todo el tiempo, ¿se creen que soy el judío errante?", "...este es un club de hombres".

- La prevalencia de desinhibición sexual en personas

con demencia no está clara y varía según se considere el hogar o las instituciones geriátricas; Tsai y cols.(34) plantean que oscila entre 2.9 al 15% de todas las demencias, observándose en los comienzos de la enfermedad y en aquellos casos con afectación de las funciones frontales. En 1983 Szaz(33) encontró que el personal de enfermería de una institución geriátrica de 400 camas estimó que el 25% de los residentes “tenían comportamientos sexuales problemáticos” que incluían lenguaje soez, lecturas de material pornográfico, masturbación y toqueteos.

- El huésped que padece estos síntomas presenta gran riesgo de lastimarse (o lastimar a otros), produce grandes montos de estrés en el equipo de cuidadores/as y es imposible de ser manejado con un enfoque unidimensional de tratamiento.

- Aún en aquellos casos en donde claramente aparece una explicación conductual de los comportamientos, siempre deben descartarse causas físicas o químicas que actúen como gatillo de los mismos; una vez eliminadas las causas clínicas subyacentes es necesario considerar que el origen de los síntomas no sea químico. Existen casos publicados en la literatura de desinhibición sexual secundaria a la ingesta de drogas dopaminérgicas(35) o a corticoides(13).

- La hipersexualidad de la persona demente altera la tranquilidad y la convivencia de cualquier institución geriátrica, por mejor organizada que ésta esté. Es necesario considerar que no distingue entre ancianas y personal, ya que todas las mujeres son pasibles de ser agredidas, lo que genera un clima de gran labilidad emocional. Es habitual que los familiares de los otros huéspedes reclamen acciones concretas contra “el perpetrador”, pudiendo exigirse hasta la exclusión de la persona del hogar(13).

- Cuando se utilizan términos como “perpetrador” tenemos que pensar que el sufrimiento, la angustia, la soledad y el aislamiento que provocan los síntomas en el paciente son desplazados al punto de que éste es considerado poco menos que un violador al cual hay que juzgar y sancionar.

- La medicalización de esta situación nos enfrenta a complejos dilemas éticos y clínicos(9, 13); no existen drogas aprobadas para esta situación y en caso de tener que utilizarlas se debe monitorear cuidadosamente el espectro de efectos adversos posibles. Es muy probable que tanto los cuidadores como el staff ejerzan presión sobre el psiquiatra para tratar de que éste avance farmacológicamente sobre la desinhibición sexual; es necesario explicar cuidadosamente a todos los protagonistas los riesgos y los beneficios de las decisiones que se tomen.

- El psicogeriatra debe reconocer antes y mejor que nadie las limitaciones de la farmacoterapia y debe estar listo para recomendar intervenciones conductuales y/o modificaciones del medio ambiente que muchas veces son más efectivas que los psicofármacos y siempre son más inocuas. La estrategia debe incluir inevitablemente el análisis del paciente, del medio y de los/as cuidadores/as.

- En 1992 Zeiss, Davies y Tinklenberg(38) realizaron una investigación acerca de la desinhibición en las personas que sufren demencia tomando como objeto de estudio a 40 individuos que tenían entre 60 y 98 años y que vivían en instituciones. Los resultados hallados in-

dicaban que los comportamientos sexuales inapropiados en estos pacientes son poco comunes y en caso de que sucedan son de muy escasa duración. De todas formas es importante señalar que, más allá de que la incidencia de estos síntomas sea baja o poco significativa, es necesario que los equipos de trabajo estén entrenados en el reconocimiento de los mismos ya que el impacto de la hipersexualidad tanto en la institución como en el hogar del paciente produce una gran desorganización en el esquema de cuidados(4).

- Archibald(3) sostiene que la mayor parte de incidentes en relación a la sexualidad afectan a hombres que padecen demencia a pesar de que las mujeres con esta enfermedad son más numerosas; es necesario tener en cuenta entonces en el análisis la variable del género, ya que la mayor parte de los cuidadores en realidad son cuidadoras que, en general, no están entrenadas para acompañar y aliviar a las personas que padecen estos síntomas.

Caso III “Carlos y Susana”

Carlos, de 65 años de edad, vive con su esposa Susana de 63 años; padece enfermedad de Alzheimer desde hace un año y medio. Se le realizó el diagnóstico en EE.UU., siendo informado él y su esposa de todas las características de su enfermedad de manera muy detallada, incluyendo el pronóstico y la expectativa de vida; desde hace 6 meses Carlos experimenta severos problemas en su erección que le impiden llevar adelante el acto sexual, reflexionaba él mismo: “...nunca ningún médico me preguntó acerca de mi sexualidad, ni siquiera lo hablamos en el grupo de autoayuda, es como si este tema no existiera en la vida desde que me enfermé...”. Susana planteaba en la consulta otras cuestiones: “...es muy difícil para mí imaginar que nos encontremos sexualmente cuando me paso todo el día actuando y pensando como si fuera su mamá”.

Se realizan entrevistas de orientación con el paciente y la esposa en las que se discute abiertamente el problema; por otro lado Carlos es medicado con sildenafil, con lo que mejora el síntoma pero las relaciones sexuales no vuelven a ser las mismas de antes de que se declarara la enfermedad.

Progresivamente se instalan síntomas de la serie depresiva que van tiñendo toda la vida del paciente; nos decía el mismo: “No me interesa ser el objeto de caridad sexual de mi mujer, no soy el mismo hombre que era antes”, “...¿usted encontraría romántico acostarse con un demente?”.

El paciente y su familia se negaron a recibir medicación antidepressiva, de esa manera las quejas en referencia a la sexualidad se sumaron a muchas otras quejas y a muchos otros síntomas con los cuales Carlos y Susana fueron tratando de convivir malamente.

- Zeiss, Tinklenberg, Wodd y Davies(38) encontraron que el 53% de pacientes con un promedio de edad de 71 años manifestaron pérdida de la erección; dicha pérdida no estaba relacionada con el grado de déficit cognitivo, edad, depresión o medicación recibida. Los autores concluyeron entonces que existe una elevada incidencia de fallas en la erección en pacientes con enfermedad de Alzheimer como un problema primario, no atribuible a otros factores.

- La dependencia emocional y física que se establece

en la pareja con demencia produce un fuerte impacto aún en el vínculo más fuerte y comprometido; si bien es cierto que las características positivas anteriores de la relación son predictores positivos de cómo ésta evolucionará, muchas veces es totalmente imposible predecir el efecto del padecimiento en la pareja. La sexualidad es uno de los indicadores más sensibles que primero se afecta cuando se instala la enfermedad y debe ser tenido muy en cuenta por el equipo tratante.

- En muchas ocasiones la cuestión acerca de la sexualidad va quedando relegada hasta desaparecer o quedar oculta por otros temas más relevantes (dificultades motoras, depresión, ansiedad y angustia, etc.); nosotros consideramos que ser sexual en la pareja con Alzheimer va mucho más allá de la relación sexual en sí misma e incluye otras variables como tocarse, estar juntos, acompañarse en silencio, mirarse. ¿Cuál es el lugar que ocupa el médico frente a estas necesidades?, decía una cuidadora en un boletín referente a la demencia recientemente publicado(39): “El doctor no me ayudó en nada, excepto que él me escuchaba atentamente... los profesionales no tienen que tener respuestas o dar consejos, ellos deben saber escuchar. Me dió un espacio seguro y me permitió poder hablar de estos temas; entonces un área de mi vida en la que yo no quería pensar se iluminó y fue en ese momento en el que me di cuenta cuanto había perdido...”.

- Redefinir la intimidad sexual es un gran desafío en donde deben ser consideradas las necesidades y los deseos de las dos partes; en el enfermo se alteran las maneras a través de las cuales buscará placer, por lo cual el compañero/a deberá tener un rol más activo en encontrar un camino a través del cual el sexo sea placentero para ambos. Es posible que la persona con demencia haya olvidado cómo satisfacer al otro o como satisfacerse a sí misma pero la necesidad de contacto seguirá estando presente(10).

- La manera como se resolvieron los problemas referidos a la sexualidad en el pasado de la pareja y como se expresó la intimidad de la misma permitirá pensar cómo se van a enfrentar a las dificultades del presente; las intervenciones del equipo tratante deben apuntar siempre a ampliar el campo perceptivo de la pareja con demencia, explicando, por ejemplo, que existen muchos caminos para experimentar el amor y el afecto, y que estos van cambiando a medida que la enfermedad se va instalando(37). No se trata de dar una visión romántica de la demencia y sus dificultades sino más bien de tomar conciencia de las pérdidas pero también estar atento a las capacidades remanentes y sus posibles desarrollos.

- En la pareja del enfermo/a es habitual que aparezca la fantasía de buscar una gratificación sexual fuera de la relación o a través de la masturbación; ésto es vivido con gran sensación de culpa y es habitual que el terapeuta sea invitado a opinar y a aconsejar. Frente a esta encrucijada lo ideal es tratar de explorar con el miembro no demente las distintas opciones que se van presentando y sus consecuencias cuidando muy especialmente no caer en juzgar o criticar las decisiones que la persona toma. Debemos tener en cuenta que éstos no son temas sencillos de plantear y que el sólo hecho de hablarlos representa para la persona una situación de gran complejidad que requiere de parte del profesional una gran dosis de amplitud de criterio, de sensibilidad y de respeto.

- Para algunas personas dementes ser cuidadas y sostenidas por la pareja puede ser una experiencia emocional positiva, mientras que para otras puede representar una pérdida de dignidad que repercute negativamente en cómo la persona se sienta con respecto al compañero/a sexual y a sí misma. Para los/as cuidadores/as el efecto emocional de la gran dependencia y del cuidado físico pueden cambiar los sentimientos hacia la persona enferma; algunos/as pueden estar simplemente muy cansados/as para pensar en el sexo y otros/as totalmente sobrepasados por la situación. Muchas veces sentimientos de culpa, de desesperación, resentimiento, enojo y miedo en relación al futuro van a interferir con la capacidad de sostener una relación íntima(4).

Caso IV “Alfonso”

Alfonso, de 76 años de edad, vivía solo desde que envidió hacía 15 años. Médico fuera de ejercicio, estaba en una holgada situación económica. Pasaba sus días entre la administración de sus campos y una activa vida social; mantenía una intensa vida sexual con múltiples parejas ocasionales. De carácter altanero y egocéntrico, las conquistas exaltaban su ego y le permitían una tras otra reafirmar su masculinidad y probar su buena, conservada y para él tan importante funcionalidad sexual. Su familia había empezado a notar un tiempo antes algunos olvidos y episodios de desorientación que no fueron admitidos por el paciente, siendo para ellos imposible llevarlo a una consulta psiquiátrica.

Fue internado en una sala de psiquiatría por un Síndrome Confusional luego de ser agredido violentamente por dos mujeres que él había invitado a su departamento, conducta ya antigua en el paciente, pero que se había intensificado en los últimos años. Allí se realizó diagnóstico de demencia y junto con la familia se decidió su institucionalización. En la relación con su psiquiatra que lo visitaba todas las semanas se evidenciaba una clara oposición a permanecer internado, con una visión paranoide de la situación: “mis hijos me quieren acá para robarme todas mis cosas y venderlas... estar acá encerrado es como la muerte, no me siento vivo, quiero conocer chicas lindas, las viejitas de acá son buenas pero no me excitan, no poder tener sexo es como estar muerto para mí”. No tenía capacidad de reconocer el peligro que entrañaba su vida sexual previa promiscua. Durante su evolución, se instalaron progresivamente una marcada abulia y retraimiento y su deseo sexual comenzó a declinar en forma muy llamativa.

- El rol del narcisismo en las personas con demencia constituye para nosotros una línea de investigación en reciente desarrollo(21, 22); la intensificación de las características de personalidad que se exacerbaban y profundizan en el curso de la patología cerebral orgánica, significan, en el caso de los pacientes narcisistas, un problema para los profesionales que deben atender a estas personas en su vejez(1, 2). Debido a una estructura infantil y no preparada para el advenimiento de las dificultades, la discapacidad física, la frustración y el envejecimiento, el enfrentarse con un impedimento concreto de expresión sexual los lleva a la sensación de inutilidad que les provoca ira y una visión paranoide del mundo(2).

- La percepción inconsciente del comienzo del deterioro cognitivo en una personalidad narcisista puede

producir conductas de defensa como la hipersexualidad y la promiscuidad, como intento desesperado de conservación de la autoestima y de la virilidad amenazadas.

- Pangman y Seguire(24) sostienen que la pérdida del deseo sexual y el desinterés han sido demostrados en casos de enfermedades crónicas o discapacidad, cuando la persona experimenta cambios en su imagen corporal y en su función sexual. Kessel(15) y Hajjar y Kamel(12) postulan que la falta de disponibilidad de una pareja sexual, la escasa privacidad y las actitudes negativas de los cuidadores hacia las manifestaciones de la sexualidad constituyen motivos de pérdida y falta de expresión sexual.

Caso V "Aurora y Leopoldo"

Leopoldo, de 85 años, vivía con su esposa Aurora, de 75. Fue institucionalizado porque el manejo y la intensidad de los síntomas no cognitivos de demencia, como el vagabundeo por el hogar, los episodios de agresión y ansiedad, las dificultades para dormir y el discurso perseverante hacían imposible que continuara viviendo en su casa. Poco después, y de manera llamativa, Aurora sufrió una fractura de cadera por lo cual ingresó en la misma institución para un mejor cuidado en su convalecencia. Rápidamente ambos solicitaron compartir la habitación; a los pocos días Leopoldo comenzó a presentar serios episodios de agresividad contra cualquiera que intentara acercarse a Aurora, llegando incluso a la violencia física con cuchillos, por lo que fueron separados. Leopoldo debía ser contenido físicamente en forma frecuente ya que estos episodios eran muy difíciles de manejar con otras estrategias. Aurora se debatía entre el deseo de estar junto a Leopoldo y el miedo que le provocaba verlo comportarse de esa manera. Poco a poco Leopoldo fue perdiendo el deseo de estar con Aurora hasta sumirse en un estado de autismo y retraimiento. Aurora se encontró de pronto, y por primera vez en su vida, descuidada y no deseada; continuaba sintiéndose atractiva y necesitaba demostrárselo a pesar de su edad y sus condiciones de vida. Les solicitó a sus hijos poder volver a su casa, como forma de no enfrentarse diariamente al deterioro de Leopoldo pero también para evitar el rechazo y el desinterés de él en los últimos tiempos. Desarrolló una intensa transferencia erótica con su psiquiatra que reflejaba su personalidad histérica previa, situación que le permitía de manera inconsciente el fantasear y el sentirse deseada.

- La necesidad de intimidad es una parte fundamental en la vida de las personas, aún de las personas con demencia. La intimidad implica dar y recibir amor y afectos e incluye el cuidado, la comprensión empática, la tranquilidad en tiempos angustiantes y un sentimiento de seguridad en los vínculos. Inevitablemente, la institucionalización de una pareja quiebra y dificulta la intimidad, quedando ésta expuesta y en manos de cuidadores/as, médicos/as y familiares, produciéndose en las personas una sensación de vulnerabilidad e invasión de su vida privada.

- El tema de la sexualidad en las instituciones geriátricas ha sido poco estudiado, siendo un aspecto casi prohibido y abandonado en el ámbito medico-psicológico(19, 32). El número creciente de viejos en el mundo que viven institucionalizados plantea una necesidad urgente de investigar sobre el tema para no descuidar un aspecto fundamental en la vida diaria como es la sexualidad.

Si bien la salud sexual en gerontes ha sido puntualizada y remarcada, todavía no fue posible el desarrollo de estrategias que permitan responder y mejorar las expectativas sexuales de los viejos de acuerdo a las limitaciones que plantean la edad en sí misma y las diferentes patologías.

- Russell(29) postula que la experiencia sexual de una persona y su capacidad para el goce constituyen una experiencia única, personal e individual relacionada con la edad, la discapacidad y la ecuación salud-enfermedad. En las instituciones geriátricas, la libertad de las personas para desarrollar desde actitudes aceptables como tocarse o acariciarse hasta acercamientos físicos más íntimos entre residentes es habitualmente desalentado y reprimido por el personal(25), que interviene de acuerdo a su (des)conocimiento, a normas establecidas, a principios éticos y morales, y también de acuerdo a las propias ideas sobre la sexualidad y a la capacidad de aceptación de la sexualidad de los otros.

- Aunque algunas manifestaciones sexuales son más fáciles de comprender que otras, la sexualidad de los viejos implica un gran estrés para los cuidadores y el personal de la institución. La literatura reporta una comprensión muy limitada por parte de éstos en el tema, una comprensión muy vaga y superficial, y una consideración de las conductas sexuales como problemas comportamentales más que como una expresión de amor e intimidad(20, 23). Butler y Lewis(7) reportaron reacciones aprensivas, desaprobación, juicios negativos, y hasta castigos con contención o aislamiento en el personal de las instituciones. Miles y Parker(23) plantean que, como en el caso de Aurora, las mujeres priorizan y necesitan más la intimidad que los hombres, y cuando pueden establecer un vínculo, éste les posibilita sentirse deseadas, queridas, y atractivas nuevamente.

Discusión

La intención de este trabajo es comenzar a recorrer un camino y dejar constancia de que en este tema está todo por hacer; el hecho de ocuparnos en este artículo de las necesidades y los deseos sexuales de las personas con demencia se relaciona con que este grupo es el más dejado de lado por las investigaciones y sobre el que recae el estigma de la desinhibición sexual que, como hemos visto en nuestro recorrido, está sobreestimada de acuerdo a la mayoría de los autores consultados(31).

Mucho se ha dicho acerca de lo que implican los diagnósticos en psiquiatría y el peso que tienen en la vida futura de la persona, pero poco acerca de lo que implica el diagnóstico de demencia y de cómo condiciona la vida del que lo recibe, quizás tanto como los cambios corticales que ocasionan la enfermedad(27).

La enfermedad va recortando pedazos de la vida de manera progresiva y sistemática, pero a pesar del devenir implacable del deterioro, es necesario conectarse con la persona, con sus necesidades y sus deseos(16). Para ello es necesario definir primero los modelos de conexión: consideramos que el modelo médico clásico es totalmente insuficiente y no está capacitado para dar respuesta a la demanda del paciente y su familia así como tampoco al equipo de cuidadores.

El modelo de comunicación adecuado es aquel que no medicaliza las situaciones, sino más bien trata de

comprenderlas y explicarlas tratando de conseguir un efecto amplificador en todos los efectores de salud involucrados; la función del terapeuta, en este caso, será doble ya que no sólo deberá ocuparse del tema de la sexualidad en los ámbitos clínicos sino que deberá contribuir a instalarlo en los espacios de discusión.

En muchas ocasiones los psicofármacos son centrales en la organización de un esquema de tratamien-

to para la persona demente con alguna alteración a nivel de su sexualidad, pero sería un gran error reducir todo el enfoque a eso; en la mayor parte de los casos es necesario combinar los aportes de la farmacología con los aportes de otras ciencias humanas para definir así un modelo de comunicación que se adapte y se combine con las deficiencias que presente nuestro paciente ■

Referencias bibliográficas

1. Agronin M. Dealing with Personality Disorders in Long-Term Care. *The CLINICAL VIEW Geriatric Care in Long Term-Care* 2004; 2: 10-13
2. Agronin ME, Maletta G. Personality Disorders in Late Life: Understanding and Overcoming the Gap in Research. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000; 8: 4-18
3. Archibald C. Sexuality, dementia and residential care: manager's report and response. *Health Social Care Community* 1998; 6 (2): 95-101
4. Alzheimer Scotland. Sexuality & Dementia 2003; 1-6
5. American Psychiatric Association. *Manual of Nursing Home Practice for Psychiatrists*. American Psychiatric Press, New York, 2000
6. Birkett P. *Psychiatry in the Nursing Home*. The Haworth Press, New York, 1991
7. Butler R, Lewis M. Myths and realities of sex in later years. *Providers* 1987; 13: 11-13
8. Davies H, Zeiss A, Tinklenberg J. Till death do us part: intimacy and sexuality in the marriages of Alzheimer's patients. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1992; 30 (11): 5-10
9. Eherenfeld M, Tabak N, Bronner G, Bergman R. Ethical dilemmas concerning sexuality of elderly patients suffering from dementia. *Int J Nurs Pract* 1997; 3 (4): 255-259
10. Franzen J. *Cómo estar solo*. Seix Barral; Buenos Aires 2004
11. Guagnini L. Geriátricos, la dura realidad de un mundo sin reglas ni controles, *Clarín* 2000; 40-41
12. Hajjar R, Kamel HK. Sexuality in the nursing home, Part 1: attitudes and barriers to sexual expression. *J Am Medical Directors Assoc* 2004; 5: S43-S47
13. Harnett D. Sexual desinhibition and aggression in the nursing home setting, *The CLINICAL VIEW Geriatric Psychiatry in Long Term Care* 2004; 2 (2): 8-10
14. Holmes D, Reingold J, Teresi J. Sexual expression and dementia. Views of caregivers: A pilot study. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997; 12 (7): 695-701
15. Kessel B. Sexuality in the older person. *Age and Ageing* 2001; 30 (2): 121-124
16. Kitwood T. *Dementia Reconsidered: The Person Comes First* (Rethinking Ageing S.). Open University Press
17. Lichtenberg, P. Clinical Perspectives on Sexual Issues in Nursing Homes. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 1997; 12 (4): 1-10
18. Lantz M. Consenting Adults: Sexuality in the Nursing Home. *Clinical Geriatrics* 2004; 12 (6): 33-36
19. Low L, Lui M, Lee D, Thompson D, Chau J. Promoting awareness of sexuality of older people in residential care. *Electronic Journal of Human Sexuality* 2005; 8: 1-13
20. Lyder CH. The role of the nurse practitioner in promoting sexuality in the institutionalized elderly. *J Am Acad Nurs Pract* 1994, 6 (2): 61-63
21. Matusevich D, Vairo MC, Ruiz M, Finkelsztein C, Job A. Dementia And Suicide: The role of Narcissism (Poster). *Anales del 159th Annual Meeting* 2006, EE. UU.
22. Matusevich D, Vairo MC, Ruiz M, Finkelsztein C. Sexuality in Dementia Case Studies (Poster). *Anales del 158th Annual Meeting* 2005, EE. UU.
23. Miles S, Parker K. Sexuality in the nursing home: iatrogenic loneliness. *Generations* 1999, 23 (1): 36-43
24. Moak G. Eclecticism in Nursing Home Psychiatry: Using Your Whole Bag of Tricks. *The CLINICAL VIEW Geriatric Psychiatry in Long-Term Care* 2004; 2 (4): 1-3
25. Nagaratnam N, Gayagay G. Hypersexuality in nursing home facilities: a descriptive study. *Archives in Gerontology and Geriatrics* 2002, 35 (3): 195-203
26. Pangman V, Seguire M. Sexuality and the chronically ill older adults: a social justice issue. *Sexuality and Disability* 2000; 1 (1): 49-59
27. Post SG. *The moral challenge of Alzheimer disease*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore 2000
28. Redinbaugh E, Zeiss A, Davies H, Tinklenberg J. Sexual behavior in man with dementing illness. *Clinical Geriatrics* 1997; 5 (13): 45-50
29. Russel P. Sexuality in the lives of older people. *Nursing Standard* 1998; 13 (8): 49-53, 55-56
30. Spector I, Fremeth S. Sexual behaviors and attitudes of geriatric residents in long-term care facilities. *Journal of Sexual and Marital Therapy* 1996; 22 (4): 235-246
31. Spector I, Rosen R, Leiblum S. Sexuality. En: *Psychiatric Care in the Nursing Home*. Eds Reichman WF, Katz PR. Oxford University, New York 1996
32. Spurgeon C. Under the covers. *J Commun Nurs* 1994, 8(7): 22-23
33. Szas G. Sexual incidents in an extended care unit for aged men. *J Am Geriatr Soc* 1983; 31: 407-411
34. Tsai S, Hwang J, Yang C, Liu K, Ling J. Inappropriate sexual behaviors in dementia. *Alz Dis Assoc Disord* 1999; 13 (1): 60-62
35. Utti R, Tanner D, Rajput A, Goetz C, Klawans H, Thiessen B. Hipersexualidad with antiparkinsonian Therapy. *Clin Neuropharmacol* 1989; 12: 375-383
36. Wasow M, Loeb M. Sexuality in nursing homes. *J American Geriatr Soc* 1979; 27(2): 73-79
37. White C. Sexual interest, attitudes, knowledge and sexual history in relation to sexual behavior in the institutionalized aged. *Archives of Sexual Behavior* 1982; 11(1): 11-21
38. Zeiss A, Davies H, Wood M, Tinkleberg J. The incidence and correlates of erectile problems in patients with Alzheimer's disease. *Archives of Sexual Behavior* 1990; 19 (4): 325-331
39. Zeiss A. *Ageing and Human Sexuality Resource Guide*, VA Palo Health Care System, 2006

Agradecemos a nuestros pacientes, sus familiares y a las instituciones geriátricas en las que trabajamos por permitirnos utilizar las viñetas clínicas.

Sexualidad y esquizofrenia: Breve revisión del tema y resultados de una encuesta a pacientes en rehabilitación

Pablo M. Gabay

Mónica D. Fernández Bruno

Médicos Psiquiatras (UBA). Docentes Adscriptos de Salud Mental (Fac. de Medicina, UBA). Docentes Titulares de Rehabilitación Psiquiátrica (Fac. de Medicina, UBA). Directores Centro Psicopatológico Aranguren, Casa de Medio Camino y Hostal. Paysandú 661 – 1405 Buenos Aires – pgbabay@centroaranguren.com

Emilio J. A. Roldán

Médico Farmacólogo (UBA)

Introducción

El funcionamiento sexual de los pacientes que padecen graves trastornos mentales, como la esquizofrenia, ha recibido poca atención, sobre todo si tenemos en cuenta que las disfunciones sexuales contribuyen de manera importante a la falta de adhesión al tratamiento y a la calidad de vida. De acuerdo con algunos autores, si se considerara este dato en su real dimensión se podrían alcanzar mejores respuestas en los tratamientos(11).

Diversos estudios efectuados muestran que los pacientes que padecen esquizofrenia no mantienen relaciones sexuales, o presentan una tasa de disfunciones sexuales muy alta.

En 1986, en los EE.UU., se obtuvieron buenos resultados mediante la aplicación de un programa de educación sexual llevado a cabo en un pequeño grupo de pacientes de sexo masculino, del cual el 63% había referido una disfunción orgásmica y/o eréctil. El objetivo del programa fue proporcionar información, aclarar dudas,

resolver la disfunción sexual y aumentar las habilidades para la vida sexual. Los métodos utilizados fueron el juego de roles, grupos de ejercicios y material audiovisual informativo. Este trabajo resultó útil para aumentar el conocimiento acerca de la vida íntima de los pacientes esquizofrénicos, de su actividad sexual y mostró que su actividad sexual es predominantemente autoerótica. No se observó una exacerbación de los síntomas psicóticos en los sujetos que participaron(13).

Según algunos estudios (ver luego), sólo un pequeño grupo de pacientes con esquizofrenia ha mantenido una pareja sexual y, frecuentemente, estos pacientes muestran menor deseo sexual. Una investigación llevada a cabo en mujeres con esquizofrenia halló que estas se masturban con menor frecuencia, sienten menos deseos sexuales y tienen menos relaciones sexuales en comparación con los varones que padecen la misma enfermedad. Más aún, se encontró que una pequeña proporción de mujeres jamás se había masturbado(7).

Akhtar y Thomson llevaron a cabo una revisión so-

Resumen

El funcionamiento sexual de los pacientes que padecen graves trastornos mentales, como la esquizofrenia, ha recibido poca atención por parte de los profesionales. Las disfunciones sexuales contribuyen en un porcentaje importante a la falta de adhesión al tratamiento y a la calidad de vida de estos pacientes. Un elevado porcentaje de los pacientes que padecen esquizofrenia no mantiene relaciones sexuales o muestra una alta tasa de disfunciones (del 28 al 40% en mujeres y del 40 al 60% en varones, según los estudios), que tiene diversos orígenes, como la propia enfermedad (12-15%), el envejecimiento (35-41%) o la medicación utilizada en el tratamiento (26-36%). Se advierte sobre esta problemática y se presentan los resultados preliminares de una encuesta efectuada a pacientes adultos de 27 a 57 años de edad, la mitad de cada sexo, que participan de un programa de rehabilitación psiquiátrica y reinserción social en una casa de medio camino. Un 36% de la muestra opina que tiene problemas sexuales, sólo un 50% ha mantenido relaciones sexuales con cierta frecuencia (el 32% en el transcurso del último mes) y menos del 5% tiene pareja estable, entre otros indicadores que revelan la existencia de disfunciones sexuales.

Palabras clave: Sexualidad – Esquizofrenia – Rehabilitación psiquiátrica – Reinserción social – Efectos secundarios de los psicofármacos – Psicosis

SEXUAL BEHAVIOR IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA: A REVIEW OF THE LITERATURE AND SURVEY IN PATIENTS ATTENDING A REHABILITATION PROGRAM

Summary

Sexual functioning of patients with a severe psychotic illness such as schizophrenia has received little attention from clinicians. Sexual dysfunctions are an important contributing factor to a poor quality of life in this population and important factor in non-adherence to pharmacological treatment. A high percentage of individuals with schizophrenia reported to have no sexual intercourse or showed evidence of sexual dysfunction (28% to 40% in females and 40% to 60% in males), which has different etiology, like the illness itself (12% to 15%), aging (35% to 41%), or side effects from the psychiatric medication (26% to 36%). We alert about this problems and show the preliminary results of a survey in an adult chronic population (ranging between 27 to 57 years of age, with an equal sex distribution, attending in a psychiatric rehabilitation program in a halfway house. Results: a 36% of the patients reported to have sexual difficulties, the 50% of the sample has had sexual intercourse with some regularity, only the 32% of the sample reported to have sex in the last month, and less than a 5% of this population reported to have a regular partner, among others suggestions of sexual dysfunction.

Key words: Sexuality - - Schizophrenia - - Psychiatric rehabilitation - Side effects of psychiatric medication - Psychosis

bre la conducta sexual de los pacientes con esquizofrenia en 1980(2). Observaron que la bibliografía sobre el tema se hallaba dispersa e incluyeron comunicaciones tanto sobre las conductas sexuales objetivas como sobre las subjetivas (acompañadas de delirios y alucinaciones), los crímenes de tipo sexual y las perversiones sexuales en individuos con esquizofrenia, la efectividad de los tratamientos utilizados para controlar la conducta sexual bizarra (incluyendo la terapia sexual) y los efectos colaterales de la medicación antipsicótica.

Con respecto a esta última, se observó, en varones con esquizofrenia tratados con risperidona u olanzapina, comparados con un grupo control de varones sanos que, proporcionalmente, más pacientes medicados que controles, presentaron, como mínimo, una disfunción sexual o no tuvieron deseo sexual; también comunicaron problemas con la excitación y la eyaculación. Las mujeres fueron las que informaron presentar más problemas con respecto a la excitación sexual y la galactorrea. Por su parte, los sujetos jóvenes con esquizofrenia desarrollaron tendencias negativas asociadas con la vida sexual(7).

Olfson et al. describieron la prevalencia de la disfunción sexual en una muestra de jóvenes de sexo masculino que padecían esquizofrenia, en tratamiento ambulatorio con olanzapina, risperidona, quetiapina o haloperidol(16). Enfocaron la atención en la asociación entre la disfunción sexual y la percepción de la calidad de vida de los pacientes. Concluyeron que los pacientes de sexo masculino con esquizofrenia que eran tratados con antipsicóticos tenían disfunciones sexuales y que estas se asociaban con una disminución de la calidad de vida, una disminución de la cantidad de relaciones románticas y una reducción de la cantidad de momentos de intimidad cuando dicha relación estaba establecida.

Con respecto al lugar que ocupa la sexualidad de las personas que padecen esquizofrenia en su calidad de vida, se observó que la disfunción sexual, que se presenta en el 31% de la población general, alcanza un 60% en el caso de los varones que padecen esquizofrenia. Entre los problemas sexuales que se observaron, el 61% de los pacientes refirió disminución del placer sexual.

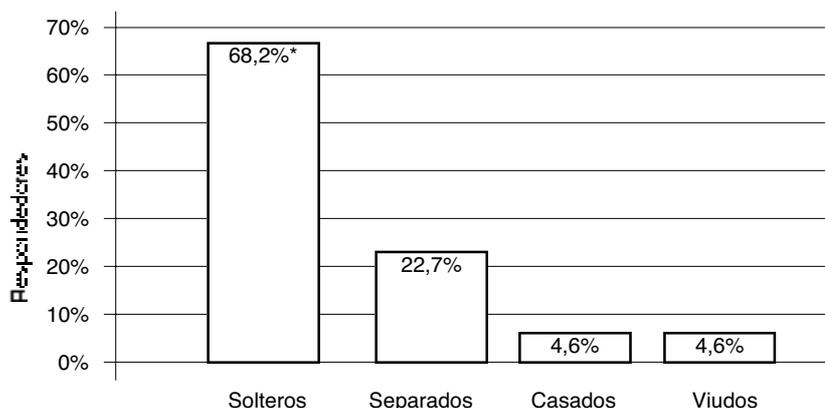
Los principales factores que com-



Tabla 1
Atribución de la disfunción sexual por los pacientes, en comparación con un tiempo previo. Muestra truncada en los sub-grupos de menor placer y menor interés sexual(16).

| | Grupo con menor placer sexual (61,9%) | Grupo con menor interés sexual (49,6%) |
|----------------------------------|---------------------------------------|--|
| Envejecimiento | 34,9 % | 40,6 % |
| Medicación antipsicótica | 25,6 % | 36,2 % |
| Cambios en su relación de pareja | 14,0 % | 18,8 % |
| Cambios en su situación personal | 12,8 % | 14,5 % |
| Su enfermedad | 11,6 % | 14,5 % |

Gráfico 1
Encuesta de sexualidad en 22 pacientes en rehabilitación % de respondedores según estado civil



* Significativamente diferente de los restantes grupos

Tabla 2
Proporción de disfunciones sexuales en pacientes tratados con distintos antipsicóticos(3, 16).

| | Olanzapina | Risperidona | Haloperidol |
|---------------------|------------|-------------|-------------|
| Bobes et al., 2003 | 35,8% | 48,4% | 44,6% |
| Olfson et al., 2005 | 54,1% | 48,5% | 38,9% |

Tabla 3
Calidad de vida, relación de pareja y función social de varones esquizofrénicos con y sin disfunción sexual (1 6) .

Escala de Calidad de Vida (terrible = 1; placentera = 7)

| Características | Con disfunción sexual (n = 63) | Sin disfunción sexual (n = 76) |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| En puntaje de la Escala de Calidad de Vida | | |
| global | 5,0 | 5,5 |
| relajación | 5,5 | 5,7 |
| disfrute | 5,1 | 5,4 |
| tiempo de ocio | 5,2 | 5,4 |
| En % de pareja | | |
| alguna pareja | 17,5 | 43,4 |
| esposa | 17,5 | 9,2 |
| concubina | 6,3 | 13,7 |
| otra relación | 3,2 | 26,3 |
| dificultad para amistad | 27 | 32,9 |

plican la evaluación de las disfunciones sexuales en la esquizofrenia son: los efectos secundarios de la medicación antipsicótica, los efectos secundarios de otros medicamentos que pueda recibir el paciente, los efectos propios de la psicosis y de otros trastornos psiquiátricos concurrentes, la presencia de enfermedades endocrinas, vasculares o génito-uritarias y la disfunción sexual primaria.

de pacientes, algunas de las causas a las que estos les atribuían sus problemas sexuales, comparándolos con el mayor nivel de satisfacción sexual que ellos mismos habían alcanzado antes en su vida, tanto en quienes refirieron disminución del placer sexual como en quienes señalaron una disminución del interés sexual. Las mismas se resumen en la Tabla 1(16).

Raboch, en una muestra de mujeres que padecían es-

Se ha observado que la disfunción sexual en la esquizofrenia afecta a una o más de las tres áreas del ciclo de respuesta sexual: el interés sexual (libido), la excitación (lubricación vaginal o erección) y el orgasmo(9). MacDonald et al., utilizando el Cuestionario de Conducta Sexual(14), observaron en una muestra de pacientes ausencia de deseo de mantener relaciones sexuales (34%), baja satisfacción orgásmica (33%), eyaculación precoz (26%) e incapacidad para mantener la erección (9%).

En general, la disfunción sexual es un asunto sobre el cual los profesionales tratantes les preguntan poco a los pacientes psicóticos. En una encuesta sobre disfunción sexual efectuada a pacientes medicados con antipsicóticos típicos, Hellewell halló una importante discrepancia entre las opiniones de los psiquiatras tratantes y las de los pacientes de la muestra. Según los psiquiatras, un 40% de los varones y un 28% de las mujeres presentaban alguna disfunción sexual. Según los propios pacientes, en cambio, dichos porcentajes de disfunción alcanzaron un 60% en los varones y un 40% en las mujeres(10).

Olfson estudió, en una muestra

Gráfico 2

Encuesta de sexualidad en 22 pacientes en rehabilitación % de respondedores a la pregunta: ¿considera Ud. que tiene problemas en su vida sexual?

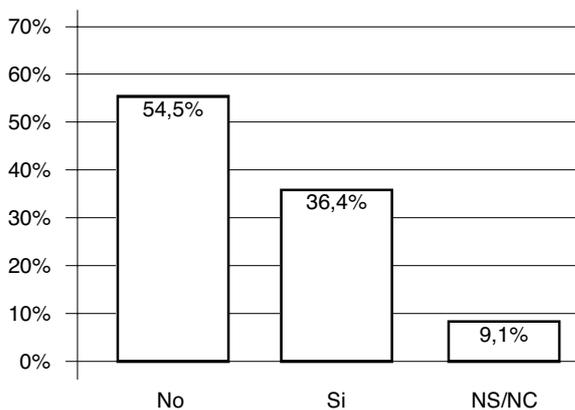
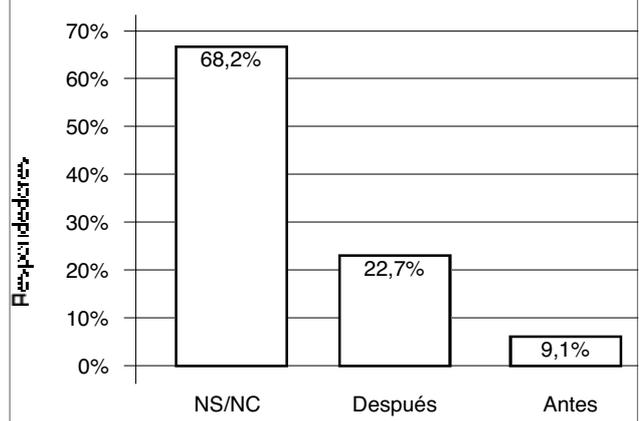


Gráfico 3

Encuesta de sexualidad en 22 pacientes en rehabilitación % de respondedores al interrogante: ¿considera Ud. que sus problemas sexuales aparecieron antes o después que sus problemas psiquiátricos



quizofrenia (n = 51), encontró que los niveles de actividad sexual, excitación sexual y capacidad orgásmica se relacionaban directamente con la calidad general de la relación con sus parejas(18).

En una comparación de la función sexual entre varones con esquizofrenia medicados con antipsicóticos típicos (n = 30) y otros no medicados (n = 30) se halló una asociación del tratamiento antipsicótico con un aumento del deseo sexual, trastornos de la funciones eréctil y orgásmica y disminución de la satisfacción sexual(1). Además, la impotencia, los problemas eyaculatorios y la disuria fueron considerados por los pacientes como los efectos secundarios más estresantes de la medicación.

Es importante señalar que los pacientes calificaron a la impotencia como más molesta que cualquier síntoma positivo de la esquizofrenia(1) y que la disfunción sexual secundaria a la medicación antipsicótica fue más estresante para los varones (68%) que para las mujeres (49%)(9).

Se han hecho algunas aproximaciones a los mecanismos fisiológicos que llevan a estos resultados. Las alteraciones de los neurotransmisores tienen consecuencias: el bloqueo de receptores D2 provoca elevación de la prolactina y trastornos de la libido y de la erección. A su vez, la elevación de la prolactina secundaria al bloqueo de receptores D2 produce disfunción sexual, ginecomastia, amenorrea y galactorrea (4, 8, 9, 15, 17).

La sedación ocasiona disminución del interés y de la función sexuales; el bloqueo a-adrenérgico puede provocar priapismo. La serotonina tiene efectos vasoconstrictores y vasodilatadores y participa en la excitación sexual. La deficiencia estrogénica en las mujeres provoca sequedad vaginal y pérdida de libido(6).

Contrariamente a la opinión generalizada, no se hallaron grandes diferencias entre los efectos secundarios de los antipsicóticos de primera y de segunda generación sobre la sexualidad. Fakhoury et al. hallaron disfunción sexual en el 45,1% de los pacientes tratados con antipsicóticos de primera generación y en el 46,2% de aquellos que recibieron antipsicóticos de segunda generación(5). Algunos otros trabajos que estudiaron antipsicóticos específicos hallaron datos contradictorios y pocas diferencias (Tabla 2)(3,16).

En jóvenes con esquizofrenia y medicados (n = 45) comparados con jóvenes sin esquizofrenia (n = 61) se encontró que, entre los primeros, un menor porcentaje tenía una pareja sexual actual y que tenían menos deseo y menor frecuencia de relaciones sexuales(7). En una comparación en-

tre dos grupos de pacientes con esquizofrenia, uno de mujeres y el otro de varones, se halló en las pacientes de sexo femenino menor frecuencia masturbatoria, menos deseo sexual y menor frecuencia de relaciones sexuales.

En un estudio comparativo entre jóvenes con esquizofrenia medicados (n = 45) versus jóvenes sin esquizofrenia (n = 61), de ambos sexos, Fortier et al. hallaron, entre los varones esquizofrénicos medicados, una disfunción sexual como mínimo, falta de deseo sexual, problemas de excitación sexual y de eyaculación (7). En las mujeres con esquizofrenia medicadas se observaron galactorrea y problemas de excitación sexual. En ese mismo estudio, en la comparación entre adultos jóvenes con esquizofrenia medicados (n = 45) versus adultos jóvenes sin esquizofrenia (n = 61), se observó el desarrollo de tendencias negativas asociadas con la sexualidad en el grupo de individuos con esquizofrenia(7).

Las disfunciones sexuales tienen un impacto importante en la vida de los pacientes. En la población general, la disfunción eréctil y el bajo deseo sexual se asocian fuertemente con un bajo nivel general de felicidad(12). Esto no es diferente en las personas que sufren esquizo-

Tabla 4
Características de la relación de pareja de varones esquizofrénicos con y sin disfunción sexual
Escala de Calidad de Relación (terrible = 1; placentera = 7);
Escala de Relación de Pareja (nada = 1; mucho = 5)

| Características | Con Disfunción Sexual (n = 63) | Sin Disfunción Sexual (n = 76) |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| En puntaje de la Escala de Calidad de Relación | | |
| global | 4,8 | 5,9 |
| actitud recíproca | 5,4 | 5,9 |
| relaciones sexuales | 4,4 | 5,7 |
| En puntaje de la Escala de Relación de Pareja | | |
| compartir ideas | 3,0 | 3,8 |
| hablar sobre la enfermedad | 2,6 | 3,7 |
| sostén educacional | 3,4 | 4,0 |
| comprensión de la enfermedad | 3,5 | 3,7 |
| Críticas | 1,8 | 2,0 |
| Elogios | 3,1 | 4,3 |
| recuerda medicación | 1,4 | 2,3 |

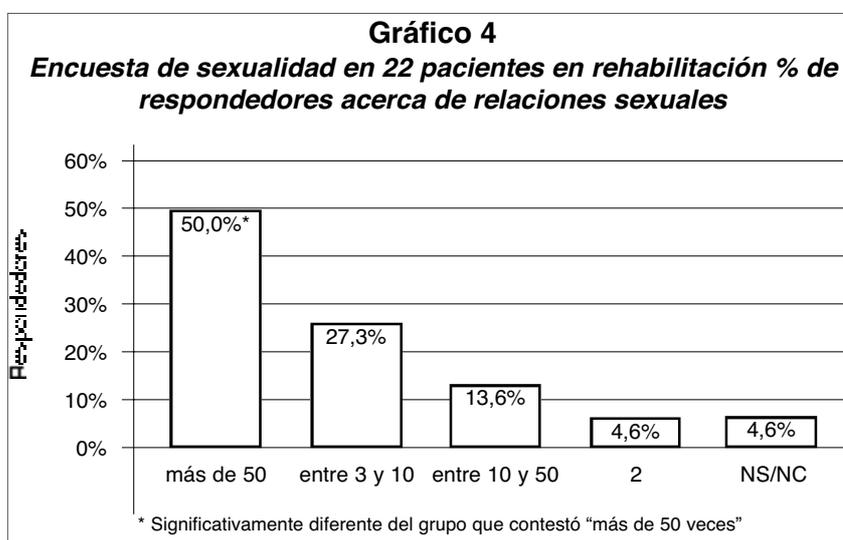


Tabla 5
Diagnóstico, sexo y edad de los pacientes;
duración de la enfermedad

| Paciente | Diagnóstico | Sexo | Edad de Inicio | Edad al 7/05 | Duración (años) |
|----------|--|------|--------------------------|--------------|-----------------|
| 1. | Esquizofrenia residual F20.58 [295.60] | F | 24 | 57 | 33 |
| 2. | Esquizofrenia residual F20.58 [295.60] | F | 36 | 54 | 18 |
| 3. | Esquizofrenia residual F20.58 [295.60] | F | 14 | 54 | 40 |
| 4. | Esquizofrenia residual F20.58 [295.60] | F | 25 | 51 | 26 |
| 5. | Esquizofrenia residual F20.58 [295.60] | F | 16 | 29 | 13 |
| 6. | Esquizofrenia residual F20.58 [295.60] | F | 16 | 46 | 30 |
| 7. | Esquizofrenia residual F20.58 [295.60] | F | 18 | 42 | 24 |
| 8. | Esquizofrenia residual F20.58 [295.60] | M | 24 | 37 | 13 |
| 9. | Esquizofrenia residual F20.58 [295.60] | M | 31 | 55 | 24 |
| 10. | Esquizofrenia residual F20.58 [295.60] | M | 14 | 47 | 33 |
| 11. | Esquizofrenia residual F20.58 [295.60] | M | 20 | 44 | 24 |
| 12. | Esquizofrenia residual F20.58 [295.60] | M | 22 | 42 | 20 |
| 13. | Esquizofrenia residual F20.58 [295.60] | M | 16 | 52 | 36 |
| 14. | Esquizofrenia residual F20.58 [295.60] | M | 18 | 32 | 14 |
| 15. | Esquizofrenia residual F20.58 [295.60] | M | 14 | 27 | 13 |
| 16. | Esquizofrenia residual F20.58 [295.60] + Trast. relacionado con cannabis no especificado F12.9 | M | 15 | 48 | 33 |
| 17. | Trastorno de la personalidad no especificado F60.9 (301.9) | M | Hidrocefalia al nacer | 26 | 26 |
| 18. | Retraso mental leve F70.9 [317] + Trastorno delirante F22.0 [297.1] | M | 16 | 42 | 26 |
| 19. | Trastorno delirante F22.0 [297.1] | F | 24 | 30 | 6 |
| 20. | Retraso mental leve F70.9 [317] + Trastorno delirante F22.0 [297.1] | F | 31 | 45 | 14 |
| 21. | Trastorno bipolar I remisión total F31.7 [296.0] | F | 22 | 45 | 23 |
| 22. | Trastorno bipolar I F31.4 [296.5] + Trastorno de la personalidad no especificado F60.9 (301.9) | F | 30 | 55 | 25 |

frenia. Olfson et al., en una muestra de pacientes con esquizofrenia en etapa crónica, encontraron una relación inversamente proporcional entre la disfunción sexual y los puntajes de las escalas de calidad de vida medida en forma global(16) (Tablas 3 y 4).

Así, la disfunción sexual en la esquizofrenia se asocia con la calidad de vida percibida(16) y es uno de los principales factores de falta de adherencia al tratamiento y una de las áreas con necesidades menos satisfechas(11). Por ello, la sexualidad debería ocupar un espacio entre los programas de rehabilitación psiquiátrica y psicosocial.

Objetivo

Con estos antecedentes y con el objetivo de cuantificar el problema en una muestra de individuos a nuestro alcance, decidimos efectuar una encuesta piloto a un grupo de pacientes que padecen distintos tipos de psicosis (en su mayoría esquizofrenia en fase residual) que se hallaban en diferentes etapas de un Programa de Rehabilitación Psiquiátrica y Reinserción Social en una Casa de Medio Camino en la Ciudad de Buenos Aires.

Material y Métodos

Aceptaron participar 22 pacientes, de 27-57 años de

edad ($43,5 \pm 9,7$ años). Sexo: Femenino = 50% ($46,2 \pm 9,6$ años); Masculino = 50% ($41,0 \pm 9,6$ años). El diagnóstico predominante fue esquizofrenia en etapa residual (DSM-IV, Eje I = F20.5, ICD-10 (OMS) = 295.60 (72,7 %). El tiempo medio de duración de la enfermedad fue de 21 ± 15 años (Tabla 5).

El formato de encuesta consistió en preguntas sencillas, epidemiológicas y dirigidas a diferentes aspectos de la vida sexual y los impulsos sexuales (ver formulario en Anexo, pág. 143). La técnica empleada fue de auto-administración y anónima. La encuesta se efectuó individualmente en grupos según sexo, coordinados por un profesional entrenado en técnicas de no inducción, del mismo sexo del grupo, a quien los pacientes podían consultar en caso de dudas. Se incluyó la opción no sabe/no contesta (NS/NC) para el caso de que, por cualquier motivo, el participante no optara por las opciones posibles.

Los datos de las encuestas fueron luego compilados y analizados estadísticamente por pruebas no paramétricas de contingencia para respuestas de 2x2 o respuestas múltiples, según el caso. Se utilizó un programa computarizado *Statistica* (Tulsa, USA). Un error de tipo alfa menor al 5% se consideró como significativo. Para el tamaño de la muestra el poder estadístico de 1-beta superior al 80% se consideró para diferencias superiores al 32%.

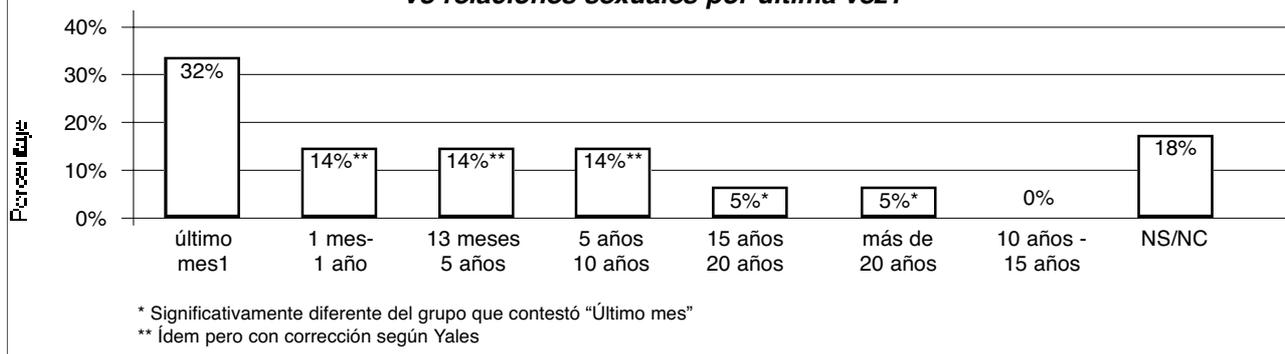
Resultados

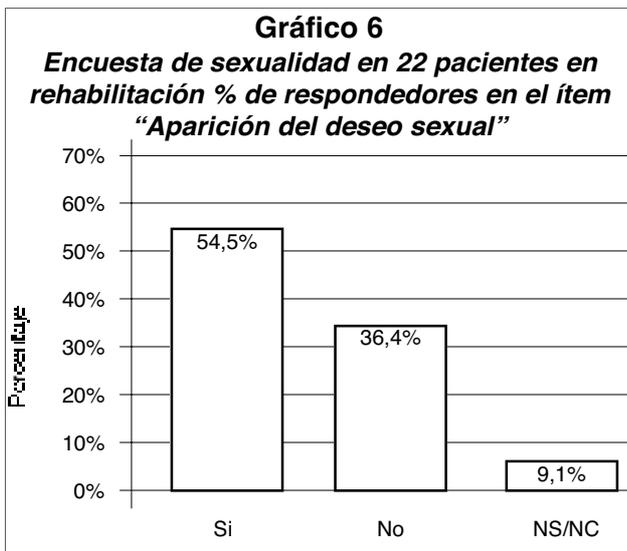
En este informe se incluyen las observaciones iniciales; en los gráficos 1 a 6 se describen algunos de los ítems evaluados. Diferencias signifi-



Gráfico 5

Encuesta de sexualidad en 22 pacientes en rehabilitación % de respondedores a: ¿cuándo mantuvo relaciones sexuales por última vez?





cativas ($p < 0,05$) se hallaron en el porcentaje de solteros (68,2% vs. 4,6% de casados); frecuencia de más de 50 relaciones sexuales en la vida vs. sólo dos, e incidencia del 32% de quienes tuvieron relaciones sexuales actuales (del último mes) vs. las opciones de menor frecuencia, y la incidencia de 63,6% de quienes piensa en sexo vs. quienes no lo hacen.

Discusión y conclusiones de la encuesta

En la muestra analizada se observa la existencia de indicadores de disfunción sexual. Si bien no fue posible incluir un grupo control en condiciones equivalentes, los indicadores muestran un patrón claramente distintivo para el rango etario de los encuestados. No obstante las limitaciones de tamaño, varios indicadores superaron los niveles estadísticos estándar. En esta observación preliminar se prefirió trabajar sobre una muestra conocida y controlada que aumentar los casos con riesgo de mayores sesgos en las respuestas. Sobre la base de esta experiencia es posible continuar luego la descripción de las características sexuales de estos pacientes en una muestra mayor.

Estas cifras, detectadas en una población acotada, resaltan la incidencia del problema; este puede ser cuantificable de igual modo, seguramente, en la práctica diaria y las cifras coinciden con los resultados expuestos por otros autores. No es posible derivar de este análisis hasta qué punto este aspecto del paciente repercute en la evolución de su cuadro psicótico y hasta dónde debiera ser una prioridad en el marco integral de su tratamiento y su reinserción social. Pero si confirma la existencia y extensión del problema, lo describe y llama la atención acerca de la necesidad de un análisis más profundo del mismo ■

Referencias bibliográficas

- Aizenberg D, Zemishlany Z, Dorfman-Etrog P et al. Sexual dysfunction in male schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry*. 1995;56:137-141.
- Akhtar S, Thomson JA Jr. Schizophrenia and sexuality: a review and a report of twelve unusual cases – part I. *J Clin Psychiatry*. 1980; 41:134-142.
- Bobes J, García-Portilla MP, Rejas J et al. Frequency of sexual dysfunctions and other reproductive side-effects in patients with schizophrenia treated with risperidone, olanzapine, quetiapine, or haloperidol. *J Sex Marital Ther* 2003;29:125-147.
- Collins AC, Kellner R. *Neuroleptics and sexual functioning*. *Integr Psychiatry*, 1986. 4:96-108.
- Fakhoury WKH, Wright D, Wallace M. Prevalence and extent of distress of adverse effects of antipsychotics among callers to a United Kingdom National Mental Health Helpline. *Int Clin Psychopharmacol* 2001;16:153-162.
- Finn SE, Bailey JM, Schultz RT et al. Subjective utility ratings of neuroleptics in treating schizophrenia. *Psychol Med* 1990;20:843-848.
- Fortier P, Mottard JP, Trudel G, Even S. Study of sexuality-related characteristics in young adults with schizophrenia treated with novel neuroleptics and in a comparison group of young adults. *Schizophr Bull*. 2003;29:559-572.
- Frohlich PF, Meston CM. Evidence that serotonin affects female sexual functioning via peripheral mechanisms. *Physiol. Behav*. 2000;71:383-393.
- Gitlin MJ. Psychotropic medications and their effects on sexual function: diagnosis, biology, and treatment approaches. *J Clin Psychiatry* 1994;55:406-413.
- Hellewell JSE. Antipsychotic tolerability: the attitudes and perceptions of medical professionals, patients and caregivers towards the side effects of antipsychotic therapy (abstract). *European Neuropsychopharmacology*. 1998; 8, S248.
- Kelly DL, Conley RR. Sexuality and schizophrenia: a review. *Schizophr Bull* 2004; 30:767-779.
- Laumann EO, Paik A, Posen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537-544.
- Lukoff D, Gioia-Hasick D, Sullivan G et al. Sex education and rehabilitation with schizophrenic male outpatients. *Schizophr Bull*. 1986;12:669-677.
- MacDonald S, Halliday J, Maceran V et al. Nithsdale Schizophrenia Surveys 24: sexual dysfunction. Case-control study. *Br J Psychiatry*. 2003; 182:50-56.
- Meston CM, Frohlich PF. The neurobiology of sexual function. *Arch Gen Psychiat*. 2000;57:1012-1030.
- Olfson M, Uttaro T, Carson WH, Tafesse E. Male sexual dysfunction and quality of life in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2005;66:331-338.
- Petty RG. Prolactin and antipsychotic medications: mechanism of action. *Schizophr Res*. 1999. 35(Suppl.):S67-S73.
- Raboch J. The sexual development and life of female schizophrenic patients. *Arch Sex Behav*. 1984;13:341-349.

Anexo: Encuesta sobre vida sexual

**Mónica Fernández Bruno
Pablo Miguel Gabay**

FECHA:..... Edad:..... Sexo.....
Estado civil: Soltero Casado Separado Viudo

Medicación psiquiátrica que toma (marque todas las que correspondan):

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Halopidol | <input type="checkbox"/> | Meleril | <input type="checkbox"/> |
| Nozinan o Togrel | <input type="checkbox"/> | Etumina | <input type="checkbox"/> |
| Stelazine | <input type="checkbox"/> | Clozapina o Lapenax | <input type="checkbox"/> |
| Midax, Olanzapina o Zyprexa | <input type="checkbox"/> | Risperidona o Risperdal | <input type="checkbox"/> |
| Clopixol | <input type="checkbox"/> | Valium | <input type="checkbox"/> |
| Rivotril | <input type="checkbox"/> | Trapax | <input type="checkbox"/> |
| Tegretol | <input type="checkbox"/> | Valcote | <input type="checkbox"/> |
| Litio | <input type="checkbox"/> | Logical | <input type="checkbox"/> |
| Akineton o Artane | <input type="checkbox"/> | NO SABE | <input type="checkbox"/> |
| OTROS | <input type="checkbox"/> | | |

Si contestó OTROS nombrar otra medicación psiquiátrica que toma:

.....

1. ¿Piensa que tiene problemas en su vida sexual?.....SI NO
2. Si contestó SI a la pregunta anterior, ¿aparecieron antes o después que sus problemas psiquiátricos?
Antes Después
3. ¿Tiene Usted fantasías sexuales?.....SI NO
4. Si piensa en el sexo, ¿aparece en Usted deseo sexual?.....SI NO
5. ¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez (aunque haya sido una sola vez)?
SI NO
6. ¿Ha tenido deseo sexual anteriormente?
SI NO
7. ¿Cuántas veces en su vida ha mantenido relaciones sexuales?
Nunca
Una vez
Dos veces
Entre tres y diez veces
Entre once y cincuenta veces
Más de cincuenta veces
8. ¿A qué edad inició sus relaciones sexuales?
Antes de los 15 años
Entre los 16 y los 20 años
Entre los 21 y 25 años
Entre los 26 y los 30 años
Después de los 30 años
9. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo una relación sexual?.....
10. ¿Se ha masturbado alguna vez?.....SI NO
11. ¿Se masturba actualmente?.....SI NO
12. Si contestó SI a la pregunta anterior, marque con qué frecuencia se masturba:

- Todos los días
- Tres a seis veces por semana
- Una o dos veces por semana
- Cada dos semanas
- Una vez por mes
- A veces

13. ¿Ha tenido relaciones con personas de su mismo sexo (homosexuales)? SI NO

14. ¿Ha tenido alguna vez una pareja estable?.....SI NO

15. Si respondió SI en la pregunta anterior. ¿Por cuánto tiempo?.....

16. Ha convivido con su pareja?.....SI NO

17. Tiene su pareja una enfermedad mental diagnosticada?..... SI NO

18. ¿Hace su pareja tratamiento psicológico o psiquiátrico?..... SI NO

19. ¿Tiene deseos sexuales actualmente?.....SI NO

20. ¿Tiene Usted pareja sexual actualmente?.....SI NO

21. ¿Tiene una pareja estable?.....SI NO

22. ¿Con qué frecuencia tiene Usted relaciones sexuales?.....

23. ¿Cuántas parejas sexuales tiene actualmente? Una Dos Más de dos

24. ¿Se siente satisfecho de su vida sexual actual?.....SI NO

25. ¿Piensa que su enfermedad influye en su vida sexual?.....SI NO

26. ¿Teme ser rechazado por su pareja a causa de su enfermedad mental? SI NO

27. ¿Piensa que alguna medicación que toma influye en su vida sexual? SI NO

28. Si contestó SI a la pregunta anterior, mencione a qué medicación le atribuye Usted sus problemas sexuales:
.....

29. ¿Tiene Usted creencias religiosas?.....SI NO

30. ¿Influyen sus creencias religiosas en su actividad sexual?..SI NO

31. ¿Tiene dificultades para llegar al orgasmo?.....SI NO

32. ¿Estuvo alguna vez embarazada?.....SI NO

33. ¿Utiliza algún método anticonceptivo? ?.....SI NO

34. ¿Tiene Usted hijos?.....SI NO

35. ¿Sabe qué es el HIV/SIDA?.....SI NO

36. ¿Usa preservativo? ?.....SI NO

Si Usted es mujer no conteste las preguntas siguientes.

37. ¿Alguna vez tiene Usted una erección cuando despierta por las mañanas?

SI NO

38. ¿Tiene dificultades para mantener la erección cuando mantiene relaciones sexuales?

SI NO

el rescate y la memoria



Sentido sexual débil o nulo hacia el sexo opuesto, remplazado por una tendencia sexual hacia el mismo sexo (sentido homosexual o invertido)*

Por Richard von Krafft-Ebing

Richard Fridolin Joseph von Krafft-Ebing (1840-1902), fue discípulo de Wilhelm Griesinger y ocupó, sucesivamente, en los asilos y cátedras de Illenau, Baden-Baden, Strasburgo, Graz y Viena, destacados lugares de práctica clínica y docencia universitaria. Luego de elaborar una serie de trabajos de psiquiatría legal y un Manual de Psiquiatría Clínica, publicado en 1879, Krafft-Ebing, creador de los términos sadismo y masoquismo, alcanzó la fama con la publicación de su célebre *Psychopathia Sexualis* aparecida en 1886, uno de cuyos pasajes reproducimos en esta Sección. A lo largo de las sucesivas ediciones de su libro, el primero dedicado a una investigación científica de las conductas sexuales definidas por la psiquiatría de la época como anómalas, el autor propone una clasificación de las mismas que finaliza concentrando en dos grandes categorías que devinieron clásicas: las desviaciones del objeto y las del fin.

Una de las partes constitutivas más sólidas de la conciencia del Yo, en la etapa de la madurez sexual, es la convicción de representar una individualidad sexual bien determinada, y sentir la necesidad, durante los procesos fisiológicos (formación del semen y del huevo), de llevar a cabo actos sexuales conformes

a la individualidad sexual, actos que conscientemente apuntan a la conservación de la especie.

Exceptuando algunos sentimientos e impulsos oscuros, el sentido sexual y el instinto genital permanecen en estado latente hasta la época del desarrollo de los órganos genitales. El niño es de género neutro. Así y todo, durante este período en el cual la sexualidad latente sólo existe en forma virtual y todavía no se anuncia con sentimientos orgánicos poderosos, ni ha entrado en la conciencia, podrían tener lugar, de manera prematura, excitaciones de los órganos genitales,

(*) *Psychopathia Sexualis avec recherche* 8va edición alemana
Richard von Krafft-Ebing pág. 243-255

ya sea espontáneamente, ya mediante una influencia externa, que hallarían satisfacción por medio de la masturbación. En todo este proceso hay una ausencia total de relaciones ideales con las personas del sexo opuesto, y los actos sexuales de este tipo equivalen, en mayor o menor medida, a los fenómenos espinales reflejos.

Esta inocencia o neutralidad sexual merece gran atención, sobre todo porque ya muy temprano el niño se da cuenta de que existe una diferencia entre niños y niñas, por la educación, las ocupaciones, la ropa, etc. Sin embargo, estas impresiones no son percibidas por el alma, pues no se hayan apoyadas sexualmente, ya que el órgano central (la corteza cerebral) de las ideas y de los sentimientos sexuales aún no se ha desarrollado y no cuenta con la facultad de percepción.

Cuando comienza el desarrollo anatómico y funcional de los órganos genitales con la diferenciación simultánea de las formas del cuerpo, atributos de uno u otro sexo, vemos aparecer en el niño, así como en la niña, las bases de un estado de ánimo conforme al sexo de cada uno; estado que contribuyen a desarrollar la educación y las influencias externas, dado que el individuo se vuelve más atento.

Si el desarrollo sexual es normal y no se ve trastornado en su devenir, se forma un carácter bien determinado y conforme a la naturaleza del sexo. La relación con las personas del sexo opuesto origina ciertas tendencias, ciertas reacciones y desde un punto de vista psicológico es fácil observar con qué relativa rapidez se forma el tipo moral particular al sexo de cada individuo.

Mientras que en la infancia, el pudor, por ejemplo, sólo es una exigencia de la educación mal entendida por el niño y que, al ser incomprensible para él dada su inocencia, sólo se expresa de manera incompleta, el pudor se vuelve para el joven y la jovencita una obligación imperiosa de la autoestima, que no puede tocarse sin provocar una fuerte reacción vasomotora y un deseo psíquico.

Si la disposición primigenia es favorable, normal, si los factores que perjudican el desarrollo psicosexual no están presentes, se forma una individualidad psicosexual tan armónica, tan sólidamente construida y tan conforme al sexo representado por el individuo, que incluso la pérdida de los órganos genitales, en una época ulterior (por castración, por ejemplo), o bien el *climax* o el *senium*, no pueden alterar en su esencia.

Esto no quiere decir que el hombre emasculado, la mujer castrada, el joven y el anciano, la virgen y la matrona, el hombre potente y el impotente, no difieran entre sí en su estado de ánimo.

Un punto de gran interés e importancia para la materia que vamos a tratar es saber si es la influencia periférica de las glándulas genitales (testículos y ovarios) o si son las condiciones cerebrales centrales las que resultan decisivas para el desarrollo psicosexual. Un hecho que aboga en favor de la importancia de las glándulas genitales es que la ausencia congénita de éstas o su extracción antes de la pubertad influyen poderosamente en el desarrollo del cuerpo y en el desarrollo psicosexual, de manera que este último se detiene y toma la dirección del sexo opuesto (eunucos, viragos, etc.)

Sin embargo, los procesos físicos que tienen lugar en los órganos genitales sólo son factores auxiliares, pero no son factores exclusivos de la formación de una indi-

vidualidad psicosexual; esto se desprende del hecho de que, a pesar de una constitución normal desde el punto de vista fisiológico y anatómico, puede desarrollarse un sentimiento sexual contrario al carácter del sexo que el individuo representa.

Aquí la causa sólo puede hallarse en una anomalía de las condiciones centrales, en una disposición psicosexual anormal. Esta disposición sigue siendo un misterio en cuanto a la relación entre causa anatómica y funcional. Dado que en casi todos los casos en cuestión el invertido presenta taras neuropáticas de varios tipos que pueden relacionarse con condiciones degenerativas hereditarias, desde un punto de vista clínico se puede considerar esta anomalía del sentimiento psicosexual como un estigma de degeneración funcional.

Esta sexualidad perversa se manifiesta en forma espontánea y sin ningún impulso externo, cuando se llega al desarrollo de la vida sexual, como fenómeno individual de una degeneración anormal de la *vita sexualis* y entonces nos sorprende como un fenómeno congénito; o bien se desarrolla durante una vida sexual que, al comienzo, siguió un curso normal, y se produjo por ciertas influencias perjudiciales: entonces surge como una perversión adquirida. Por lo pronto no se puede explicar todavía en qué se basa el fenómeno enigmático del sentido homosexual adquirido y sólo contamos con hipótesis. Parece probable, según el estudio minucioso de los casos adquiridos, que aquí también la disposición consiste en una homosexualidad, al menos en una bisexualidad latente que para volverse aparente, necesitó la influencia de causas accidentales y motoras que la hicieran despertar.

En los límites de la inversión sexual, hallamos distintos grados del fenómeno, grados que corresponden casi completamente al grado de tara hereditaria del individuo, de manera que en los casos poco pronunciados, sólo hallamos un hermafroditismo psíquico; en los casos un poco más graves, los sentimientos y las tendencias homosexuales se ven limitadas a la *vita sexualis*; en los casos más graves, toda la personalidad moral, e incluso las sensaciones físicas se transforman en el sentido de la perversión sexual; por fin, en los casos realmente graves, incluso el *habitus* físico se ve transformado conforme a la perversión.

En consecuencia, la siguiente clasificación de las distintas formas de esta anomalía psicosexual se basa en hechos clínicos.

A. El sentido homosexual como perversión adquirida

Aquí lo importante es probar que hay una tendencia perversa hacia el propio sexo y no necesariamente comprobar que se realizaron actos sexuales con individuos del mismo sexo. Estos dos fenómenos no deben confundirse; no se debe confundir perversidad con perversión. Suelen observarse actos perversos sexuales que no se basan en la perversión. Esto se da sobre todo cuando hay actos sexuales entre personas del mismo sexo y en especial con los pederastas. Allí no es preciso que entre en juego la *paraesthesia sexualis*, pero suele haber hiperestesia con imposibilidad física o psíquica de obtener una satisfacción sexual natural.

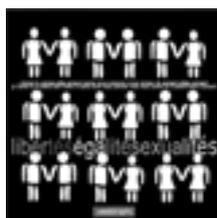
De este modo hallamos relaciones homosexuales en onanistas o degenerados ya impotentes, o bien en mu-

eres u hombres sensuales que están en prisión, en individuos confinados en un barco, en los cuarteles, en internados, etc.

Estos individuos vuelven a tener relaciones sexuales normales tan pronto como desaparecen los obstáculos que se lo impedían.

A menudo la causa de semejante aberración temporal es la masturbación, con sus consecuencias en individuos jóvenes. Nada puede trastornar tanto el nacimiento de sentimientos nobles e ideales que se originan en el sentimiento sexual con su desarrollo normal como el onanismo practicado desde temprana edad: incluso puede hacerlos desaparecer por completo. Le quita al capullo de rosa que va a desamollarse su perfume y su belleza, y sólo deja la tendencia groseramente sensual y brutal hacia la satisfacción sexual. Cuando un individuo corrompido de este modo llega a la edad en la que puede procrear, ya no tiene ese carácter estético e ideal, puro e ingenuo, que lo atrae hacia el sexo opuesto. Entonces el ardor del sentimiento sensual se apaga y la inclinación hacia el sexo opuesto disminuye en forma considerable. Esta defectuosidad influye de modo desfavorable en la moral, la ética, el carácter, la imaginación, el humor, el mundo de los sentimientos y tendencias del joven onanista, hombre o mujer; con el devenir, lleva a cero el deseo por el sexo opuesto, de manera que se prefiere la masturbación a cualquier satisfacción natural.

A veces el desarrollo de sentimientos sexuales elevados hacia el otro sexo se ve contrariado por el temor hipocondríaco de contraer una infección venérea o por una infección realmente contraída, o por una educación equivocada que, intencionalmente, recuerda esos peligros y los exagera; en las jovencitas, por el temor legítimo a las consecuencias del coito (temor de quedar embarazada), o bien por asco hacia el hombre, consecuencia de sus defectos físicos y morales. Entonces la satisfacción se torna perversa y la tendencia se manifiesta con una violencia mórbida. Pero la satisfacción sexual perversa practicada desde muy temprano no sólo afecta las facultades mentales, también afecta el cuerpo, pues produce neurosis del aparato sexual (debilidad irritativa



del centro de erección y de eyaculación, sensaciones voluptuosas defectuosas en el momento del coito, etc.), al tiempo que la imaginación se mantiene en una emoción continua y excita la libido.

Para casi todos los masturbadores llega un momento en el que, asustados al conocer las consecuencias de su vicio al comprobarlas en ellos mismos (neurastenia), o bien llevados hacia el sexo opuesto ya sea por seducción, ya por el ejemplo de los demás, querrían dejar su vicio y llevar una vida sexual normal.

En estos casos, las condiciones morales y físicas son las más desfavorables que se puedan imaginar. El calor del sentimiento puro ya no existe, el fuego del ardor sexual está ausente, al igual que la confianza en sí mismo, pues todo masturbador es más o menos cobarde. Cuando el joven pecador logra reunir fuerzas para tratar de concretar el coito, resulta decepcionado, pues la sensación voluptuosa no aparece y no obtiene placer, o bien la fuerza física para concretar el acto sexual no lo acompaña. Este fracaso significa una catástrofe y lo lleva a la impotencia psíquica absoluta. Una conciencia que no es clara y el recuerdo de fracasos vergonzantes le impiden alcanzar el éxito si vuelve a intentarlo. Pero la *libido sexualis* que sigue existiendo, exige imperiosamente una satisfacción y la perversión moral y física va alejando al individuo de la mujer.

Por distintas razones (malestares neurasténicos, temor hipocondríaco a las consecuencias, etc.), el individuo se desvía también de las prácticas de la masturbación. En este caso puede sentirse impelido en forma pasajera a la bestialidad. La idea de tener relaciones con personas de su propio sexo se impone entonces con facilidad; aparece con la ilusión de sentimientos de amistad que, en el ámbito de la patología sexual, suelen relacionarse fácilmente con sentimientos sexuales.

El onanismo pasivo y mutuo remplace entonces los procedimientos habituales. Si aparece un seductor, y desafortunadamente hay tantos hoy en día, entonces tenemos al pederasta educado, es decir un hombre que realiza actos de onanismo con personas de su propio sexo, y que disfruta con un rol activo correspondiente a su verdadero sexo, pero que, desde el punto de vista de

los sentimientos del espíritu, es indiferente no sólo hacia las personas del sexo opuesto, sino también hacia las de su propio sexo.

He aquí hasta qué grado puede llegar la perversidad sexual de un individuo de disposición normal, exento de taras y con pleno uso de sus facultades mentales. No podemos citar ningún caso en donde la perversidad se haya transformado en una perversión, una inversión de la tendencia sexual.

La situación del individuo con una tara es completamente distinta. La sexualidad perversa latente se desarrolla bajo la influencia de una neurastenia provocada por la masturbación, la abstinencia u otras causas.

Poco a poco el contacto con personas de su propio sexo despierta en el individuo una emoción sexual. Estas ideas se ven reforzadas por sensaciones de placer y provocan deseos acordes. Esta reacción, claramente degenerativa, es el comienzo de un proceso de transformación del cuerpo y del alma, proceso que será descrito en detalle más adelante y que presenta uno de los fenómenos psicopatológicos más interesantes. En esta metamorfosis es posible reconocer distintos grados o fases.

Primer grado: Inversión simple del sentido sexual

Se llega a este grado cuando una persona del mismo sexo produce en un individuo un efecto afrodisíaco, y este último experimenta por el otro un sentimiento sexual. Pero el carácter y el género del sentimiento siguen siendo conformes al sexo del individuo. Se siente en un rol activo, considera su tendencia hacia su propio sexo como una aberración y, eventualmente, trata de encontrar un remedio.

Con esta mejoría episódica de la neurosis puede que al comienzo se manifiesten y se mantengan sentimientos sexuales normales. La siguiente observación resulta muy indicada para mostrar con un ejemplo sorprendente esta etapa en el camino hacia la degeneración psicossexual.

Observación 94. – Inversión adquirida

Soy funcionario. Hasta donde sé, nací en una familia sin taras. Mi padre murió de una enfermedad aguda, mi madre vive aún: es bastante nerviosa. Desde hace unos pocos años, una de mis hermanas se ha vuelto exageradamente religiosa.

En lo que a mí respecta, soy corpulento y mi carácter viril se refleja en mi modo de hablar, de caminar y de pararme. No sufrí enfermedades, excepto el sarampión; pero desde los trece años sufro de lo que llaman cefaleas nerviosas. Mi vida sexual comenzó a la edad de trece años, cuando conocí a un muchacho un poco más grande que yo, *quocum alter alterius genitalia tangendo delectabar*. A los catorce años tuve mi primera eyaculación. Impulsado al onanismo por mis compañeros de escuela, lo practiqué, con ellos o solo, pero siempre me imaginaba seres de sexo femenino. Mi *libido sexualis* era muy grande. Sigue siendo así. Más tarde traté de mantener relaciones con una mucama hermosa, alta, con grandes *mammae*; *id solum assecutus sum, ut me praesente superiorum corporis sui partem enudaret mihi que concederet os mammaeque osculari, dum ipsa penem meum valde erectum in manum suam recepit eumque trivit. Quamquam violentissime coitum rogavi hoc solum concessit, ut genitalia ejus tangerem*.

Como estudiante universitario visité un burdel y logré realizar el coito sin esfuerzo.

Pero sucedió algo que produjo una evolución en mí. Una noche acompañaba a un amigo que volvía a su casa y como yo estaba un poco achispado lo tomé *ad genitalia* en son de broma. No se defendió mucho; luego subí con él a su habitación, nos masturbamos y más tarde practicamos esta masturbación mutua con bastante frecuencia. Incluso había *immissio penis in os* con eyaculación. Lo extraño es que yo no estaba enamorado de este compañero, sino totalmente prendado de otro de mis compañeros cuya cercanía nunca me produjo la menor excitación sexual, y en mi imaginación, nunca relacionaba su persona con hechos sexuales. Mis visitas al burdel, donde era un cliente bien visto, comenzaron a espaciarse; hallaba una compensación en mi amigo y no deseaba tener relaciones sexuales con mujeres.

Nunca practicamos la pederastia. Ni siquiera pronunciábamos esa palabra. Desde el comienzo de esa relación volví a masturbarme más; naturalmente la idea de la mujer fue quedando cada vez más relegada a un segundo plano. Sólo pensaba en jóvenes muchachos fornidos con grandes miembros. Prefería sobre todo los muchachos imberbes de dieciséis a veinticinco años, pero tenían que ser lindos y prolijos. Me excitaban los jóvenes obreros en pantalones de paño inglés; sobre todo los albañiles me daban esa impresión.

Las personas de mi mundo no me excitaban en absoluto, pero al ver un hijo del pueblo, fuerte y enérgico, sentía una emoción sexual muy pronunciada. Tocar esos pantalones, abrirlos, agarrar el pene, luego besar al muchacho, eso me parecía la felicidad más grande.

Mi sensibilidad por los encantos femeninos se fue perdiendo, pero en las relaciones sexuales con mujeres, sobre todo cuando tienen grandes senos, siempre resulto potente sin necesidad de inventarme escenas excitantes. Nunca traté de seducir a mis viles deseos a un joven obrero o a alguien de su mundo, y nunca lo haré; pero a menudo me gustaría. A veces fijo en mi memoria la imagen de uno de estos muchachos y me masturbo en mi casa.

No me gustan las ocupaciones femeninas. No me gusta demasiado estar en compañía de las señoras; no me gusta bailar. Me interesan mucho las bellas artes. Si a veces tengo un sentimiento de inversión sexual, creo que en parte es una consecuencia de mi gran pereza que no me deja tomarme la molestia de mantener una relación con una mujer; frecuentar siempre el burdel le causa repugnancia a mi sentido estético. Entonces vuelvo a caer en ese maldito onanismo al que me resulta difícil renunciar.

Ya me he dicho cien veces que para tener sentimientos sexuales totalmente normales debería ante todo terminar con mi pasión casi indomable por ese maldito onanismo, aberración tan repugnante para mi sentido estético. Muchísimas veces tomé la resolución de luchar contra esa pasión con todas mis fuerzas. Pero hasta ahora no lo he logrado. En lugar de buscar una satisfacción natural cuando el instinto genital se volvía demasiado violento en mí, prefería masturbarme, pues sentía que así lograría obtener más placer.

Y sin embargo, la experiencia me enseñó que siempre podía tener relaciones con mujeres, sin dificultad y sin recurrir a imágenes de las partes genitales viriles, excepto una única vez en que no llegué a la eyacula-

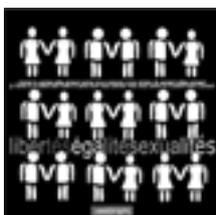
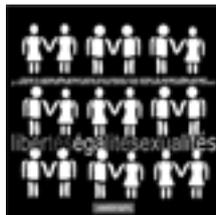
ción, porque la mujer –era un burdel – no tenía encanto alguno. No puedo sacarme esta idea de la cabeza ni dejar de hacerme reproches sobre el tema: creo que la inversión sexual que tal vez me aflige hasta cierto punto es la simple consecuencia de mis masturbaciones excesivas, y esto me produce tanta más depresión moral cuanto confieso no poder renunciar por mi propia voluntad a ese vicio.

Luego de mis relaciones sexuales con un condiscípulo y amigo de larga data, relaciones que comenzaron durante nuestros estudios universitarios tras siete años de relación amistosa, la tendencia hacia la satisfacción anormal de la libido se reforzó.

Permítame narrarle un episodio que me atormentó durante meses.

En el verano de 1882 conocí a un colega de la universidad, seis años menor que yo, que me había sido recomendado por varios jóvenes, a mí y a otras personas de mi entorno. Pronto sentí gran interés por este joven que era muy hermoso, de formas bien proporcionadas, esbelto y de muy buen aspecto. Después de tratarlo durante algunas semanas este interés se convirtió en un sentimiento de amistad intensa y más tarde en un amor apasionado mezclado con celos tormentosos. Pronto me di cuenta de que ciertos movimientos sensuales se confundían con este afecto. A pesar de mi resolución de contenerme ante este joven que tanto estimaba por su excelente carácter, una noche, después de beber mucha cerveza, estábamos en mi habitación donde tomamos una botella de vino en honor a nuestra amistad sincera y durable; y sucumbí al deseo irresistible de apretarlo contra mí, etc., etc.

Al día siguiente, cuando volví a verlo, sentía tanta vergüenza que no me atrevía a mirarlo a la cara. Sentía un terrible arrepentimiento y me hacía los reproches más violentos por haber manchado así esa amistad que debería haber sido pura y noble. Para probarle que sólo



había actuado bajo el efecto de un impulso momentáneo, insistí para que hiciera conmigo un viaje al final del semestre. El accedió, después de dudar un poco, por los motivos que para mí estaban más que claros. Durante varias noches tuvimos que compartir la misma habitación, sin que yo hiciera jamás el mínimo intento de repetir el acto de aquella noche memorable. Yo quería hablarle de ese incidente, pero no tenía el valor de hacerlo. Cuando nos separamos el semestre siguiente, no pude escribirle sobre el tema y cuando en el mes de marzo lo visité en X..., tampoco tuve las agallas de tocar el tema. Y sin embargo, sentía la imperiosa necesidad de explicarle ese punto oscuro, en una charla franca y leal. En octubre del mismo año, yo estaba en X..., y sólo entonces reuní el coraje de darle una explicación sin reservas. Imploré su perdón, que él enseguida me acordó; incluso le pregunté por qué no me había opuesto entonces una resistencia firme, me respondió que en parte me había dejado hacer por complacencia, que por otro lado, al estar ebrio, se hallaba en cierto estado de apatía. Entonces le expuse mi situación de modo detallado, también le di a leer la *Psychopathia sexualis* y le expresé la esperanza que tenía de poder dominar completamente mi tendencia contra natura sólo con mi voluntad. Desde esa explicación, mi relación con este amigo se volvió una de las más felices y satisfactorias; los sentimientos amistosos son íntimos, sinceros y espero que durables también.

En caso de no verificar una mejoría en mi estado, tomaría la decisión de someterme completamente a su tratamiento, sobre todo porque según el estudio de su obra, creo poder decir que no pertenezco a la categoría de los llamados uranistas y que una firme voluntad secundada y dirigida por el tratamiento de un hombre competente podría hacer de mí un hombre con sentimientos normales ■



confrontaciones



Los relatos de la clínica psicoanalítica

Raúl E. Levín

Médico. Especialista en Psiquiatría y Psicoanalista. Ex presidente de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (ApeBA)

E-mail: relevin@amet.com.ar

La exposición de la clínica

Entre las conmociones que introduce el psicoanálisis en los medios médicos y psiquiátricos a partir de su advenimiento a fines del siglo XIX, puede ser estudiada la que deriva de una nueva forma de presentación del caso clínico. De la mostración pública del paciente o la minuciosa descripción semiológica en una jerga especializada que supone la posibilidad de certificar un saber generalizable en forma objetiva y colectiva, se pasa a una forma de comunicación de la experiencia

en la que el relato médico es intermediario entre paciente y audiencia de colegas, dando testimonio de una situación reservada e irreplicable, transcurrida en otro lugar y otro momento: la sesión psicoanalítica.

Del escenario médico y psiquiátrico tenemos una representación iconográfica, quizás emblemática, de la presentación de Charcot de una paciente histérica: se trata del cuadro de Brouillet titulado *Una lección del Dr. Charcot en la Salpêtrière*, de 1896(1, 6, 9). Lo vemos allí a Charcot presidiendo la escena ante una audiencia, junto a una enferma histérica de la que llama la atención

Resumen

En tanto intermedian entre la reserva absoluta (inherente a la sesión psicoanalítica) y la transmisión de esa experiencia a terceros (supervisores, colegas, público en general), los relatos de la clínica psicoanalítica se constituyen en un procedimiento narrativo con una especificidad propia, hasta el punto que puede decirse que en algún sentido se han consagrado como testimonio validado de un psicoanálisis, desde el que puede realizarse una discusión científica. En este trabajo se hace referencia al momento histórico en el que el psicoanálisis se aparta de la psiquiatría tradicional adquiriendo progresivamente una autonomía que deriva en ese recurso de la exposición de la clínica. La transmisión en palabras –en forma oral o escrita– de lo ocurrido en las sesiones adquiere muchos puntos en común con la literatura. En ese sentido se realizan algunas consideraciones relacionadas al estilo que puede ser más pertinente a la enunciación de los relatos, y se plantea un interrogante en relación a si los relatos de la clínica pueden llegar a constituirse en un subgénero literario.

Palabras clave: Relatos clínicos – Clínica psicoanalítica – Géneros literarios

REPORTING ON PSYCHOANALYTIC CLINIC

Summary

As mediation between absolute reserve (which is inherent in the psychoanalytic session) and communication of this experience to third parties (as supervisors, colleagues, public), psychoanalytic clinical accounts require and acquire a narrative procedure with its own specificity. So much so, that it can be said that this token consecrates a particular testimony as valid for scientific discussion. The present work makes reference to the moment in history since when Psychoanalysis departs from traditional psychiatry and progressively conquers an autonomy that dwells upon such procedure. The transmission in words –be it oral or written– of what went on during the sessions shares many common grounds with Literature. Regarding these, some points are raised as to the style that may be more germane to this purpose, and queries come up whether or not clinical accounts can ever enter the realm of letters as a literary subclass on its own.

Key words: Clinical accounts – Psychoanalytic clinics – Literary subclasses

su cuerpo, que a pesar de su aspecto desvanecido conserva una expresión trágica. Uno de los que podrían considerarse ayudantes de Charcot la sostiene por las axilas para que no termine de caer. Entre los concurrentes no dejan de observarse gestos y expresiones que se corresponden con el histrionismo que trasciende del cuadro.

El carácter público de la exhibición de la paciente es lo que se impone. También que el protagonismo principal de la escena la tiene el médico, pero también la paciente, aunque inhabilitada para hacer valer su palabra en plenitud, sumergida en un estado de trastorno de la conciencia (hipnosis). En ambos se centra el mayor efecto de iluminación por parte del pintor.

Sabemos que al joven Freud la experiencia en la Salpêtrière lo dejó profundamente impresionado. Sin embargo, y a pesar de que nunca dejó de expresar su admiración por Charcot, en una carta a su novia, Martha Bernays (24 de agosto de 1985)(5) tras elogiarlo, concluye: "... pero me fatiga", "... mi cerebro queda saciado como al cabo de una velada teatral".

Podemos agregar, como para subrayar el carácter teatral y público en que se desarrolla esta escena en la que se ofrece como atractivo la exposición de una enferma histérica, que a estas reuniones no solamente asistían médicos, sino también políticos, escritores, y otros ciudadanos reconocidos. Incluso la expresión, el semblante de la histeria, se trasladó a la literatura, el teatro, la pintura, la moda, y otras expresiones culturales de la época.

Éste es el primer escenario que describimos, quizás extremado en la iconografía del cuadro, pero que da cuenta de la neurosis histérica como un bien público, compartido, que puede ser difundido como fenómeno observable e impactante.

Quizás la psiquiatría alemana y austríaca, a la que vuelve Freud tras su viaje iniciático a París, no compartiría estas características histriónicas de la presentación de la clínica, pero de todos modos reclamaría casos visibles, posibles de ser sistematizados, uniformados por un orden nosológico reduccionista, que los nivelara en un eventual intercambio entre colegas.

Pero pasemos ahora al segundo escenario, que será el que propone el psicoanálisis, muy diferente al anterior: la sesión psicoanalítica. Transcurre en un espacio absolutamente privado, y para ser dado a conocer, necesita de una intermediación entre lo privado y lo público.

En la medida en que Freud se percató de que cualquier forma de inducción desnaturaliza el discurso del paciente y su posibilidad de transmitir su saber acerca de sí, irá descartando la hipnosis, el dedo en la frente, y en lo posible... también la sugestión. Ahora es la palabra del paciente la que informa acerca de su neurosis, y el papel del médico es el de la escucha, no a la búsqueda sino a la espera de un sentido.

Si el primer escenario muestra al médico con un saber protagónico acerca de un paciente con una alteración de la conciencia, en el segundo será el discurso del paciente el que preside la escena. La figura de la paciente lánguida, entregada, su cabeza y sus miembros en un gesto desvaído, es ahora reemplazada por la que le dice a Freud: "No es necesario que me pregunte todo el tiempo esto y aquello. ¡Déjeme contarle lo que le tengo que decir!"(14). Comparando la inmediatez ante la presencia de público que rige la escena de Charcot con la se-

sión psicoanalítica, que transcurre en un aislamiento absoluto, alejada de toda mirada ajena a la intimidad de la relación entre analista y paciente, entendemos por qué Freud no tiene otra alternativa que apelar a un relato para transmitir su clínica ante colegas. No puede "mostrar" (ni "demostrar") su sesión. Tampoco su comprensión de la neurosis puede reunir sus casos en una casuística suficiente. Ni siquiera una supuesta nosología puede ser suficientemente confiable. Cada paciente enuncia su dramática personal, y es reconocido y atendido en su singularidad.

El relato de la sesión psicoanalítica, como método intermediado de transmisión, no facilita la comprobación fehaciente del hecho clínico de acuerdo al reclamo médico de la época. En esa dirección, pueden ser justificadas las palabras de Krafft-Ebing, cuando luego de presidir la presentación clínica de Freud ante la Sociedad Psiquiátrica de Viena en 1896, comentó que "sonaba como un cuento de hadas científico" (Carta a Fliess de abril de 1896)(7).

Hasta Freud mismo parece en algún sentido contrariado por tener que apelar a ese nexo que es el que se le impone como alternativa entre lo que va descubriendo en sus sesiones con el paciente y la audiencia de colegas a la que debe comunicarlo. En los "Estudios sobre la histeria" (1893-1895), dice lo siguiente(8): "No he sido psicoterapeuta siempre, sino que me he educado, como otros neuropatólogos, en diagnósticos locales y electroprognosis, y por eso mismo me resulta singular que los historiales clínicos por mí escritos se lean como unas novelas breves, y de ellos esté ausente, por así decir, el sello de seriedad que lleva estampado lo científico. Por eso me tengo que consolar diciendo que la responsable de ese resultado es la naturaleza misma del asunto, más que alguna predilección mía; es que el diagnóstico local y las reacciones eléctricas no cumplen mayor papel en el estudio de la histeria, mientras una exposición en profundidad de los procesos anímicos como la que estamos habituados a recibir del poeta me permite, mediante la aplicación de unas pocas fórmulas psicológicas, obtener una suerte de intelección sobre la marcha de una histeria". (Al respecto es interesante señalar que el único galardón que se le confirió en vida a Freud fue el Premio Goethe (1930), en reconocimiento a los méritos literarios de su obra).

A diferencia de lo que ocurre hasta entonces con el caso psiquiátrico, el método psicoanalítico, que va tomando forma de acuerdo a sus propios avances en la indagación de la neurosis, debe acudir a una mediación entre lo privado y lo público, entre la sesión y la audiencia de colegas. Dicha mediación estará a cargo del psicoanalista, adquirirá una modalidad próxima a lo literario y será llamado relato clínico.

La jerarquía casi excluyente que el psicoanálisis otorga a la palabra, tanto en la sesión como en su transmisión mediante el relato, contrasta con el valor que atribuye a lo visual no solamente la psiquiatría, sino también el saber médico de la época.

El relato clínico

Si bien en los diccionarios generales de la lengua española (incluido el de la Real Academia) la acepción de la palabra "relato" se corresponde con la de "narración", en los diccionarios más especializados se introdu-

ce una especificación que es pertinente a lo que estamos tratando.

El "Diccionario de retórica, crítica y terminología literaria" de Marchese y Fonedelas(12), en la entrada "relato" señala que en éste, se crea una separación entre el destinatario y la historia. La marca primordial del relato es la presencia de una doble articulación temporal, creada por la ausencia del destinatario en el momento de la acción. Existe "un presente de la acción y, en superposición, al menos implícita, un presente de la narración. Estas dos temporalidades pueden ignorarse o unirse, pero nunca confundirse, so pena de desembocar en un verdadero presente que anularía el relato".

Esta definición se aviene con lo que venimos diciendo. Da cuenta de que el narrador refiere un acontecimiento ocurrido en otro momento, del que no fue testigo el destinatario ante quien se testimonia. El escenario público en que todo es compartido del cuadro de Brouillet, es desglosado por el relato en dos temporalidades y dos ámbitos diferentes. El psicoanalista enuncia un relato sobre una sesión psicoanalítica en la que él participó, pero el mismo acto de relatarla ante la audiencia como forma de transmisión define la separación del hecho clínico, de la audiencia pública (o semi-pública) a la que le es comunicada.

Ducrot y Todorov en su "Diccionario enciclopédico de las ciencias del lenguaje"(3), enfatizan también el papel de las temporalidades implícitas en el relato: "El relato es un texto referencial con temporalidad representada"... "La unidad superior a la proposición que se distingue es la secuencia".

De tal manera, el relato del psicoanalista "representa" ese otro momento de la sesión respecto de su narración. No hay una pretensión, siquiera en términos utópicos, de que pueda constituirse en una réplica exacta de lo ocurrido. Se trata de una versión verosímil, adecuada a la necesidad de ser comunicada, recordada, usufructuada para la propia clínica o investigación.

Según el diccionario de la Real Academia(2), la palabra "lato" se aplica "al sentido que por extensión se da a las palabras y no es el que exacta, literal o rigurosamente les corresponde."

La partícula "re" de "relato", enfatiza esta duplicación (o aún multiplicación) de versiones sobre un mismo acontecimiento. Un relato reclama verosimilitud, pero puede ser suscrito por diferentes relatores, cada uno de los cuales tendrá un punto de vista o interpretación propia. Por ejemplo La Biblia es una recopilación de distintos relatos de diferentes narradores, quienes a su vez pueden haber recurrido como fuente a otros relatos que los precedieron en torno a los hechos históricos que se refieren. En el caso de una sesión psicoanalítica, es notorio que un relato que diera cuenta de ella sería muy diferente de acuerdo a si quien lo transmite es el analista o el paciente.

Un mismo acontecimiento puede suponer entonces relatores que dan versiones diferentes. No se les reclama que sean objetivos, sino plausibles, congruentes y, fundamentalmente, que dejen en el destinatario alguna inquietud o interés que iniciará una elaboración propia que a su vez podrá constituirse en un nuevo producto intelectual de dicho relato.

Para el caso del relato de la clínica psicoanalítica, a cargo del analista que la transmite, se plantea un reclamo que proviene de la teoría, y que seguramente le confiere una modalidad propia. Si bien en lo descriptivo re-

fiere (o representa) una sesión de la que participan dos supuestos interlocutores, la índole misma del psicoanálisis requiere que de lo pronunciado en la sesión se acceda a distintas instancias enunciantes, provenientes tanto de lo manifiesto como de lo reprimido, del analista como del paciente. A dichas instancias pueden ser atribuidas temporalidades diferentes, al menos en términos lógicos.

Dichas instancias enunciantes se corresponden con las del sujeto del enunciado y el sujeto de la enunciación. Son solidarias entre sí, aunque la escucha psicoanalítica, a diferencia de otras, intenta despejarlas.

De tal manera, el relato clínico tendrá que admitir una modalidad que lo diferencie de otros relatos, que lo habilite para transmitir elementos de la sesión que desde la teoría psicoanalítica remitan a la división del sujeto, dirigidos a un destinatario con una escucha apta para develarlos.

Ocurre con el relato del psicoanálisis lo que en todo relato. Quien está destinado a escucharlo o leerlo, contribuye dialécticamente a determinarlo y otorgarle un sentido.

El relato clínico, los géneros literarios y sus lenguajes

Queda planteada la pregunta de si el relato clínico, como texto mediador entre la sesión y la audiencia a la que se dirige, adhiere o se aproxima a un género literario particular.

Volvamos a la cita de *Los estudios sobre la histeria* (1893-1895) que transcribimos más arriba. En ella, Freud menciona las "novelas breves" y habla "de una exposición en profundidad de los procesos anímicos como las que acostumbramos a recibir del poeta". Tenemos entonces mencionados, al menos, dos géneros reconocidos de la literatura.

Sobre la novela no hay duda de que el relato de la clínica psicoanalítica tiene con ella mucho en común. La posibilidad de referir a un lenguaje interior a la vez que a diálogos manifiestos de los protagonistas; su ordenamiento que, al menos clásicamente, da cuenta de una secuencia cronológica, y su estructura que generalmente incluye un comienzo con planteos que se van complejizando, configurando una intriga que será resuelta al final, tiene mucho en común con la representación que se tiene de un proceso psicoanalítico.

Debemos agregar que fue la novela el género literario que pudo transmitir los cambios que dieron lugar a los nuevos modelos de subjetividad. Modelos que derivaron en lo que fue el movimiento Romántico, que caracterizó al siglo XIX. Son notorias las asociaciones que surgen entre las pacientes de Freud y las protagonistas de las novelas románticas de su época. Este sesgo es transmitido también en los historiales freudianos.

En cuanto a la alusión al poeta, Freud no parece tanto referirse a la poesía, sino a la condición del lenguaje poético de da cuenta de la "profundidad" de los "procesos anímicos". Creo, en ese sentido, que la poesía tiene el don de dar a la palabra un alcance renovado hacia los límites del lenguaje y, en ese sentido, es la que más puede acortar las diferencias de temporalidades (sin que éstas se confundan) entre las instancias enunciantes. Por eso su posibilidad de penetración



mediante la palabra hasta los confines de los procesos anímicos, incluso de denotar aquello que se presume “más allá” del discurso.

De todos modos, no se puede a veces dar entidad conclusiva a los géneros literarios. A veces son formalizados en uno usufructuando el lenguaje de otro. Hay novelas, como el *Ulises* de Joyce, de las que bien puede decirse que están escritas en un lenguaje poético. De la misma manera, algunos poemas, por ejemplo épicos, parecen tener la estructura (la secuencia cronológica, por ejemplo) y hasta el lenguaje de un texto de otro género.

Cabe la pregunta acerca de si el relato de la clínica psicoanalítica puede llegar a constituir un subgénero literario, ya que los textos se pueden ir conformando acorde a la singularidad de los destinatarios. Por ejemplo, es posible caracterizar un subgénero epistolar. Se trata de una escritura determinada por su finalidad, que es transmitir desde lo personal un mensaje dirigido a un interlocutor no presente que “se corresponde” con el escribiente. El lector al que se dirige la carta determina el cómo y qué de lo que escribe el remitente. Según a quién se dirija puede ser una carta de amor, laboral, científica, etc.

La escritura epistolar –y de esto da cuenta la extensa correspondencia recopilada de Freud– estuvo muy en boga hasta que fue siendo desplazada por tecnologías que reemplazaron lo que antes era la condición casi paradigmática de comunicación a distancia: el envío postal. La correspondencia conocida entre pioneros para intercambiar experiencias sobre casos clínicos, o aún para supervisarlos (por ejemplo de Lou Andrea Salomé con Freud), hizo de muchas de estas cartas verdaderos relatos clínicos.

Quizás el relato de la clínica podría reclamar ser considerado un subgénero literario. Tiene sus condicionamientos. Su interlocutor tiene una determinación y una aptitud en acceder a una comprensión de los fenómenos inconcientes. Su audiencia está constituida no solamente por psicoanalistas, sino también por otros lectores atraídos por el trabajo del psicoanálisis. Y esto es más que razonable, ya que en su condición de dar respuestas a interrogantes acerca de la condición humana, el psicoanálisis se hace atractivo para un público extenso.

Otras de las características propias del relato de la clínica psicoanalítica, es que el único habilitado a establecer su texto es el psicoanalista. Y no es porque así lo desee sino porque no le queda otra alternativa. La

reserva de la sesión analítica no puede ser quebrantada sin que se desnaturalice su condición de tal. Esto no se debe solamente al secreto profesional que reclama, necesario para amparar la intimidad de lo que dice el paciente y favorecer la confianza en el analista. Pasa que el método psicoanalítico, por la índole misma de su forma de trabajo de develamiento de lo reprimido, no admite ninguna interferencia que distraiga, suprima o distorsione la asociación libre del paciente y la atención flotante del analista. Toda audiencia ajena es una intrusión que afecta el trabajo de analista y paciente, ambos poniendo a jugar su inconciente en relación al del otro. Es en el plano de la relación transferencia-contratransferencia donde toda injerencia ajena distorsiona el método.

Cuando mencionamos que toda audiencia es una intromisión a la necesaria privacidad de la relación analista paciente, aludimos –como en la escena que mencionamos de Charcot– no solamente a la presencia física de personas. Cuando la impronta de un posible tercero se impone a la fantasmática transferencial, a veces con reclamos de que la sesión le debe ser transmitida con objetividad y ofreciendo certidumbres, el psicoanalista puede responderle con recursos relacionados más a dicho reclamo que a la ética de disponer exclusivamente lo necesario para atender las formaciones del inconciente tal cual se manifiestan en la sesión. Es así como muchas veces el tomar notas durante la sesión puede ser experimentado como una presencia ajena ante la que también tiene que dirigirse. Por no mencionar el efecto del uso de grabadores. Desde ya considero filmaciones o cámaras de Gessell medios que desvirtúan la esencia del psicoanálisis.

Al respecto de lo anotado en el párrafo anterior, es interesante consignar que Melanie Klein, en el Prólogo de su *Relato del Psicoanálisis de un Niño*(10) –por cierto uno de los historiales más importantes de la historia del psicoanálisis– menciona la perturbación derivada en la sesión de la toma de notas en su transcurso o de la introducción de una “máquina registradora”, de la que dice “se opone absolutamente a los fundamentos en los que se basa el psicoanálisis: la exclusión de toda audiencia durante las sesiones analíticas”.

Es entonces el analista, expuesto a su propio inconciente (olvidos, distorsiones, lapsus, recortes del material), el único legitimizado para realizar esta segunda operación de la sesión llamada relato clínico (sería un

para-texto del de la sesión) destinada a una audiencia pública, que puede ser su propio analista, supervisor, colegas o público en general. Pero la operación original, la sesión, sólo lo atañe a él y su paciente.

El lenguaje del relato clínico

Se trata de un tema que excede el alcance de este escrito. Cada analista encontrará su lenguaje y su estilo de transmisión, que seguramente se irá renovando y puliendo de acuerdo a su experiencia en esta instancia que es tan solidaria (aunque diferenciada) con la clínica. Hasta puede llegar a considerarse como que en algún sentido forma parte de ella.

En este apartado solamente quisiera rescatar lo dicho más arriba, respecto a la posibilidad –como recurso– que otorga el lenguaje poético dado su alcance de revelar procesos anímicos que pueden considerarse situados en el límite de la palabra o aún más allá de ella. El carácter original, renovado y transgresivo de la poesía puede contribuir a la transmisión de un clima emocional semejante al derivado de la asociación libre y la atención flotante. Mi idea es transcribir a modo de ilustración de lo dicho, dos breves textos.

El primero es el párrafo inicial del relato clínico de Serge Leclair, que constituye su *Segunda Conferencia*, a la que titula *Sygne o acerca del amor de transferencia*, tal como fuera presentado en su visita a la Asociación Psicoanalítica Argentina en 1975(11): “En lo que se refiere al núcleo de mis intereses, ningún índice se le escapa a Sygne: en mi escritorio ella localiza con ojo soberano el grano de oro bruto o el centelleo de los cristales secretos de la geoda; de mis escritos, desata con certeza indudable, la trama fantaseada, del mismo modo que se esfuerza por leer, en el desorden de mi mesa, mis preocupaciones o mis proyectos. Nunca tuve analista más atenta y perspicaz. En esta “mujer de 30 años”, a la que una familiaridad con la cifra condujo muy pronto a los honores discretos de la ciencia, se manifiesta sin rodeos lo que su vocación de “investigadora” pone en acción. A partir del índice signifiante que ella recoge, como miel preciosa, para su computadora secreta, va a apuntalar y sostener el flujo enloquecido de sus representaciones y alimentar su sed de amor.”

El otro es un texto poético. Son dos fragmentos, el de comienzo y el final, de un poema en prosa de T. S. Eliot titulado *Hysteria*(4): “Mientras ella se reía, era conciente yo de que me iba atrapando en su risa y haciéndome parte de ella, hasta que sus dientes fueron estrellas fortuitas con talento para adiestrar a un pelotón. Fui atraído por breves gritos sofocados, aspirado por cada momentánea mejoría, finalmente perdido en las cuevas oscuras de su garganta, herido por la reverberación de unos músculos ocultos”... “Decidí que si la palpitación de sus pechos pudiese ser detenida, algunos de los trozos de la tarde podrían recomponerse, y concentré mi atención con cuidadosa sutileza en lograr ese objetivo”.

Con estos dos ejemplos solamente quiero insinuar la posibilidad eventual de que se pueda apelar al lenguaje poético para transmitir la clínica a través de su relato. Serge Leclair sugiere y recomienda permanentemente esta posibilidad en la publicación citada. En su libro *La clínica como relato*, Gerardo Pasqualini propone la posibilidad de considerar lo psicoanalítico como un hecho

artístico. Al respecto dice lo siguiente: “El artista es el que crea, lo otros son seguidores y repetidores, que van a tratar de dar un sentido a lo que el artista ha creado. Se puede pensar entonces en un punto de pase entre el artista y el científico, como un testimonio menos obscuro, que un relato público de los contenidos imaginarios de un análisis personal”(13).

Una excepción frecuente en relatos de sesiones con niños o adolescentes

Hemos comenzado esta presentación describiendo ese momento bisagra en el que el psicoanálisis toma distancia de la psiquiatría tradicional. El relato de la clínica puede considerarse no sólo testimonio de las sesiones, sino también el eslabón en la transmisión de la experiencia que define las diferencias ideológicas entre ambas prácticas.

La escena del cuadro de la lección de Charcot en la Salpêtrière refiere al valor de una mirada compartida públicamente, que enfatiza el ejercicio visual sobre los datos que se exhiben. El impacto en el público, no disimulado, puede asimilarse a lo que eran en esa época espectáculos circenses en los que se exhibían “fenómenos” humanos: engendros, anomalías, deformaciones, monstruosidades, pases de magia, acrobacias u otras habilidades ante una audiencia entusiasta. En la clase de Charcot, la posible intimidación de la paciente trasciende en su exterioridad. Se trata de un “fenómeno” a ser apreciado por los concurrentes.

Por lo contrario el psicoanálisis asigna a la intimidad el carácter de una experiencia subjetiva, absolutamente privada, fundamentada en mecanismos comunes a los humanos, por lo que tampoco podrían incluirse como “fenómenos”.

Si nos representáramos, como un ejercicio de abstracción, una exhibición pública de una sesión psicoanalítica, su efecto sería del orden de lo obscuro, utilizando un término al que recurre con acierto Pasqualini en la cita anterior. Desde ya que si se intentara esta inmediatez en la transmisión de la sesión, se desnaturalizaría el psicoanálisis en su esencia, por lo que esta posibilidad no puede pensarse siquiera como plausible. De ahí que la práctica psicoanalítica reclame desde sus orígenes casi como un fundamento de su comunicación, esa mediación entre la sesión y el público, a la que llamamos relato clínico.

Hay sin embargo una excepción frecuente, a veces cotidiana, relacionada a la clínica psicoanalítica de niños y adolescentes. Me refiero a ciertas producciones materiales que pueden provocar un efecto real de la presencia del paciente, infiltrado en el texto del relato del psicoanalista. Collages, construcciones, intervenciones sobre juguetes, figuras de arcilla o plastilina pueden ser llevados a una supervisión o ante una audiencia de colegas. Pero incluyo fundamentalmente entre estas producciones a los dibujos efectuados en sesión, que son tan difíciles de transmitir si nos ceñimos a un texto oral o escrito.

Este “material” se ofrece como una suerte de intrusión ajena añadida al relato clínico tradicional. A pesar de ser una excepción en la ética de la transmisión, adquiere un enorme interés si es incluido en la trama discursiva del relato. Pero no pocas veces puede prevalecer

sobre éste, constituyéndose en un atractivo visual que involucra a la audiencia, sumiéndola, paradójicamente, en un clima semejante al de la escena que tomamos como paradigma de lo diferente al relato propio del psicoanálisis.

Otra cuestión a abordar en relación al psicoanálisis de niños y adolescentes, atañe a un tipo de relato que le concierne, que es el que debe efectuarse a los padres del paciente para informarlos sobre su proceso psicoanalítico. Situación tan inherente al campo clínico de estos análisis que, como la anterior, es punto de partida de muchas posibles consideraciones clínicas, que no podremos en esta oportunidad más que mencionar.

Porque a esta altura, este relato sobre los relatos de la clínica psicoanalítica, como suele ocurrir con los relatos, quedará inconcluso, aunque abierto a otros. La idea de un relato es que está dirigido a ser continuado por sus destinatarios. Como conjunto, se constituyen en una trama en movimiento, quizás anónima e inaprensible en sus alcances, pero atesorando el saber al que refieren.

Invito al que lea estas líneas a que las retome ■



Referencias bibliográficas

1. Corbin A, y Perrot M. "Entre bastidores" en Historia de la vida privada bajo la dirección de Ariès, Ph. y Duby, G., Taurus. Tomo VIII. Bs. As. 1990. Pág. 262.
2. Diccionario de la lengua española. Real Academia Española. Tomo II. Madrid. 1992. Pág.1234.
3. Ducrot O, Todorov T. Diccionario enciclopédico de las ciencias del lenguaje. Siglo XXI Editores. Bs. As. 1976. Pág. 340.
4. Eliot TS. Prufrock y otras observaciones. Editorial Pre-textos. Valencia. 2000. Pág. 81
5. Freud E, et al. Sigmund Freud en imágenes y textos. Editorial Paidós. Bs. As. 1979. Págs. 114-5.
6. Freud E, et al. Sigmund Freud en imágenes y textos. Editorial Paidós. Bs. As. 1979. Pág.114.
7. 6 Freud S. (1986) Nota introductoria de Strachey, J. a "La etiología de la histeria". Obras Completas. Amorrortu Editores. Tomo III. Bs. As. Pág. 188.
8. Freud S. "Estudios sobre la histeria" (Breuer y Freud) (1893), en Obras Completas. Amorrortu Editores. Tomo II. Bs.As. Pág. 174.
9. Jones E. Vida y Obra de Sigmund Freud. Editorial Nova. Tomo I. Bs. As. 1959. Entre págs. 216/217.
10. Klein M. Relato del Psicoanálisis de un Niño. Paidós. Buenos Aires. 1961. Págs. 13-14.
11. Leclaire S. Conferencias y Seminarios. Asociación Psicoanalítica Argentina. Buenos Aires. 1975. Pág. 11.
12. Marchese A, Fonedelas J. Diccionario de retórica, crítica y terminología literaria. Editorial Ariel. Barcelona.1994. Pág. 346.
13. Pasqualini G. La clínica como relato. Ediciones Publikar. Bs. As. 1998. Pág.162.
14. Rodrigué E. El siglo del Psicoanálisis. Editorial Sudamericana. Bs. As. 1996. Pág.262.

Bibliografía complementaria

- Haddad G. Comer el libro. Ediciones de la Equis. Editorial Mila. Bs.As., 1996
- Leibovich de Duarte A. "Restos y rastros del pasado. Historia y narrativa en psicoanálisis. En Revista Argentina de Psicoanálisis. N° 2. Julio 1999.
- Leivi M. "El síntoma en la clínica psicoanalítica". En Psicoanálisis APdeBA. Tomo XXIII, N° 2, 2001.
- Levín RE. La escena inmóvil. Teoría y clínica psicoanalítica del dibujo. Lugar Editorial. Bs. As, 2004.
- Lobov J. "Los relatos de la clínica". En Conjetural.N° 39. Agosto 2003.
- Manguel A. Una historia de la lectura. Grupo Editorial Norma. 1999. Colombia.
- Michels B. "The case history". En Journal of the American Psychoanalytical Association. Vol. 48. N° 2. 2000.
- Pommier G. Nacimiento y renacimiento de la escritura. Nueva Visión. Bs. As., 1996.

lecturas y señales



LECTURAS

Huertas, Rafael. **El siglo de la Clínica**. Madrid, Ed. Frenia, 2004, 297 págs.

El autor de esta obra, Rafael Huertas, es investigador científico del Consejo Superior de Investigaciones Científicas de España y ha dedicado buena parte de su prolífica producción intelectual a la historia de la psiquiatría aportando una mirada crítica y renovadora, tanto en torno al surgimiento y legitimación de la medicina mental en el siglo XIX como a la influencia de sus conceptos nucleares en la psiquiatría contemporánea.

El siglo de la Clínica es la expresión de diferentes desarrollos del autor acerca del surgimiento y consolidación del alienismo a lo largo del siglo XIX que se encontraban dispersos en gran cantidad de artículos, monografías y colaboraciones en libros pero que aquí alcanzan sistematización y coherencia al articularse en torno a una hipótesis central: *“De Pinel a Kraepelin, el siglo XIX puede y debe considerarse como el siglo de la clínica. Una larga centuria en la que surge y se afianza todo un proceso que ha dado en llamarse de medicalización de la locura, a través del cual lo otro de la razón se convirtió primero en alienación y, más tarde, en variadas enfermedades mentales. Nuevas patologías para cuya definición se precisaron nuevos expertos (alienistas, freнопатas, psiquiatras...) que las reconocieran, las ordenaran y actuaran sobre ellas, en el marco de una serie de estrategias profesionales y debates científicos que fueron configurando el*

conjunto de saberes y poderes que dieron lugar al movimiento y al programa alienista.” Un programa que conlleva una *“... teoría de la práctica psiquiátrica [...] una práctica eminentemente clínica, pobre en recursos terapéuticos, pero rica en semiología, nosología y nosografía...”*.

Para llevar adelante esta tarea organiza la obra en cuatro secciones. En la Primera Parte, *“La medicalización de la locura”* se ocupa del nacimiento de la clínica presentando la experiencia fundacional de Pinel (1745-1826) en el contexto histórico social en que se desarrolló; valorando su *“impresionante labor como clínico y nosógrafo”* pero recordando que muchos contemporáneos suyos tuvieron aquel gesto fundacional: William Batlle (1703-1776), William Tuke (1732-1822), Joseph Daquin (1732-1815) y Vincenzo Chiaruggi (1759-1820) de quien rescata su obra clínica y nosográfica sorprendentemente olvidada en buena parte de la historiografía psiquiátrica. Aborda luego la obra de Esquirol, primero con un minucioso análisis de su nosografía y sus relaciones con el pensamiento de la época, y después con la presentación de su concepción acerca de la alucinación como aporte a *“...la construcción de una semiología estrictamente anatomo-clínica.”* Finalmente dedica un exhaustivo análisis al concepto de monomanía, piedra angular del pensamiento esquiroliano, enfatizando el contexto sociopolítico en el cual se desarrolla: *“El concepto de monomanía surge, pues, en el preciso instante en que en la Francia postrevolucionaria tiene lugar el afianzamiento definitivo del poder burgués y el modo de producción capitalista”*.

En la Segunda Parte, *“La somatización del alma”*, se ocupa de mostrar como *“...la locura pasó a*

considerarse el producto de una lesión orgánica y no el resultado de anomalías en la esfera de las ideas o de las pasiones.” Para esta tarea aborda tres tópicos: 1) las relaciones entre síntoma y lesión, 2) los alcances de la teoría de la degeneración en el campo de la psiquiatría y 3) los desarrollos en torno al concepto de delirio crónico. Respecto a las relaciones entre síntoma y lesión analiza en primer lugar el modelo de la parálisis general progresiva, a partir de la tesis de Bayle de 1822, y su importancia en el posterior desarrollo de una visión etiopatogénica de los trastornos mentales. En segundo lugar se refiere a la perversión sexual a través de los trabajos de Morel (1809-1973), Tardieu (1818-1879), Magnan (1835-1916), Krafft-Ebing (1840-1902), Havellock Ellis (1859-1939) para demostrar *“...de qué manera el siempre equívoco concepto de perversión sexual fue evolucionando en el seno de la medicina y psiquiatría positivistas, desde su consideración como un comportamiento más o menos peculiar, a un síntoma y, finalmente, a enfermedad orgánica del sistema nervioso”*.

En el segundo tópico presenta a la teoría de la degeneración como *“...una compleja construcción teórica y epistemológica, de importantes e innegables consecuencias en el pensamiento y en la clínica psiquiátrica”*. Muestra al degeneracionismo tal como surge en la obra de Morel (1857) para luego explayarse en la versión secular, en clave evolucionista, de Magnan (1895) que tendrá gran predicamento en la clínica francesa de finales del XIX. Finalmente, el autor se refiere a la Demencia Precoz de Morel dependiente del concepto de degeneración y a las innegables influencias del degeneracionismo en la obra temprana de Kraepelin.

En el tercer tópico se centra en "...lo que probablemente fue la categoría diagnóstica fundamental que el viejo alienismo decimonónico maneja en las últimas décadas del siglo XIX: el delirio crónico." Aquí desfilan las más acabadas descripciones clínicas del pensamiento francés: el delirio crónico de evolución sistemática de Magnan, las psicosis alucinatorias crónicas de Gilbert Ballet, las locuras razonantes, delirio de interpretación de Serieux y Capgras, quedando en evidencia sus diferencias conceptuales y sus intentos de superación siempre dentro del paradigma alienista al cual adscriben.

En la Tercera Parte, sugestivamente titulada "*Bordeando la ortodoxia alienista*", se ocupa de aquellos desarrollos que no respondiendo a las coordenadas del alienismo generaron una producción de importancia en el campo de la psiquiatría. En este grupo describe la obra de Guislain, el alienista belga, que introdujo el concepto de *dolor moral* o *frenalgia* como momento inicial de cualquier afección psiquiátrica y su concepción unicista de la enfermedad mental punto de partida de la corriente antinosografista representada por Zeller, Griesinger y Neumann.

Pero si hay una entidad que se resiste a ser categorizada desde el discurso ortodoxo esa es la histeria, de ella se ocupa Huertas con un análisis histórico y epistemológico claro y preciso tendiente a mostrar aquellos intentos más o menos felices de "*Construcción de la histeria*", al interior del discurso médico. Entre ellos destacan los trabajos de Briquet (1796-1881) y Lasègue (1816-1883), pero el lugar central en el intento de fundamentación médica de la histeria le corresponde a Charcot (1825-1893) quien "... emprendió una revisión de la histeria aplicándole los principios impecables de la semiología médica desarrollada por la escuela de la Salpêtrière, estudiando la histeria como si de una enfermedad neurológica se tratara."

En la Cuarta Parte "*Dilemas terapéuticos*" pasa revista a los diferentes intentos de curar o simplemente tratar a la locura y los logros alcanzados, o no, en el siglo XIX, con algunas proyecciones sobre el siglo XX. El primero de

ellos corresponde al tratamiento moral: "...de la conjunción de lo individual y lo social surgió la noción de que la enfermedad mental respondía a una serie de causas denominadas morales mediante las que se quiso vincular situaciones de desequilibrio y agresión social con una etiología pasional. Intervenir sobre ella implicaba poner en marcha toda una batería de acciones específicas [...] Un tratamiento que precisaba de una infraestructura adecuada y que debía ser aplicado en instituciones especialmente diseñadas para tal fin". En ese contexto presenta el pensamiento de Daquin (1732-1815), Pinel (1745-1826), y Leuret (1797-1851). Con el correr del siglo dos situaciones van a modificar este enfoque terapéutico: 1) la posibilidad de establecer una profilaxis de la locura, pensada desde el modelo degeneracionista, basada en los principios de la higiene, de donde el alienismo deviene agente de normalización social o higienismo social, vertiente que culmina, décadas después, en la constitución de las *Ligas de Higiene Mental*; y 2) la transformación de los manicomios en depósitos de enfermos crónicos, considerados en general como irrecuperables con el consiguiente fracaso del modelo terapéutico del tratamiento moral.

No obstante algunos alienistas

franceses, como Morel, introdujeron en sus asilos el tratamiento que los ingleses llamaron *non-res-traint*, de Conolly (1794-1866) en adelante, inspirado en el pensamiento de William, Henry y Samuel Tuke. Se apunta aquí, fundamentalmente a la disminución o desaparición de los elementos coercitivos característicos del alienismo francés de la primera mitad del siglo XIX.

Finalmente el siglo culmina con el desmantelamiento del tratamiento moral, la inclusión de pautas cada vez menos restrictivas sobre los pacientes y el desarrollo de nuevas técnicas como la hipnosis y una incipiente farmacoterapia.

Ahora bien, ¿Qué nos puede brindar este excelente texto de historia de la clínica psiquiátrica del siglo XIX?: el placer de una lectura erudita, un recorrido por la clínica y semiología clásica, tan poco transitadas en estos tiempos, el reconocimiento de ciertos entramados histórico-sociales determinantes en la construcción de modelos psiquiátricos. Sin duda todas estas posibilidades son válidas para el lector, pero hay otra intención cara al pensamiento del autor: discernir el pasado con coherencia historiográfica pero desde y para el presente. Por ese motivo en el Epílogo nos dice: "... la histo -

CLEF
CAPACITACION EN LENGUA FRANCESA

Cursos de francés grupales e individuales

Cursos para profesionales

Traducciones e interpretaciones

Cursos en París

www.clef.com.ar

info@clef.com.ar

☎ 4373-7423

Av. Corrientes 1847 piso 12° E

ria también nos puede dar claves para percatarnos de errores, limitaciones, construcciones y tendencias que no debieran repetirse. Sería un error, en efecto, aceptar que el pensamiento psiquiátrico actual es el más avanzado y que a él se ha llegado gracias al desarrollo lineal y progresivo de la ciencia psiquiátrica en sí misma y desde sus orígenes; pero no sería menos peligroso pretender recuperar, sin más, el virtuosismo clínico de la psicopatología descriptiva del siglo XIX, sin tener en cuenta el contexto histórico y social en el que surgió o ignorando las múltiples novedades que en el ámbito de lo mental se han producido hasta los albores del siglo XXI."

"No olvidemos que cuando un trastorno, dolencia o padecimiento (mental o somático) recibe una etiqueta diagnóstica, siendo por lo tanto susceptible de ser clasificado y ordenado, se convierte en una construcción social (en el siglo XIX y en el siglo XXI) y que las enfermedades que cada sociedad reconoce como tales son, en mayor o menor medida, variables histórica y culturalmente dependientes."

"...La historia de la psiquiatría [...] debe pretender, entre otras cosas, explicar los cambios en los modelos psicológicos tendientes a la conceptualización de las conductas consideradas normales o patológicas; y debe ilustrar sobre las variaciones de la importancia social otorgada a los síntomas, trastornos y enfermedades. En definitiva, debe contribuir a la construcción de una teoría de la práctica que permita pensar, con los pacientes, cómo recuperar la libertad de pensamiento."

Sí, nada más y nada menos que a eso nos invita Rafael Huertas en esta época de dogmatismos globalizados: recuperar la libertad de pensamiento.

Norberto Conti

Enrique Carpintero y Alejandro Vainer. **Las Huellas de la memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y los '70. Tomo II: 1970-1983.** Buenos Aires, Topía Editorial, 2005, 446 págs.

El año pasado publicamos una reseña comentando el primer tomo de esta obra de Enrique Carpintero y Alejandro Vainer. Decíamos, entonces, que esperábamos con gran expectativa la segunda entrega. Hace unos meses que la misma está disponible entre nosotros. Al igual que el primero este libro se lee de un solo envión... la primera vez. Luego, se relee, con más calma. Podría decirse que el apresuramiento con el que nos vemos sumergidos en esa primera aproximación resulta inevitable –al menos para aquellos de la generación que vivió, ya en pleno ejercicio profesional, el período 1970-1983– porque entrar en el relato constituye un ejercicio de intensa reviviscencia de una etapa fundamental de nuestras vidas. Los autores logran, con una prosa escrita a paso de carga, imprimir a la historia ese desarrollo vertiginoso que caracterizó a aquella etapa. Los acontecimientos no daban resuello, apenas si se contaba con el tiempo para pensar algo, cuando un nuevo hecho de relevancia venía a superponerse sobre el anterior exigiendo un nuevo análisis y una renovada toma de posición.

Las teorías con las que nos aproximábamos a las prácticas se tensaban al máximo, exigidas a dar una respuesta en el contexto de una sociedad en crisis de parto para unos, de agonía o de locura para otros. Los enconos y voluntades se volvían metal hirviendo. Una brillante generación argentina de intelectuales, obreros, religiosos, estudiantes, decidió, resonando con lo que ocurría en otros escenarios mundiales (los países en guerra de liberación,

los movimientos universitarios de Francia, EE.UU., y muchos otros lugares, el evangelio de la liberación, la gesta guevarista, las luchas del peronismo revolucionario y de los partidos de izquierda...), tomar la historia en sus manos e imaginar un futuro diferente. Poderosos intereses se vieron apuntados por el dedo de los que exigían justicia social y democracia efectiva. Sin salida para expresarse y entrar en la vida cívica con derecho a la palabra y a la participación en su destino social y político la nueva generación se había criado con las asonadas militares arbitrando la vida nacional cada vez que las minorías conservadoras –apoyadas por las burocracias sindicales, clericales y políticas– convocaban a los cuarteles para recuperar el control de sus privilegios amenazados. Los versos de Raúl González Muñón que abren el primer Capítulo de *Las huellas de la memoria II*: "Quisiera subir al cielo/ ponerle gatillo a la luna/ y, desde allí fusilar al mundo/ para que esto cambie de una vez", ilustran magistralmente lo que venimos de decir. Ese era, a grandes trazos, el telón de fondo de la época que estudia el libro de Vainer y Carpintero. Su propósito específico, como lo anuncia el título de la obra es la investigación de la historia de nuestras profesiones en ese contexto.

En el primer Capítulo se analiza el surgimiento de la identidad que se volvería emblemática de las transformaciones de dicho campo *psi*: los trabajadores de la Salud Mental. Por su lado, en la trama del cuestionamiento de las instituciones apareció un movimiento que conmovió a la Asociación Psicoanalítica Argentina hasta sus cimientos. Fue el momento del pronunciamiento de los grupos Plataforma y Documento que nuclearon a los críticos de la APA y provocaron una ruptura paradigmática. El libro *Cuestionamos* plasmó esa ruptura, la fundamentó y la explicó, convirtiéndose en herramienta de trabajo para todos los que se acercaban a esa propuesta. Carpintero y Vainer describen cómo se vertebró, así, una corriente de pensamiento que, al calor de las movilizaciones masivas que recorrían el país, terminó fundando un lugar institucional basado en nuevos principios y propósitos: la Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental y su Centro



- Comunidad Virtual de psicoanalistas
- Cursos y libros virtuales
- Directorios internacionales
- Contenidos y servicios especializados

de Docencia e Investigación de la calle Thames en el barrio porteño de Palermo.

En el segundo Capítulo se estudia la conformación de la organización federal de los psiquiatras que cristalizó en una nueva dirección de la Federación Argentina de Psiquiatras (FAP); cuyo liderazgo conquistó una corriente progresista de especialistas fuertemente politizados que propugnaba una actividad gremial, política y científica con eje en la lucha antimanicomial y el desarrollo de una política de Salud Mental con centro en la comunidad. Un tramo de particular interés para los psiquiatras en el contexto actual de nuestra profesión y nuestras organizaciones gremiales.

Vainer y Carpintero describen con profusión de datos, surgidos de fuentes primarias escritas y testimonios actuales, cómo la diáspora de los psicoanalistas de la APA se orientó a nutrir experiencias hospitalarias, articulándose con las experiencias innovadoras de las comunidades terapéuticas y los intentos de desarrollo de una psiquiatría social (el Hospital Estevez, el Lanús, los Centros de Salud Mental, etc.).

Se explica después la manera en que la típica voracidad cosmopolita del ambiente intelectual argentino incorporó, simultáneamente, diversos aportes conceptuales como los de la antipsiquiatría (es muy interesante el relato que se incluye en el Capítulo III, de las circunstancias y efectos del pasaje de David Cooper por el Buenos Aires de entonces) o las ideas de Maxwell Jones, mientras el pensamiento de Jacques Lacan se instalaba en nuestro medio y cristalizaba en instituciones para quedarse y pasar a ser un componente in-

sitadamente vital a nivel mundial de la corriente que fundó el psicoanalista francés.

En el capítulo IV los autores dan cuenta de lo ocurrido en el ámbito de la psicología: la publicación de la *Revista Argentina de Psicología*, el rol profesional del psicólogo, las experiencias grupales, que son estudiados minuciosamente.

El Capítulo V es central en la obra. *Las huellas de la memoria* nos duelen en ese pasaje de manera casi insoportable y se instala un emocionado silencio en las páginas del libro que nos proyectan en una prolongada *reverie* hacia rostros de amigos, escenas compartidas con ellos en el hospital, mates y ginebras al calor de encendidas discusiones. Con el título "*La desaparición de la Salud Mental*" se presenta la cruda realidad del destino sufrido por muchos trabajadores de la Salud Mental a partir del momento en que tomó por asalto el poder la Junta Militar, el 24 de marzo de 1976. Los autores presentan allí, a partir de una investigación original realizada en diversos archivos (CELS, Familiares de Desaparecidos y Detenidos por Razones Políticas, CONADEP y Federación de Psicólogos de la República Argentina) una lista de las víctimas de la dictadura pertenecientes al campo *psi*. Se incluye lacónicamente, con la fuerza de los nombres, uno tras otro, por decenas, hasta totalizar 176, la lista de los que fueron detenidos-desaparecidos por los ejecutantes del Terrorismo de Estado.

Innumerables testimonios y análisis de fuentes permiten acceder a una detallada información sobre el accionar represivo en el seno de las instituciones científicas, gremiales y asistenciales de la Salud Mental y

de enseñanza universitaria. En ese marco se da cuenta de la evolución de las instituciones psicoanalíticas, su posición frente a la dictadura y el ejercicio del psicoanálisis. Resulta imposible, por la masa de datos que ofrece la obra enumerar siquiera el conjunto de los mismos. Sólo su atenta lectura permite tomar idea de la amplitud de la crónica realizada por los autores.

Después sigue la historia en la que ya nada volvió a ser igual. Cayó la dictadura ahogada en su propia debacle corrupta y criminal empujada por las movilizaciones por los derechos humanos y la tragedia malvinense. Las nuevas generaciones llegaron, como todas, con sus esperanzas y proyectos. Se hizo necesario reconstruir desde adentro instituciones y personas, nosotros mismos, todos, en una tarea que se prolonga hasta el presente. El terror de aquellos años dejó dolores y parálisis en el pensamiento que es necesario romper, elaborar, superar. Ha sido y es necesario recomponer el tejido transgeneracional, transmitir y re-fundar. Se está en esa tarea. El país no se ha despojado de las contradicciones que eclosionaron con furor genocida en aquellos años. Queda un futuro por transformar, en un mundo en transformación, con nuevo guión para sus actores. Enrique y Alejandro dan ejemplo de una labor encarnizada por guardar la memoria como herramienta para actuar en el presente. Sus tomos acompañarán como referentes a todos los que quieran incursionar en un trabajo similar de detalle y profundización historiográfica y a todos nos servirán como auxilio para mantener siempre claras las huellas de nuestra memoria.

J. C. Stagnaro

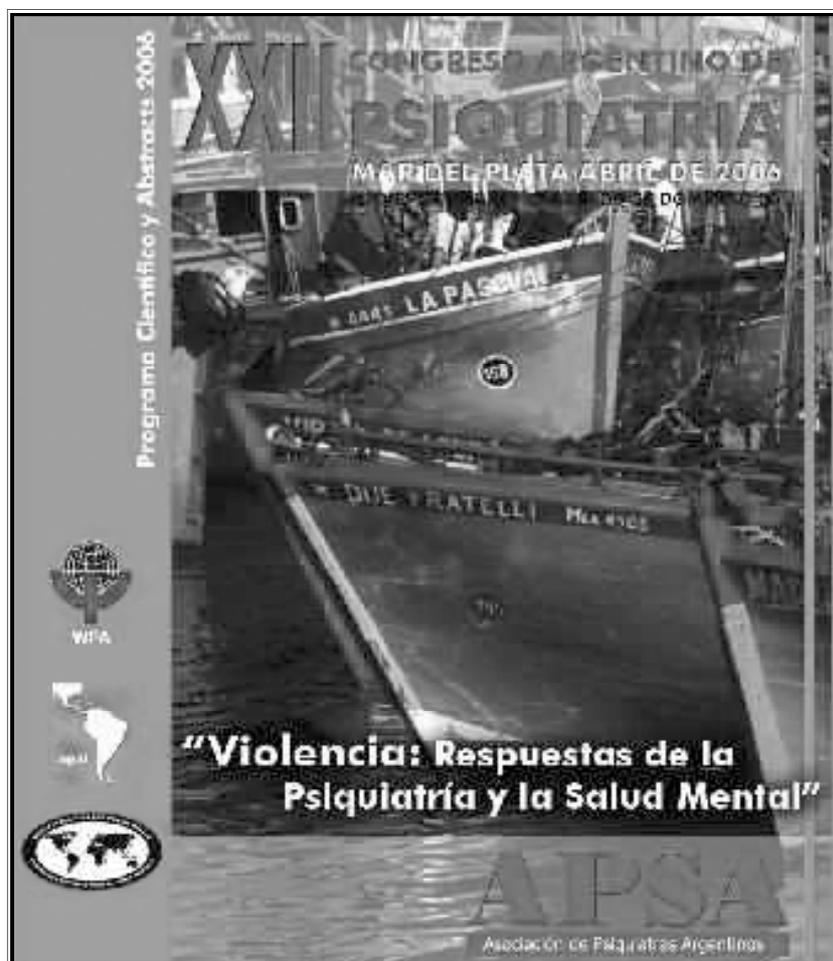


CONVOCATORIA de TOPIA: "RECORDAR ES UN DEBER"
PETITORIO PARA UNA PLACA EN MEMORIA DE LOS TRABAJADORES DE SALUD MENTAL DETENIDOS-DESAPARECIDOS

Topia convoca a reunir firmas para solicitar a la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la imposición de una placa con los nombres de los profesionales y trabajadores de la salud mental desaparecidos, en el lapso del 24/03/76 al 10/12/83. Proponen que dicha placa sea colocada en el lugar emblemático donde funcionaron la "Coordinadora de Trabajadores de Salud Mental" y el "Centro de Docencia e Investigación", en la calle Thames 2472, del barrio de Palermo.

Adhiera con su firma a esta propuesta.
 Información: <http://www.topia.com.ar>

SEÑALES



XXII CONGRESO ARGENTINO DE PSIQUIATRIA *"VIOLENCIA: Respuestas de la Psiquiatría y la Salud Mental"*

27 al 30 de abril de 2006 - Hotel Sheraton
Mar del Plata. Argentina

Co-Organizado con las Sociedades Psiquiátricas
del Nordeste Argentino

Informes e inscripción:

APSA – Rincón 355, Cap. Fed.
Tel. (011) 4952-1249 / (011) 4952-1534
congreso2006@apsa.org.ar
www.apsa.org.ar