

IDENTIDADES TRANS Y NO BINARIAS.
DESDE LA CLÍNICA A LAS NEUROCIENCIAS

Di Segni / Ferraro / Vidal

Director:
Juan Carlos Stagnaro
 Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert
 Secretario:
Martín Nemirovsky

Comité Científico

ARGENTINA: F. Álvarez, M. Cetkovich Bakmas, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, A. Monchablón Espinoza, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, A. Ravenna, E. Rodríguez Echandía, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, P. Zöpke Austria: P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz. **ESPAÑA:** V. Barembli, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** H. Casarotti, A. Lista, E. Probst. **VENEZUELA:** C. Rojas Malpica.

Comité Editorial

Martín Agrest (Proyecto Suma); Patricio Alba (Hospital "Torcuato de Alvear"); Norberto Aldo Conti (Hospital "José T. Borda"); Juan Costa (Centro de Atención Primaria CeSAC 24, GCBA); Gabriela S. Jufe (Hospital "Torcuato de Alvear"); Eduardo Leiderman (Universidad de Palermo); Santiago Levín (Universidad de Bs. As.); Daniel Matusevich (Hospital Italiano de Bs. As.); Alexis Mussa (Medicus); Martín Nemirovsky (Proyecto Suma); Federico Rebok (Hospital "Braulio A. Moyano"); Esteban Toro Martínez (Cuerpo Médico Forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación); Hugo Pisa (Consultor independiente); Fabián Triskier (Consultor independiente); Ernesto Wahlberg (Consultor independiente); Silvia Wikinski (CONICET).

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); E. Mata (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); M. Outes (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. L. Tuñón. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RÍO 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. **TUCUMÁN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artiles 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, piso 5
 (1093), Buenos Aires, Argentina
 Tel./Fax: 54(11)4383-5291
 E-mail: editorial@polemos.com.ar
 www.editorialpolemos.com.ar

Corrección técnica de textos:
 Natalia Fuertes

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@easy.net.fr

Impreso en:
 Imprenta Ya,
 Av. Mitre 1761 - Florida
 Buenos Aires, Argentina

Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

El objetivo de la revista VERTEX es difundir los conocimientos actuales en el área de Salud Mental y promover el intercambio y la reflexión acerca de la manera en que dichos conocimientos modifican el corpus teórico en que se basa la práctica clínica de los profesionales de dicho conjunto disciplinario.

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXXI Nro. 149 ENERO_FEBRERO 2020

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.ar

Artista: Silvia Elena Muller
Título: "Fronteras quebradas"
Técnica mixta.
23cm x 18cm
Marzo 2020
Correo electrónico:
silmuller@hotmail.com

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

• Una revisión sobre los Trastornos Espontáneos del Movimiento (TEM) en la esquizofrenia

Daniel Sotelo, Romina Capellino, María José Flores Moure, Verónica Grasso pág. 5

• Relación entre *bullying* y conductas suicidas en adolescentes: una revisión sistemática

Gonzalo Galván, Lina María Castilla Chaverra, Marje de Jesús Garces Ricardo, Francisco Javier Vásquez De la Hoz, Manuel Francisco Guerrero Martelo, Laura Juliana Bachelot Aceros, Jairo Torres Oviedo pág. 13

• Comparación de las características de los sueños en mujeres embarazadas y en mujeres no gestantes

Stella Maris Valiensi, Gustavo Hernán Izbizky pág. 21

• Encuesta sobre las opiniones en torno a la ley de interrupción voluntaria del embarazo en profesionales de Salud Mental en Argentina

Juan Cristóbal Tenconi, Maximiliano Cesoni, Mariana Lagos, Viviana A. Peskin pág. 27

• Prevalencia de depresión y ansiedad probables en estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Luis I. Martínez Amezaga, Luciano Casanovas, Héctor M. García pág. 34

DOSSIER

IDENTIDADES TRANS Y NO BINARIAS.

DESDE LA CLÍNICA A LAS NEUROCIENCIAS

• Despatologizar a las subjetividades trans, educar en la diversidad: una deuda de la psiquiatría

Silvia Di Segni pág. 45

• El sexo del cerebro: entre ciencia e ideología

Catherine Vidal pág. 55

• El estigma en psiquiatría: un repaso desde sus antecedentes, a su actualidad

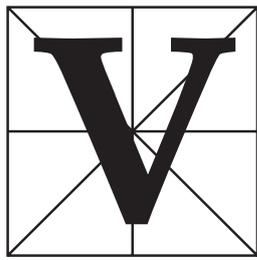
Juan Manuel Ferraro pág. 62

• Fragmentos

pág. 70

LECTURAS Y SEÑALES

Daniel Matusevich pág. 79



EDITORIAL



Desde hace tres décadas, muchas organizaciones internacionales (OMS, OPS, etc.), investigadores y responsables de políticas sanitarias nacionales, propugnan la atención de la salud mental en clave comunitaria eliminando los hospitales psiquiátricos. En el momento actual, en la Argentina, existe una fuerte controversia respecto de la aplicación en el presente año 2020, del artículo 27 de la ley de Salud Mental 26.657, que dispone la "sustitución definitiva" de las instituciones "monovalentes" (término inadecuado para denominar a los hospitales psiquiátricos especializados) por dispositivos comunitarios, y derivar la internación de pacientes en el periodo de crisis a servicios de hospitales generales (artículo 28). Sin embargo, carecemos de investigación clínica acerca de si esa sustitución es posible en todos los casos o si los servicios en hospitales generales deben quedar reservados a ciertas situaciones clínicas y reservar la atención en hospitales especializados para otras. La ley 26.657 fue promovida en su momento por un conglomerado de sectores que propugnaban esa medida en defensa de los derechos humanos de los pacientes internados en nuestros viejos, deteriorados y desfinanciados hospitales -únicos lugares de recepción de la locura pobre y desamparada- en coincidencia con otros actores que, bajo el manto ideológico de la "desmanicomialización", ocultaban propósitos de disminución del gasto en salud, funcionales a las políticas económicas neoliberales. Sin embargo, poquísimos o nada se ha hecho para volver esa propuesta viable, y la situación económica del país hoy vuelve tal medida impracticable; so pena de arrojar abruptamente a la calle a los pacientes y dejar sin trabajo a quienes los atienden en dichas instituciones. Pero, más allá de los inconvenientes de la coyuntura socio-económica y de las falencias de una ley que, como lo advertimos hace una década, no traccionó la realidad como lo suponía y lo esperaba cierto romanticismo antipsiquiátrico, empieza a despuntar otra reflexión, que saca dicha discusión del restringido plano ideológico y la sitúa en un más juicioso y documentado enfoque sanitario: tal como lo propone el lema del próximo congreso de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA): "Psiquiatría y Salud Pública".

Según un interesante estudio publicado muy recientemente por Isabel M. Perera, investigadora de la Universidad de Pennsylvania, en la revista Psychiatric Services in Advance, la creencia de que la atención en hospitales psiquiátricos especializados es antagónica con una red de servicios intermedios en la comunidad "se basa en evidencia no corroborada, y los datos internacionales cuestionan su validez". En ese artículo la autora explica, cifras y citas de otros trabajos que van en el mismo sentido, al apoyo, que la coexistencia de centros especializados (entendemos de giro cama rápida y provistos de todos los recursos psico, socio y farmacoterapéuticos, así como de una estructura, desde su concepción arquitectónica hasta el personal multidisciplinario especializado de los que dispone la psiquiatría actual) y una red de servicios intermedios en la comunidad, adecuadamente articulados en su conjunto, son sinérgicos para lograr una atención en salud mental de mejor calidad. Perera señala en su artículo que la investigación transversal no ha demostrado de manera concluyente que las personas con trastornos mentales que acceden a los servicios comunitarios evolucionen mejor que las personas que reciben atención institucional, que la desinstitutionalización no carece de riesgos, como son, entre otros, la falta de vivienda, la negligencia o el encarcelamiento, y concluye que "La atención comunitaria y los servicios de hospitalización parecen ser complementos, no sustitutos". Esperamos encontrarnos en el congreso de APSA para avanzar en esta discusión, basados en datos fehacientes, y proyectar, así, un mejor sistema de atención psiquiátrica en nuestro país. ■

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

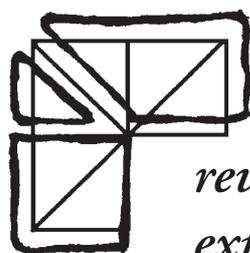
Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio www.editorialpolemos.com.ar

MÉTODO DE ARBITRAJE

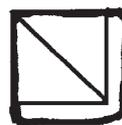
Los trabajos enviados a la revista son evaluados de manera independiente por un mínimo de dos árbitros, a los que por otro lado se les da a conocer el nombre del autor. Cuando ambos arbitrajes son coincidentes y documentan la calidad e interés del trabajo para la revista, el trabajo es aceptado. Cuando hay discrepancias entre ambos árbitros, se solicita la opinión de un tercero. Si la opinión de los árbitros los exige, se pueden solicitar modificaciones al manuscrito enviado, en cuyo caso la aceptación definitiva del trabajo está supeditada a la realización de los cambios solicitados. Cuando las discrepancias entre los árbitros resultan irreconciliables, el Director de VERTEX toma la decisión final acerca de la publicación o rechazo del manuscrito.

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2020

***Vertex 149 / Enero - Febrero
IDENTIDADES TRANS Y
NO BINARIAS. DESDE LA CLÍNICA
A LAS NEUROCIENCIAS***



*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*



Una revisión sobre los Trastornos Espontáneos del Movimiento (TEM) en la esquizofrenia

Daniel Sotelo¹, Romina Capellino²,
María José Flores Moure³, Verónica Grasso³

1. Médico Psiquiatra, Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba.

2. Médica Psiquiatra, NEA, Neurociencias Aplicadas, San Carlos de Bariloche.

3. Médica, Posgrado de Psiquiatría del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba.

Autor correspondiente: Daniel Sotelo, E-mail: danielgsotelo@gmail.com

Resumen

Los trastornos espontáneos del movimiento son observados con elevada frecuencia en la esquizofrenia. Conforman, junto con los síntomas negativos y cognitivos, aquellas manifestaciones más ligadas al deterioro de esta compleja condición, aunque son insuficientes para realizar el diagnóstico. Cuando los síntomas psicóticos se expresan, estos fenómenos seguramente han estado generando consecuencias deletéreas durante años. Dentro de estos componentes intrínsecos, los trastornos motores son los más postergados, paradójicamente, como consecuencia del progreso de la farmacoterapia.

El tratamiento con antipsicóticos modificó la clínica de la esquizofrenia al producir mejorías en síntomas positivos, desorganización y agitación, pero también produjeron un cambio de otro orden, con los efectos colaterales que, muchas veces, ofrecen dificultad en ser distinguidos de la propia patología. Sobre todo, los neurolépticos comparten en mayor o menor medida la producción de síntomas extrapiramidales, expresados clásicamente en alteraciones motoras. Por ello, muchas veces se asocian, equivocadamente, estos movimientos anormales a la medicación antipsicótica de manera excluyente, ensombreciendo a aquellas manifestaciones motoras primarias.

El objetivo de este trabajo es destacar características, importancia y relación con la terapéutica convencional de los trastornos espontáneos del movimiento en la esquizofrenia.

Palabras clave: Esquizofrenia - Discinesias - Dopamina - Movimientos involuntarios anormales - Trastornos espontáneos del movimiento - Antipsicóticos.

A REVIEW ABOUT SPONTANEOUS MOVEMENTS DISORDERS IN SCHIZOPHRENIA

Abstract

Spontaneous movements disorders are frequently observed in schizophrenia. Together with the negative and cognitive symptoms, they comprise manifestations more linked to the damage of this complex condition, although they are insufficient to make the diagnosis. When the psychotic symptoms express these phenomena, they have probably been causing deleterious effects for years. Within these intrinsic components, motor disorders are the most delayed, paradoxically, as a consequence of the progress of pharmacotherapy. Treatment with antipsychotics modified the clinical symptoms of schizophrenia by developing improvements in positive symptoms, disorganization and agitation, but also produced a change of another order, with the side effects that, many times, had difficulty in being distinguished from the pathology itself. Above all, the specific neuroleptics share to a greater or lesser extent of the production of extrapyramidal symptoms, classically expressed in motor alterations. Therefore, these abnormal movements are often mistakenly associated with antipsychotic medication in an exclusive manner, overshadowing primary motor manifestations.

The objective of this work is to highlight the characteristics, importance and relationship with the conventional therapy of spontaneous movements disorders in schizophrenia.

Keywords: Schizophrenia - Dyskinesias - Dopamine - Abnormal involuntary movements - Antipsychotics - Spontaneous movements disorders.

Introducción

Los trastornos motores en pacientes que padecen esquizofrenia son conocidos desde épocas previas a la introducción de los antipsicóticos (1). No obstante, este recurso terapéutico cambió la clínica de la enfermedad, tanto por sus efectos terapéuticos cuanto por sus efectos adversos. Temblor, rigidez, bradicinesia, trastornos espontáneos del movimiento (TEM) y otras alteraciones de la motilidad se asocian, muchas veces exclusivamente a los efectos secundarios de los fármacos utilizados para el tratamiento. Este es un concepto inexacto, ya que hay suficiente evidencia para considerar a los TEM como parte de la clínica de la esquizofrenia y esto puede tener implicancias teóricas, terapéuticas, pronósticas y medico legales.

Es cierto que el descubrimiento de los antipsicóticos además de un avance en el tratamiento significó un gran progreso en la investigación de la enfermedad. El conocimiento de su mecanismo de acción promovió la investigación sobre la fisiopatología, con la dopamina en el centro de la escena, puesto que todos los antipsicóticos son anti dopaminérgicos. Pero dentro de los "efectos adversos" de este progreso terapéutico se puede contar la apatía provocada hacia los trastornos motores no vinculados a la mediación.

El objetivo del presente trabajo es remarcar, cuáles son las características, la frecuencia, la importancia y el valor clínico, pronóstico y conceptual de los trastornos motores en la esquizofrenia.

Metodología

Se utilizó como metodología la búsqueda bibliográfica en libros y tratados de la especialidad y en los registros de Medline, sin límite temporal. Se incluyeron artículos desde 1983 a 2017, en inglés y español. Se utilizaron palabras clave y búsquedas combinadas de palabras que involucran trastornos espontáneos del movimiento en esquizofrenia. Los términos de búsqueda que utilizados

para recopilar la información incluyeron esquizofrenia, discinesias, discinesias espontáneas, parkinsonismo, dopamina, movimientos involuntarios anormales, trastornos espontáneos del movimiento, antipsicóticos, hitos tempranos del desarrollo motor.

Dopamina y esquizofrenia

Arvid Carlsson fue uno de los principales investigadores que aportó al desarrollo del conocimiento de la neurobiología de esta enfermedad. Demostró la presencia de dopamina en el cerebro, estableció su entidad como neurotransmisor y su distribución regional (principalmente en los ganglios de la base) y su función en la regulación de la actividad motora dentro del sistema extrapyramidal (2, 3).

Derivado de sus trabajos se postuló la "hipótesis dopaminérgica de la Esquizofrenia", aunque haya muchos otros factores involucrados. No obstante, no quedan dudas respecto de que la dopamina regula la actividad motora, en la esquizofrenia hay un desequilibrio en sus circuitos y todos los antipsicóticos son anti dopaminérgicos.

Se conoce que exceso de la actividad dopaminérgica se encuentra en la vía mesolímbica y se vincula a trastornos motores hiperkinéticos y síntomas psicóticos. Paralelamente, se verifica una actividad disminuida en la vía mesocortical, sobre todo a nivel de la corteza prefrontal relacionada a síntomas negativos y cognitivos (4).

Con la llegada de los antipsicóticos se modificó la presentación de la enfermedad. Mejoraron los síntomas positivos y la agitación, pero agregaron sus efectos adversos. Sobre todo, los neurolepticos que comparten en mayor o menor medida la producción de síntomas extrapyramidales, expresados de manera manifiesta, aunque no exclusivamente, en la actividad motora del paciente. Aquí radica un problema frecuente, muchas veces se asocian, equivocadamente, estos movimientos anormales propios de la enfermedad, como consecuentes a la medicación antipsicótica de manera excluyente (5).

Esto produce una subestimación que incluso alcanza al propio estudio del fenómeno. Los movimientos anormales involuntarios permanecen sub estudiados probablemente por ser largamente atribuidos a los antipsicóticos (6).

Tan natural es la asociación entre síntomas motores y medicación que mucha de la propia bibliografía especializada lo rubrica. Sobre discinesia tardía, por ejemplo: *“Con este término se engloban una serie de movimientos anormales que aparecen tardíamente después de terapias con neurolépticos”* (7).

Hasta el DSM 5 continúa clasificando al parkinsonismo y la discinesia tardía como trastornos del movimiento inducidos por la medicación (8).

Trastornos espontáneos del movimiento

Los síntomas extrapiramidales mayormente asociados a los neurolépticos son distonías agudas, parkinsonismo y discinesia tardía, pero varios déficits motores son observados en individuos con esquizofrenia, aun cuando nunca han sido medicados. Tales trastornos incluyen movimientos involuntarios anormales, *softs neurological signs*, síntomas catatónicos, retardo psicomotor y signos parkinsonianos (9, 10).

Los movimientos anormales vinculados a los antipsicóticos pero que con mayor frecuencia se presentan de forma independiente parecen ser el parkinsonismo y la discinesia tardía. Los reportes para otros movimientos como distonías agudas y acatisia son menos y los resultados no son concluyentes (11).

La discinesia se caracteriza por movimientos coreoatetoides involuntarios, con mayor frecuencia en la lengua, la boca o las extremidades y los síntomas parkinsonianos clásicos incluyen rigidez, bradicinesia y temblor.

Estudio de los trastornos espontáneos del movimiento

Existen varias formas de estudiar la presencia espontánea de trastornos en el movimiento. Teniendo en cuenta las descripciones de autores previas a la introducción de los antipsicóticos y los estudios estadísticos de ese mismo periodo y, en el presente, a través de estudios de pacientes que no han estado expuestos a la medicación.

Dentro de las descripciones previas se encuentra Karl Kleist quien hizo un enorme desarrollo sobre lo que llamaba psicosis de la motilidad (12). Por otro lado, Khalbaum describió el síndrome catatónico en 1874 (13) y Kraepelin detalló trastornos motores en sus pacientes: *“Los actos de nuestros pacientes a menudo terminan en formas cambiadas mórbidamente. Inclusive simples movimientos pueden manifestar cambios de esta clase. A veces, son llevados a cabo con un gasto demasiado grande de fuerza, o participan grupos innecesarios de músculos, o se utiliza una porción excesiva de los miembros, de modo que resultan sin gracia y torpes; o no son terminados, comienzan y terminan bruscamente y por lo tanto parecen rígidos, inexpresivos y*

angulares. Otros pacientes también arriban a la meta del movimiento, no por el camino más corto, sino mediante rodeos, con todo tipo de cambios y de interpolaciones; agregan gestos ceremoniosos por los cuales el movimiento se vuelve antinatural, afectado y manierístico. [...] los procesos de respirar, hablar y escribir, estar parado y caminar, vestirse y desvestirse, dar la mano y comer, fumar, los gestos y el modo de ponerse a trabajar pueden ser influenciados y transformados en los modos más variado” (14).

Kraepelin expone una motilidad afectada por inexpressividad, rigidez, manierismos, estereotipias y atetosis.

Aún antes de los trabajos de estos autores clásicos, en un estudio retrospectivo de reporte de casos de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tratados entre 1850 y 1889, se documentan trastornos de movimientos similares a discinesia tardía en el 28% de ellos (15).

Las discinesias espontáneas y el parkinsonismo han sido reportados en pacientes esquizofrénicos nunca medicados, y han sido indicados como una parte integral de la evolución de la enfermedad (16, 17). Lipton A, Cancro R. señalan que *“Los movimientos coreoatetoides de los miembros e involuntarios de la región bucal pueden deberse a discinesia tardía, pero antes del advenimiento de los antipsicóticos se observaban en la esquizofrenia. El 10-25% de los esquizofrénicos exhibe anomalías motoras no vinculadas con la medicación”* (18).

Hay suficiente evidencia para considerar que *“una amplia variedad de anormalidades neurológicas ha sido reportadas en individuos con esquizofrenia quienes nunca han sido tratados con medicación antipsicótica. Estos incluyen discinesias, parkinsonismo o signos extrapiramidales, signos neurológicos blandos y disminución de la percepción del dolor”* (19).

Trastornos espontáneos del movimiento, frecuencia

Si la presencia es indudable, la frecuencia varía según los autores, llegando a reportarse cifras de presencia de síntomas en el 53% de los pacientes nunca medicados (20, 21, 22, 23). La mayoría de los datos, menos tendientes a los extremos hablan de entre el 15 al 23% de prevalencia de movimientos anormales (20).

Es importante remarcar lo que acontece en particular con la discinesia tardía, que normalmente alude a la provocada por la administración de antipsicóticos por períodos prolongados (24). No obstante, manifestaciones motoras indistinguibles de la discinesia tardía se observan en pacientes que nunca recibieron la medicación a la que se asocia, en una proporción que varía entre el 4 y el 11% y que su presencia *“particularmente la discinesia orofacial, parece ser parte de la presentación clínica de la esquizofrenia, sugiriendo que puede ser intrínseco a la fisiopatología de esa condición”* (25).

TEM de gravedad

Uno de los aspectos destacados del estudio de los TEM es su valor clínico y predictivo, a través de la vincu-

lación con ciertas formas clínicas. Su presencia se asocia a síntomas negativos, hebefrenia, deterioro cognitivo y curso crónico (20).

Esto tiene una connotación importante. Según esta perspectiva, algunas discinesias, sobre todo las orofaciales (fuertemente asociado a la medicación por su frecuencia y por su carácter clínico), podrían representar trastornos espontáneos del movimiento asociados a hebefrenia o formas deficitarias de esquizofrenia, con pronósticos más desfavorables.

Por otro lado, hay evidencia de que los pacientes con discinesia tardía tratados con neurolepticos tienen un mayor grado de desarrollo de síntomas negativos, disfunción cognitiva, signos neurológicos blandos que aquellos medicados, pero sin discinesia. Es razonable pensar que la emergencia de movimientos anormales, además de un efecto colateral de la medicación, puede también representar un trastorno motor asociado a la enfermedad o bien revelar una mayor predisposición a la aparición de tales trastornos del movimiento. Y, además, el riesgo de discinesia sería mayor en pacientes con síndrome deficitario (20).

En la clásica subdivisión de Crow de la esquizofrenia en dos síndromes, las discinesias tienen un valor destacado. El tipo I es a predominio de síntomas positivos, curso agudo, ausencia de deterioro intelectual y tiene una buena respuesta al tratamiento. El tipo II con síntomas negativos, curso crónico a estado defectual y posibilidad de deterioro intelectual, presenta pobre respuesta terapéutica (26). Las discinesias están más estrechamente relacionadas con las manifestaciones a largo plazo de la enfermedad que con su tratamiento, es muy posible que se los considere parte del síndrome de Tipo II (27) y, en ese sentido, pueden constituirse en un elemento semiológico de interés.

Dicho de otro modo, frente a un TEM siempre hay que tener en cuenta la posibilidad de que sea un componente propio de la enfermedad y un posible marcador clínico y evolutivo.

TEM en el primer episodio

La mayoría de la información sobre trastornos motores espontáneos derivan estudios de pacientes crónicos que no han estado expuestos a tratamiento. Pero también hay evidencia sobre lo que ocurre en el momento del primer episodio de pacientes que no han sido expuestos a antipsicóticos. La presencia de parkinsonismo oscila entre el 2 a 3% (28) y el 27% (29). La tasa de prevalencia mediana del parkinsonismo es del 17%; es decir alrededor de 1 de cada 6 pacientes, una proporción similar a la reportada para los pacientes crónicos no tratados. La rigidez muscular es el signo parkinsoniano más común. La diada rigidez y bradicinesia, su tipo acinéutico, parece ser más frecuente que las manifestaciones no acinéuticas, como el temblor, la sialorrea y el reflejo glabellar (11, 30). La tasa de prevalencia media de la discinesia espontánea es de 9%. Variando entre márgenes de reporte del 0% (31) al 14% (32).

Pappa y Dazzan observaron que *“La presencia de discinesia en pacientes con esquizofrenia constituye un fenómeno complejo y heterogéneo. Por lo tanto, algunos movimientos coreoatetoides anormales parecen ser intrínsecos a la patogénesis de la enfermedad, y ocurren espontáneamente incluso en las primeras etapas del proceso”* (11).

En cuanto al parkinsonismo son interesantes los resultados obtenidos por Balda y cols. en una población del norte de nuestro país sin acceso a tratamiento. Como se esperaba, se encontró parkinsonismo en los pacientes que nunca habían realizado tratamiento (33), pero además se constató una mayor hipercogénicidad de la sustancia negra, que constituye un marcador de parkinsonismo medicamentoso y que también se encuentra en enfermedad de Parkinson idiopática (34, 35). Este hallazgo podría delimitar un grupo de pacientes con mayor predisposición a síntomas negativos y un curso más severo (35).

Además, dentro de este grupo de pacientes con TEM con pronóstico menos favorable habría una mayor susceptibilidad a los efectos secundarios extrapiramidales de los antipsicóticos y mayor refractariedad del tratamiento (36). Por lo tanto, es necesario desarrollar herramientas que permitan su identificación, pues las dificultades en la evolución de este grupo de pacientes no se remiten solo a causas propias de la enfermedad, sino que, variables relacionadas con el tratamiento (como la elección del tratamiento farmacológico) podrían complejizar aún más sus perspectivas.

En resumen, la discinesia y el parkinsonismo son evidentes ya en el primer episodio de pacientes que no han sido expuestos a medicación. Esto nos permite pensar a estos trastornos como una disfunción subyacente a la enfermedad más que un proceso neurodegenerativo, fortaleciendo la hipótesis del componente neuromotor de la esquizofrenia. Es factible que la medicación, el envejecimiento y la neurodegeneración pueden contribuir aún más a su aparición o modificar su expresión.

TEM y deterioro cognitivo

La convivencia de síntomas motores y deterioro cognitivo ha sido observada pero la relación entre ambas no ha sido tan estudiada. Los pacientes con esquizofrenia que también presentan parkinsonismo realizan peores pruebas cognitivas que aquellos sin deterioro parkinsoniano, independientemente de la gravedad de la psicopatología, la sedación, la acatisia y la discinesia (37).

La presencia de parkinsonismo muestra fuerte asociación con déficits en memoria, funcionamiento ejecutivo y atención. En sujetos con psicopatología crónica y sin experiencia de tratamiento, así como también en familiares no afectados, la alteración motora parkinsoniana predice el deterioro cognitivo (38).

El impacto mayor de la esquizofrenia se encuentra en el área social e interpersonal y estas dificultades están estrechamente ligadas al deterioro cognitivo. Pero faltan indicadores clínicamente útiles y predictores de esta disfunción cognitiva.

En este sentido, el parkinsonismo puede predecir de manera confiable la función cognitiva incluso en familiares no afectados. Estos datos pueden ser importantes a la hora de aportar elementos de valoración de riesgo para pacientes o familias y profundizar en el estudio de características clínicas de la enfermedad que permitan delimitar subtipos. Entre ellos la que se asocia con deterioro motor y deterioro cognitivo, que podría comenzar con las alteraciones de la motilidad y que entrañan un pronóstico más sombrío.

TEM y riesgo aumentado de Discinesia Tardía

Una consecuencia concreta y problemática del desconocimiento de la cualidad intrínseca de los TEM es tratarlos como efectos adversos de la medicación, habitualmente con anticolinérgicos como el biperideno o el trihexifenidilo,

El uso de anticolinérgicos puede conducir a un deterioro del curso de la enfermedad, al provocar síntomas cognitivos y aparición de delirios, con la agregada dificultad de tener que distinguir, una vez más, si estos son primarios o secundarios. Además, aunque el tema continúa siendo controvertido, el uso prolongado de anticolinérgicos en estos pacientes se podría asociar a lo que, en estos casos, conformaría un verdadero círculo vicioso, mayor predisposición a la aparición de discinesia tardía. En otras palabras, el tratamiento de las discinesias podría conducir a la aparición de más discinesias (5, 39, 40, 41).

TEM como marcadores de riesgo familiar

Los TEM pueden encontrarse en familiares de los pacientes que no padecen la enfermedad y, en ese caso, configurarse como un marcador de riesgo.

En este sentido, en un meta-análisis de 2010 se halló una fuerte asociación entre esquizofrenia con discinesia y parkinsonismo (como se esperaba), pero también resultados positivos para la presencia de estos trastornos motores en familiares de primer grado no enfermos (42).

De la misma forma que en los pacientes del norte de nuestro país con las anormalidades descritas en la hipercogenidad en la sustancia nigra y el aumento del parkinsonismo, estas anomalías se observan en familiares de primer grado, aunque en menor medida (33).

Esto puede ser importante, ya que los trastornos del movimiento no solo representan un marcador evolutivo de la enfermedad, sino que pueden vincularse como marcador con el riesgo (genético) de desarrollar la enfermedad en personas que no la padecen.

Hitos tempranos del desarrollo motor

Una vía promisoriosa del estudio de la motilidad es la investigación del desarrollo motor y la posible presencia en el de marcadores de riesgo para el desarrollo de esquizofrenia. Esto supone la búsqueda de elementos presentes muchos años antes de la aparición de la psicosis

que permiten vislumbrar algún tipo de vulnerabilidad remota.

En poblaciones de alto riesgo, se ha informado retraso en el desarrollo motor y destrezas motrices deterioradas en individuos que posteriormente desarrollaron esquizofrenia (43). En 1972, una muestra de 265 niños daneses de 11–13 años fueron filmados en condiciones estandarizadas mientras almorzaban. En 1991, el análisis de esas cintas demostró que aquellos niños que luego desarrollaron la enfermedad expresaron mayores déficits sociales y/o neuromotores (44). Asimismo, la observación de películas caseras filmadas por los padres durante la infancia de pacientes arrojó resultados similares (45). Y se hallaron también en estudios de cohortes en niños de 4 a 7 años que luego desarrollaron esquizofrenia (43).

Sin embargo, estos precursores neuromotores (por ejemplo, movimientos involuntarios de manos, brazos, sonrisa, movimientos oculares tipo nistagmus, elevación del codo, movimientos involuntarios de la cara) son sutiles y pueden carecer de especificidad suficiente para ser considerados (al menos por sí mismos) como marcadores para la prevención primaria (46).

Se han estudiado también los llamados hitos o logros tempranos del desarrollo motor tales como la deambulación, como predictores de desarrollo de esquizofrenia, aunque la revisión de estos no ha sido muy sistemática (42, 47, 48).

Las variables de los hitos tempranos del desarrollo motor más estudiadas incluyen deambulación, pararse y sentarse sin apoyo, sostener la cabeza y tomar objetos con la mano. Hay otros hitos identificados como voltearse, tocar los pulgares con el dedo índice, rodar y gatear.

Los pacientes con esquizofrenia presentan un significativo retardo en lograr la deambulación, pararse y sentarse solos, comparados con controles (10).

Es decir, existiría una asociación entre retardo en deambular, pararse y sentarse sin ayuda como logros del desarrollo motor y el riesgo de esquizofrenia.

En un gran estudio de cohortes sobre la relación entre el retardo de los hitos tempranos de desarrollo motor y la esquizofrenia, con un seguimiento de 46 a 48 años a niños recién nacidos, contando con el registro parental, se reveló la asociación entre el retraso en el logro de los hitos del desarrollo temprano y la aparición posterior de la enfermedad. Los bebés que años después la manifestaron tendieron a sonreír, levantar la cabeza, sentarse sin apoyo, gatear más lejos, y caminar sin apoyo más tarde que los controles (48).

La evaluación de las anormalidades motoras tiene una serie de ventajas en relación con algunos otros posibles indicadores de riesgo. Pueden ser realizadas con bajo costo y buena fiabilidad en comparación con tecnologías como la resonancia magnética (44).

El valor predictivo de todos estos datos parece ser pequeño para identificar a sujetos de riesgo, pero dejan en evidencia cuán lejos están los síntomas psicóticos del probable comienzo de la enfermedad, impulsan a la búsqueda de posibilidades más precoces de diagnóstico y apoyan la teoría del trastorno del neurodesarrollo; es

decir, una enfermedad neuroevolutiva de aparición secuencial que se basa en parte en estas alteraciones precoces en la motilidad de pacientes y familiares.

Existe una alta incidencia de anomalías neuromotoras, conductuales e intelectuales muchos años antes de la eclosión de la enfermedad, lo cual señala un comienzo mucho más temprano de lo que indican los manuales para su diagnóstico (49).

La hipótesis del neurodesarrollo propone factores genéticos que predisponen, por ejemplo a una proliferación defectuosa o migración neuronal en el desarrollo del cerebro (50) pero incluye también factores de riesgo ambiental (ej. Influenza materna, desnutrición materna, parto en invierno y complicaciones del parto) que actúan antes del parto o perinatalmente (51), es decir muchos años antes de la psicosis.

Desde este marco, es posible sugerir un subtipo de esquizofrenia del neurodesarrollo que implica un deterioro infantil significativo y progresivo (52) que involucra anomalías tempranas del lenguaje, del comportamiento y neuromotoras, inicio temprano y mal pronóstico que puede derivarse de la heterogeneidad en los factores etiológicos (43). Incluso dentro de estas disfunciones conductuales infantiles es posible que haya un subgrupo con problemas más graves e inicio más temprano. Este subgrupo también se caracteriza por mayores déficits neuromotores (53).

Queda aún por develar si este subtipo representa efectivamente un subgrupo de pacientes o bien el extremo de un continuo de riesgo (43).

Por otro lado, estos estadios precoces podrían ser objetivo de algún tipo de abordaje con el fin de disminuir la morbilidad. Aunque aún controvertida la posible intervención en una fase preclínica puede asociarse a resultados positivos que podrían incluir la mejoría sintomática, retardo en el inicio y posible prevención de la psicosis (44).

Hitos tempranos y riesgo genético

La evaluación de la motilidad temprana puede tener importancia, como se indicó, como indicadora de riesgo genético. El deterioro en las habilidades motoras en niñez ha sido caracterizado como un biomarcador para predecir el desarrollo de esquizofrenia en adultos (54, 55).

El estudio de habilidades motoras específicas en familiares de primer grado menores a 21, que no padecen la enfermedad, tales como desarrollo de motricidad fina y gruesa, retraso en deambulación, deterioro en coordinación, movimientos anormales (temblores, tics, espasmos, movimientos atetoides), signos neurológicos blandos y habilidades motoras finas y gruesas muestran

significativo deterioro (10). En resumen, las anomalías del movimiento observadas en la esquizofrenia también están presentes, aunque en menor medida, entre los miembros de la familia biológica, lo que fortalece la hipótesis de una probable base genética (56).

Conclusiones

Los trastornos motores como el parkinsonismo y la discinesia constituyen el componente motor de la esquizofrenia y la exclusiva asociación con el tratamiento ha ido en desmedro de su identidad clínica y han resultado subvalorados, pero su presencia espontánea debe siempre ser tenida en cuenta, ya que pueden encontrarse, incluso, al momento del primer episodio.

Además, su identificación es importante desde el punto de vista clínico ya que se vinculan a síntomas negativos, hebefrenia, deterioro cognitivo y cronicidad, formas evolutivas de pronóstico más desfavorable.

Los TEM pueden ser utilizados en la delimitación de subtipos dentro de la esquizofrenia. En la clasificación de Crow, las discinesias pertenecen al subtipo II, con pobre respuesta terapéutica, mayor deterioro, cronicidad y síntomas negativos.

Es relevante su valor predictivo. Ya sea en la pesquisa de marcadores de riesgo para personas que no padecen la enfermedad, pero que presentan vulnerabilidad genética (como ser familiares de primer grado de pacientes) o frente al retardo para la adquisición de logros de la motilidad, como riesgo de enfermar en el futuro.

En la búsqueda de biomarcadores de riesgo para la esquizofrenia la evaluación de los TEM puede aportar información con buena fiabilidad, obtenida en un examen clínico relativamente sencillo y de bajo costo.

Por último, los trastornos en la motilidad son marcadores de riesgo para el desarrollo de esquizofrenia y están presentes muchos años antes de la psicosis. Estos datos dejan en evidencia cuán lejos está el momento el diagnóstico de la enfermedad de su probable comienzo.

El retraso en el desarrollo motor y los precursores neuromotores fortalecen la hipótesis de patología del neurodesarrollo. Si bien son inespecíficos, su presencia, junto con otras manifestaciones prodrómicas como trastornos en la sociabilización o el déficit cognitivo, genera la inquietud de plantear intervenciones en pos de una mejoría sintomática y, quizás, del retraso o la prevención de la psicosis manifiesta.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés respecto de este artículo. ■

Referencias bibliográficas

- Fenton WS. Prevalence of spontaneous dyskinesia in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2000; 61:10-14
- Carlsson A. A Paradigm Shift in Brain Research. *Science*. 2001; 294: 1021-1024.
- Carlsson A, Waters N, Holm-Waters S, Tedroff J, Nilsson M, Carlsson M. Interactions Between Monoamines, Glutamate, and GABA in Schizophrenia: New Evidence. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 2001; 41:237-260.
- De Erausquin G, Neurodesarrollo y Esquizofrenia. La paradoja de la teoría dopaminérgica: vino nuevo en odres viejos. *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat*. 2002, Vol. XIII: 189-197
- Sotelo D, Diskinesias espontáneas en pacientes esquizofrénicos. *Psicofarmacología*, 34, 2005, 23-28.
- Compton M, Fantes F, Ramsay Wan C, Johnson S, Walker E. Abnormal movements in first-episode, non affective psychosis: dyskinesias, stereotypies, and catatonic-like signs. *Psychiatry Res*. 2015 Mar 30; 226(1): 192-197.
- Caponi R. *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica*. Ed. Universitaria. 5ª Edición. Santiago de Chile. 1998. Pag. 149
- APA. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5º Ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
- Walther S, Strik W. Motor symptoms and schizophrenia. *Neuropsychobiology*. 2012;66(2):77-92.
- Burton BK, Hjorthøj C, Jepsen JR, Thorup A, Nordentoft M, Plessen KJ. Research Review: Do motor deficits during development represent an endophenotype for schizophrenia? A meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016 Apr;57(4):446-56.
- Pappa S, Dazzan P. Spontaneous movement disorders in antipsychotic-naïve patients with first-episode psychoses: a systematic review. *Psychol Med*. 2009 Jul;39(7):1065-76.
- Kleist K (1997) *Diez Comunicaciones. Introducción a las localizaciones cerebrales en neuropsiquiatría*. Buenos Aires: Polemos, pp 207-228.
- Berrios GE. 'The clinico-diagnostic perspective in psychopathology' by K. Kahlbaum. *History of Psychiatry*. 2007; 18:233-245
- Kraepelin E (1996) *La Demencia Precoz*. 1ª Edición en castellano. Buenos Aires: Polemos, pp 51-53.
- Turner T. Rich and mad in Victorian England. *Psychol Med*. 1989;19: 29-44.
- Peralta V, Campos MS, García de Jalón E, Cuesta MJ. Motor behavior abnormalities in drug-naïve patients with schizophrenia spectrum disorders. *Movement Disorders Journal*. 2010;25:1-9
- Peralta V, Moreno-Izco L, Sanchez-Torres A, García de Jalón E, Campos MS, Cuesta MJ. Characterization of the deficit syndrome in drug-naïve schizophrenia patients: the role of spontaneous movement disorders and neurological soft signs. *Schizophr Bull*. 2014 Jan;40(1):214-24.
- Lipton A, Cancro R (1995) "Esquizofrenia: Manifestaciones Clínicas", en Kaplan H, Sadock B. *Tratado de Psiquiatría / IV*. 6ª Edición. Buenos Aires. Intermédica, pp 906-916.
- Fuller Torrey E. Studies of individual with schizophrenia never treated with antipsychotic medications: a review. *Schizophrenia Research*. 2002. 58;101-115.
- Fenton WS, Jed R, Mc Glashan TH. Risk Factors for Spontaneous Dyskinesia in Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 1994; 51(8): 643-650.
- McCreadie RG, Latha S, Padmavathi R, Ayankaran JR. Poor memory, negative symptoms and abnormal movements in never-treated Indian patients with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1997. 171;360-363.
- Mc Creadie RG, Ohaeri JU. Movements disorders in never and minimally treated Nigerian schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*. 1994. 164; 184-189.
- McCreadie RG, Padmavati R, Thara R, Srinivasan TN. Spontaneous dyskinesia and parkinsonism in never-medicated, chronically ill patients with schizophrenia: 18-month follow-up. *Br J Psychiatry*. 2002 Aug;181:135-7.
- Van Kammen D, Marder S (1995) "Antagonistas de los Receptores de Dopamina", en Kaplan H, Sadock B. *Tratado de Psiquiatría / IV*. 6ª Edición. Buenos Aires. Intermédica, pp 1901-1904.
- Puri BK, Barnes TRE, Chapman MJ, Hutton SB, Joyce EM. Spontaneous dyskinesia in first episode schizophrenia. *J Neuro Neurosurg Psychiatry*. 1999; 66:76-78.
- Crow T, A Current View of the Type II Syndrome: Age of Onset, Intellectual Impairment, and the Meaning of Structural Changes in the Brain. *Br J Psychiatry* (1989), 155 (suppl. 7), 15-20.
- Crow T, Owens D, Johnstone E, Cross A, Owen F (1983) Does tardive dyskinesia exist? *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 21, 206-219.
- Chong SA, Subramaniam M, Verma S. Spontaneous parkinsonism in antipsychotic-naïve patients with first-episode psychosis. *Can J Psychiatry*. 2005 Jun;50(7):429-31.
- Honer WG, Kopala LC, Rabinowitz J. Extrapyramidal symptoms and signs in first-episode, antipsychotic exposed and non-exposed patients with schizophrenia correlated psychotic illness. *Journal of Psychopharmacology* 2005, 19, 277-285.
- Caligiuri MP, Lohr JB, Jeste DV. Parkinsonism in neuroleptic-naïve schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry* 150,1343-1348. 1993.
- Chorfi, M, Moussaoui D. Never treated schizophrenic patients have no abnormal movements such as tardive dyskinesia. *Encephale* 11, 263-265. 1985.
- Fenn DS, Moussaoui D, Hoffman WF, Kadri, N, Bentouns, B, Tilane, et al. Movements in never-medicated schizophrenics: a preliminary study. *Psychopharmacology* 123, 206-210. 1996.
- Kamis D, Stratton L, Calvo M, et al: Sex and laterality differences in parkinsonian impairment and transcranial ultrasound in never-treated schizophrenics and their first degree relatives in an Andean population. *Schizophr Res* 2015; 164:250-255.
- Bouwman AE, Vlaar AM, Mess WH, et al: Specificity and sensitivity of transcranial sonography of the substantia nigra in the diagnosis of Parkinson's disease: prospective cohort study in 196 patients. *BMJ Open* 2013; 3:e002613.
- Balda M, Calvo M, Padilla E, Guerrero G, Molina J, Florenzano N, et al. Detection, Assessment, and Management of Schizophrenia in an Andean Population of South America: Parkinsonism Testing and Transcranial Ultrasound as Preventive Tools. *Focus* Vol. 13, No. 4, Fall 2015.

36. Smith RC, Kadewari RP, Rosenberger JR, et al: Nonresponding schizophrenia: differentiation by neurological soft signs and neuropsychological tests. *Schizophr Bull* 1999; 25:813-825.
37. Fervaha, G, Agid O, Takeuchi H, Lee J, Foussias G, Zakzanis KK, et al. Extrapyramidal symptoms and cognitive test performance in patients with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2015. 161, 351-356.
38. Molina JL, González Alemán G, Florenzano N, Padilla E, Calvo M, De Erausquin G, et al. Prediction of Neurocognitive Deficits by Parkinsonian Motor Impairment in Schizophrenia: A Study in Neuroleptic-Naïve Subjects, Unaffected First-Degree Relatives and Healthy Controls From an Indigenous Population, *Schizophr Bull.* 2016 Nov; 42(6): 1486-1495.
39. Klawans L, Rubovits R. Effect of cholinergic and anticholinergic agents on tardive dyskinesia. *J Neurolo Neurosurg Psychiatry*, 1974, 27, 941-947.
40. Bergman H, Soares-Weiser K. Anticholinergic medication for antipsychotic-induced tardive dyskinesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 1. Art. No.: CD000204. DOI: 10.1002/14651858.CD000204.pub2.
41. E, Novitch M, Alan Kaye D, Kata V, Kaye A. Medication-Induced Tardive Dyskinesia: A Review and Update *Ochsner J.* 2017 Summer; 17(2): 162-174.
42. Koning JP, Tenback DE, van Os J, Aleman A, Kahn RS, van Harten PN. Dyskinesia and parkinsonism in antipsychotic-naïve patients with schizophrenia, first-degree relatives and healthy controls: a meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2010 ;36(4):723-31.
43. Rosso IM, Bearden CE, Hollister JM, Gasperoni TL, Sanchez LE, Hadley T, Cannon TD: Childhood neuromotor dysfunction in schizophrenia patients and their unaffected siblings: a prospective cohort study. *Schizophr Bull* 2000; 26:367-378
44. Schiffman, J, Walker, E, Ekstrom, M, Schulsinger, F, Sorensen, H, Mednick, S Childhood Videotaped Social and Neuromotor Precursors of Schizophrenia: A Prospective Investigation. *Am J Psychiatry* 2004; 161:2021-2027
45. Walker EF, Savoie T, Davis D: Neuromotor precursors of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994; 20:441-451.
46. Isohanni M, Isohanni I, Koponen H, et al. Developmental precursors of psychosis. *Curr Psychiatry Rep* 2004; 6:168-175.
47. Filatova S, Koivumaa-Honkanen H, Hirvonen N, Freeman A, Ivandic I, Hurtig T, et al. Early motor developmental milestones and schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res.* 2017 Oct;188:13-20.
48. Sørensen HJ, Mortensen EL, Schiffman J, Reinisch JM, Maeda J, Mednick SA. Early developmental milestones and risk of schizophrenia: a 45-year follow-up of the Copenhagen Perinatal Cohort. *Schizophr Res.* 2010 May;118(1-3):41-7.
49. Harrison P. Schizophrenia: a disorder of neurodevelopment? *Current Opinion in Neurobiology* Volume 7, Issue 2, April 1997, Pages 285-289.
50. Torrey, E.F.; Taylor, E.H.; Bracha, H.S.; Bowler, A.E.; McNeil, T.F.; Rawlings, R.R.; et al. Prenatal origin of schizophrenia in a subgroup of discordant monozygotic twins. *Schizophrenia Bulletin*, 20(3):423-432, 1994.
51. Waddington JL: Schizophrenia: developmental neuroscience and pathobiology. *Lancet* 1993, 341:531-536.
52. Foerster, A.; Lewis, S.W.; Owen, M.J.; and Murray, R.M. Low birth weight and a family history of schizophrenia predict premorbid functioning in psychosis. *Schizophrenia Research*, 5:13-20, 1991.
53. Neumann C, Grimes K, Walker E, Baum K. *Journal of Abnormal Psychology* 1995. Vol. 104. No. 4. 558-566
54. Erlenmeyer-Kimling L. Neurobehavioral deficits in offspring of schizophrenic parents: liability indicators and predictors of illness. *Am J Med Genet.* 2000 Spring; 97(1):65-71.
55. Niemi LT, Suvisaari JM, Haukka JK, Lönnqvist JK. Childhood predictors of future psychiatric morbidity in offspring of mothers with psychotic disorder: results from the Helsinki High-Risk Study. *Br J Psychiatry.* 2005 Feb;186:108-14.
56. Jeroen PF, Koning, Diederik E. Tenback, Jim van Os, André Aleman, et al. Dyskinesia and Parkinsonism in Antipsychotic-Naïve Patients With Schizophrenia, First-Degree Relatives and Healthy Controls: A Meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2010 Jul; 36(4): 723-731.

Relación entre *bullying* y conductas suicidas en adolescentes: una revisión sistemática

Gonzalo Galván¹, Lina María Castilla Chaverra¹, Marje de Jesús Garces Ricardo¹,
Francisco Javier Vásquez De la Hoz¹, Manuel Francisco Guerrero Martelo¹,
Laura Juliana Barchelot Aceros², Jairo Torres Oviedo³

1. Universidad Cooperativa de Colombia. Montería, Córdoba, Colombia.

2. Universidad de Investigación y Desarrollo (UDI), Bucaramanga, Santander, Colombia.

3. Universidad de Córdoba. Montería, Córdoba, Colombia.

Autor correspondiente: Gonzalo Galván, E-mail: galvan.patrignani@gmail.com

Resumen

Introducción: la relación entre *bullying* y comportamiento suicida (CS) adolescente se manifiesta por altos índices de intentos o suicidios consumados en víctimas de maltrato. A pesar de la importancia del tema son pocos los estudios que dan cuenta de los pormenores de la relación entre estas variables lo que dificulta la crear intervenciones eficaces. El objetivo de este estudio fue proporcionar una visión más detallada acerca de la relación entre *bullying* y CS. **Método:** Revisión sistemática de literatura incluyendo publicaciones de índices bibliográficos, ScienceDirect y Pubmed utilizando los términos “bullying” AND “suicidal behavior” AND “adolescents” AND “school harassment” AND “school mistreatment” y sus correspondientes en español publicados desde 2012 hasta 2018. **Resultados:** se incluyeron 21 artículos de 272 iniciales que muestran los pormenores de la relación entre *bullying* y comportamiento suicida: edad, género, tipos y frecuencias de victimización (verbal, física, relacional, *cyberbullying*, sexual y polivictimización) y su relación con variables del CS (ideación, planificación, intentos y suicidio consumado). **Conclusiones:** comunicar que solo hecho de recibir *bullying* resulta en CS minimiza la existencia de otros factores moduladores y empeora el entendimiento de la relación entre los fenómenos conduciendo a una negligencia en potenciales acciones que pudieran llevarse a cabo en intervención.

Palabras clave: *Bullying* - Comportamiento suicida - Adolescentes - Acoso escolar - Maltrato escolar.

RELATIONSHIP BETWEEN BULLYING AND SUICIDAL BEHAVIORS IN ADOLESCENTS: A SYSTEMATIC REVIEW

Abstract

Introduction: The relationship between bullying and adolescent suicidal behavior (SB) is manifested by high rates of attempted or committed suicide in victims of abuse. In spite of the importance of the topic, there are few studies that explain the details of the relationship between these variables, which makes it difficult to create effective interventions. The objective of this study was to provide a more detailed view about the relationship between bullying and SB. **Method:** Systematic review of literature including publications of bibliographic indexes, ScienceDirect and Pubmed using the terms “bullying” AND “suicidal behavior” AND “adolescents” AND “school harassment” AND “school mistreatment” and their corresponding in Spanish published from 2012 to 2018. **Results:** 21 articles of 272 initials that show the details of the relationship between bullying and suicidal behavior were included: age, gender, types and frequencies of victimization (verbal, physical, relational, cyberbullying, sexual and poly-victimization) and their relationship with variables of SB (ideation, planning, attempts and consummate suicide). **Conclusions:** Communicate that only receiving bullying results in SB minimizes the existence of other modulating factors and worsens the understanding of the relationship between phenomena leading to negligence in potential actions that could be carried out in intervention.

Key words: Bullying - Suicidal behavior - Adolescents - School harassment - School mistreatment.

Introducción

El *bullying* es un fenómeno conductual que ha acompañado a la sociedad desde sus inicios hasta nuestros días (1) y se entiende como la dinámica de maltrato intencional y sistemática que ocurre entre iguales de manera persistente (2). Los investigadores han identificado en este tipo de actos una serie de intimidaciones desfavorables de tipo físicas, verbales y psicológicas (3, 4) que son repetitivas, causando un malestar significativo a la víctima y estableciendo un desequilibrio de dominio entre ella y su acosador (5).

El *bullying* es un problema que a nivel global existe en diferentes situaciones y formas en todos los países. UNICEF en 2014 extrajo datos sobre el *bullying* en 106 países y los resultados indicaron lo siguiente: la proporción de adolescentes, en edades entre 13 y 15 años, que alguna vez han experimentado *bullying*, va desde el 7% en Tayikistán hasta el 74% en Samoa. Entre los países de alto poder adquisitivo de los que existen datos, el rango estaría entre el 9% en Italia y el 52% en Lituania. En 14 de los 67 países de bajo y medio poder adquisitivo con datos, más de la mitad de la población estudiantil expresó haber sufrido acoso recientemente. Por otro lado, una parte importante de los adolescentes de Europa y América del Norte admitieron haber acosado a otros, con una prevalencia que va desde el 14% (1 de 7) en la República Checa y Suecia, hasta casi el 59% (6 de 10) en Letonia y Rumania (5).

Diferentes investigaciones afirman que algunas personas que son víctimas de *bullying* contarían con características específicas, tales como una discapacidad física e intelectual o por destacarse en el ámbito académico a los que por lo regular se les denomina “los dejados”, “puerquitos”, “maricones”, “rajones”, “chillones”, ente otros adjetivos que se utilizan dentro de las instituciones (6, 7).

Por otra parte, el *bullying* se configura como un estresor vital (8, 9) que daría cuenta de una relación cruel de dominio-sumisión que cuando se practica de manera recurrente da lugar a un proceso de victimización, llevando con él un deterioro psicológico de la personalidad de la víctima y un deterioro moral del agresor. Sin embargo, es a la víctima a quien le puede traer consecuencias más severas, debido a que su situación puede terminar tanto en fracaso académico como en un daño físico o psicológico e consecuencias más graves (10). El maltrato puede generar en las víctimas sentimiento de desprotección y humillación, aislamiento, depresión, neurosis e histerias, auto-concepto negativo, incremento en el estado de ansiedad, fobias a las instituciones educativas y a todo el entorno escolar y reacciones agresivas (11, 12, 8, 9).

De acuerdo a lo anterior, y entre las consecuencias potenciales de recibir *bullying* la más crítica es la configurada por la muerte evidentemente autoinflingida por medio de la utilización de cualquier método es decir, el suicidio (13). Según diferentes informes e investigaciones el suicidio es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 10 a 19 años de edad (14,15,16) y la segunda causa entre los 15 y 29 años (17). Particularmente en Colombia,

en 2015, se presentaron en Colombia 2.068 suicidios, 10 % más que en el año anterior, 48,74 % de ellos en el grupo de edad de 15 a 34 años, con mayor participación de jóvenes entre 20 y 24 años (14,60%); en el rango de edad de los 10 a los 14 años, la tasa por 100.000 habitantes fue de 1,73, y en el de 15 a 17 años, de 5,72 por 100.000 habitantes (8). Preocupa que en Colombia, entre el 2005 y el 2009, se presentó una tasa del 0,07 entre los niños de 5 a 9 años y del 4,74 entre los de 10 y 19 años pues desde tempranas edades, niños y adolescentes, estén considerando la muerte como una opción para la solución de sus problemas y conflictos (18).

Tanto el *bullying* como el comportamiento suicida representan problemas de salud pública (19, 20) y la relación entre ambas variables implica no solo a aquellos que reciben maltrato, sino también a maltratadores y a quienes han estado en ambos roles.

La asociación entre *bullying* y comportamientos suicidas es al menos compleja. Los hallazgos de estudios, sobre todo longitudinales, indican que existe un incremento del riesgo de ideación e intentos suicidas en las personas que reciben *bullying* pero que esa relación es al menos variable y se encuentra modulada por otras variables (21). Comunicar que el solo hecho de recibir *bullying* resulta en comportamiento suicida minimiza la existencia de otros factores moduladores y empeora el entendimiento de la relación entre los fenómenos conduciendo a una negligencia de las potenciales acciones que pudieran llevarse a cabo para la intervención (19).

Materiales y método

En la elaboración de esta revisión sistemática se siguieron recomendaciones del Prisma Group para la publicación de este tipo de estudios. Durante las últimas décadas, se han llevado a cabo importantes iniciativas para mejorar la transparencia, la calidad y la consistencia de la información metodológica y los resultados presentados en las revisiones sistemáticas y metaanálisis. Entre ellas, destaca la publicación en 1999 de la declaración *Quality of Reporting of Meta-analyses –QUOROM–*, y su posterior revisión y ampliación en la declaración *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (22).

Selección de los estudios

Se seleccionaron publicaciones de revistas científicas (en inglés y español) exclusivamente (no se incluyeron tesis doctorales ni capítulos de libro) centradas en estudios empíricos sobre relación entre el suicidio en adolescentes y el *bullying*. Los artículos fueron extraídos de datos de la población general a través de los índices bibliográficos *ScienceDirect*, *Pubmend* utilizando los siguientes términos “suicidal behavior” AND “bullying” AND “adolescents” AND “school harassment” AND “school mistreatment” y sus correspondientes en español “comportamiento suicida” AND “adolescentes” AND “hostigamiento escolar” AND “maltrato escolar” publicados desde 2012 hasta 2018, incluido.

Crterios de inclusión y exclusión

Inclusión

Para ser incluidos en esta revisión, los estudios debían cumplir los siguientes criterios: a) centrarse en la evaluación y estudio de una muestra de adolescentes entre 12 a 19 años; b) aportar datos de prevalencia tanto de víctimas de *bullying* como de comportamiento suicida; c) respecto a la prevalencia de comportamiento suicida, aportar datos sobre ideación suicida, planificación suicida y/o intentos de suicidio; d) evaluar el riesgo de suicidio a partir de la experiencia de *bullying*; y e) artículos en inglés y español que se encuentren dentro del rango de tiempo de 2012 a 2018.

Exclusión

Como criterios de exclusión, se excluyeron todos aquellos estudios que: a) no incluyeran los temas de la revisión como el *bullying*, comportamientos suicidas y la relación entre ambas; b) evaluaran muestra clínica o población judicializada; c) estén fuera del rango temporal estipulado; d) evaluaran solo la prevalencia de *bullying* y suicidio, pero sin analizar la relación entre ellos o, e) fueran artículos de revisión.

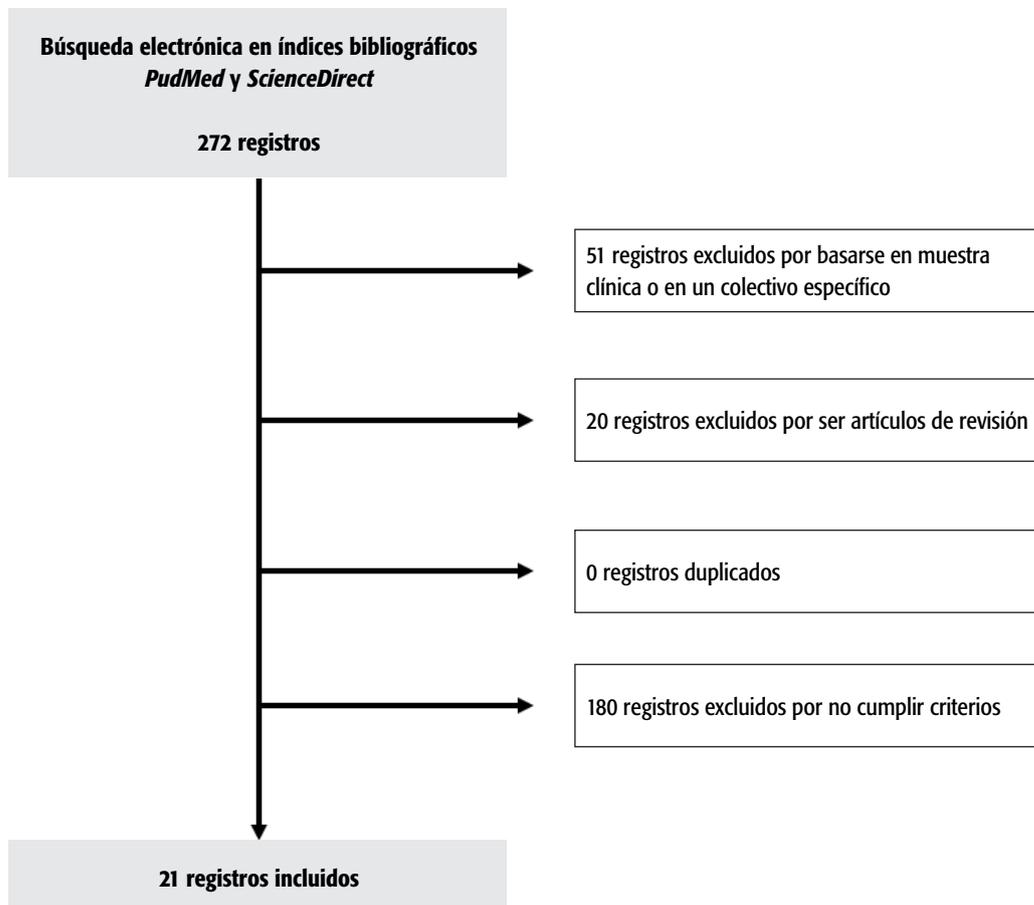
Codificación de los estudios

Se registraron una serie de variables relativas a los trabajos revisados relacionados con el diseño y la metodología del estudio: a) autores y año de publicación; b) tipo de institución educativa (pública, privada, religiosa, laica); c) número de participantes; d) origen de la muestra; e) sexo de los menores (varones, mujeres, ambos sexos); f) rango de edad de los participantes (en años) o edad media o cursos a los que asistían; g) prevalencia de *bullying*; y h) definición del tipo de *bullying* experimentado (psicológico o físico). A su vez, se registraron variables relacionadas con comportamiento suicida en adolescentes víctimas de *bullying*: i) prevalencia de ideación suicida; j) prevalencia de planificación suicida; k) prevalencia de intentos de suicidio; y l) variables asociadas al *bullying* y a la conducta suicida.

Resultados

En la siguiente figura (Fig. 1) se puede observar el proceso por el cual fueron seleccionaron los artículos de la presente revisión. Tras la búsqueda inicial (272 registros) se incluyeron 21 registros, excluyendo 251 por no cumplir con los criterios de inclusión/exclusión anteriormente detallados. No hubo registros duplicados.

Figura 1.



VARIABLES RELACIONADAS CON EL DISEÑO Y LA METODOLOGÍA DE LOS ESTUDIOS

Como se observa en el siguiente cuadro (Cuadro 1), los estudios que conforman la muestra final de esta revisión proporcionaron información sobre la relación entre el *bullying* y las conductas suicidas en adolescentes, recogiendo datos originales de 17 países diferentes entre los años 2012 y 2018. La mayoría de publicaciones provienen de USA (61.9%), seguida de Europa (9.5%), China (9.5%), Ghana (4.7%), Países de Oriente (4.7%), Canadá (4.7%) y Hawái (4.7%). No se hallaron estudios en países latinoamericanos.

Con respecto al tipo de muestreo utilizado en el proceso de selección de los participantes, en un 71.4 % se utilizaron métodos probabilísticos de obtención de la muestra, donde 64.3% son probabilísticos aleatorios y 35.7% son probabilísticos estratificados; en el 28.6 % restante de las investigaciones se utilizó muestreo no probabilístico. Los participantes de las muestras fueron reclutados a partir de encuestas realizadas en instituciones educativas (n=66,7 %) por un lado y, por otro lado, fueron reclutados a través de estudios llevados a cabo en la población general (n= 33.3%).

El rango de los tamaños muestrales utilizados en los estudios fue amplio ya que oscilo entre 96 y 130.908 sujetos.

VARIABLES RELACIONADAS CON LOS PARTICIPANTES Y CON EL TIPO DE VICTIMIZACIÓN EXPERIMENTADA

La participación por género en los estudios mostró un porcentaje similar de varones y mujeres (48,16% vs 51,70%, respectivamente). Las muestras de los estudios seleccionados comprendieron un rango de edades situados entre los 10 y 24 años, 4 estudios no describieron edad media ni rango de edad de los participantes, sin embargo, mostraron los grados académicos a los que asistían que estuvieron situados entre 6º a 12º.

En cuanto a las variables relacionadas a la victimización del *bullying*, en los estudios incluidos en esta revisión destacan (en orden decreciente de prevalencia): la victimización verbal (71.4%), victimización física (52.3%), *bullying* relacional o baja conexión social (23.8%), *cyberbullying* 23.8%, *bullying* sexual (9.5%), poli-victimización (4.7%), entre otras. Cabe resaltar que la suma de porcentajes no equivale al 100% dado que las mismas variables son comunes a diversos artículos.

VARIABLES RELACIONADAS CON EL RIESGO DE COMPORTAMIENTO SUICIDA EN VÍCTIMAS DE BULLYING

La mayor parte de los estudios (80.9%), consultados ofrecieron datos sobre el riesgo de ideación suicida y/o intentos suicidas, siendo menor el número de estudios que aportaron datos sobre planificación suicida (14.2%). Un 4.7% de los estudios indicaron datos generales de comportamiento suicida sin diferenciar entre de ideación, planificación o intentos de suicidios. En cuanto a

la muestra total de los estudios incluidos (N=253.770), 184.204 sujetos presentaron ideación suicida, 792 intento de suicidio, 313 planificación suicida y 196 suicidio consumado.

En relación a las variables relacionadas a la experiencia de la victimización de *bullying*, los estudios incluidos permiten reflejar la relación de los tipos de *bullying* con ideación, planificación e intentos de suicidio. Los sujetos que habían recibido sólo *bullying verbal* (71.4%) comparados con los que habían sufrido sólo maltrato, presentaron mayor riesgo de planificación suicida, debido al rechazo al que eran expuesto por sus compañeros. Los adolescentes víctimas de *bullying* físico (52.3%), por parte de sus compañeros de escuela, tenían un mayor riesgo de presentar intentos de suicidio que los que no habían sufrido este tipo de *bullying*, y esto era independiente de si habían sufrido maltrato en la infancia o no, debido a que los efectos del maltrato infantil sobre la salud mental en la etapa adulta joven, estuvieron parcialmente relacionados con el haber sufrido *bullying* en la infancia.

Por otra parte, los adolescentes que se sintieron rechazados por sus parejas (23.8%) y no se llevaban bien con sus compañeros en el colegio, presentaron un mayor riesgo de ideación suicida en el futuro que los que sí tenían buenas relaciones en el colegio y con sus parejas. Aquellos adolescentes que fueron víctimas de *cyberbullying* (23.8%) mostraron niveles incrementados de intentos de suicidio comparados con otras personas del mismo sexo en diferentes tipos de victimización, lo que los cataloga como un grupo vulnerable, debido a que es realizado en el anonimato y por la falta de control que presenta la víctima ante el victimario. Los jóvenes que reportaron *bullying* sexual (9.5%) desarrollaron intentos de suicidio posterior a la victimización, presentando de igual manera problemas de depresión por el rechazo recibido por sus parejas. Los adolescentes que sufrían poli-victimización (4.7%) y tenían algún otro factor de riesgo suicida como depresión, eran los que presentaban un mayor riesgo de reportar ideación suicida al poco tiempo de haber sufrido maltrato comparados con adolescentes sin antecedentes de *bullying*, pero con otros factores de riesgo para conducta suicida. Por último, también es importante tener en cuenta las diferencias de género que se evidencian en los estudios, las mujeres presentan un nivel más alto de depresión e ideación suicida que los hombres, como consecuencia de la constante victimización verbal y cibernética.

Discusión

La revisión realizada tuvo por objetivo identificar las relaciones entre *bullying* y las conductas suicidas en adolescentes a nivel mundial, siendo ambos problemas de salud pública con un alto nivel de afectación en la sociedad y principalmente entre los jóvenes. Se analizaron las variables relacionadas a estas problemáticas, como lo es la victimización física y verbal, *cyberbullying*, *bullying* sexual, poli-victimización y victimización en las rela-

Características de los estudios incluidos en la revisión

Autores y año	País de la muestra	N	Muestreo	Origen de la muestra	Rango de edad/ Edad media o Cursos a los que asisten
Fredrick & Demaray, 2018 (23)	EEUU	403	No probabilístico	Estudiantes	9 ° grado (13 a 16 años)
Barzilay, y otros, 2017 (24)	Europa (Austria, Estonia, Francia, Alemania, Hungría, Irlanda, Italia, Rumania, Eslovenia, España)	11.110	Randomizado	Estudiantes	15 años
Baiden, Stewart, & Fallon, 2017 (25)	Ontario, Canadá	1650	No probabilístico	Estudiantes	12 a 18 años
Arango, Opperman, Gipson, & King, 2016 (26)	Región del medio oeste – EEUU	321	Probabilístico: aleatorio	Población general	12 a 15 años (13.6 media)
Hong, y otros, 2016 (27)	Provincia de Fujian de China	20.509	Probabilístico: estratificado	Estudiantes	16.3 (DE 2.0)
Rodway, y otros, 2016 (28)	Inglaterra	130	Probabilístico: aleatorio	Población clínica: registros de decesos	10 a 19 años
Sibold, Edwards, Murray-Close, & Hudziak, 2015 (29)	EE.UU.	13.583	No probabilístico	Estudiantes	Grados 9° a 12°, edades comprendidas ≤ 14 a ≥18 años
Ohene, Johnson, Atunah-Jay, Owusu, & Borowsky, 2015 (30)	Ghana	1.984	No probabilístico	Estudiantes	12 a ≥18 años
Bhatta, Shakya, & Jefferis, 2014 (31)	Condado rural de los Apalaches en Ohio - EE. UU.	468	Probabilístico: aleatorio	Población general	11 a 15 años
Messias, Kindrick, & Castro, 2014 (32)	EE.UU.	15.425	No Probabilístico	Estudiantes	14 a 18 años
Zimmerman & Posick, 2014 (33)	Chicago	1.628	Probabilístico: aleatorio	Población general	14.8 (DE. 2.5) años
Dunn, Gjelsvik, Pearlman, & Clark, 2014 (34)	EE.UU.	13.065	Probabilístico: estratificado	Estudiantes	Grado 9° a 12°
Henry, y otros, 2014 (35)	Noreste de EE. UU.	2.936	Probabilístico: aleatorio	Estudiantes	Grado de 6° a 12°
Litwiller & Brausch, 2013 (36)	EE.UU.	4.693	Probabilístico: estratificado	Estudiantes	16.11 (DE: 1.20)
Bauman, Toomey, & Walker, 2013 (37)	Hawai	1.491	Probabilístico: aleatorio	Estudiantes	Grado de 9 a 12
Turner, Exum, Brame, & Holt, 2013 (38)	Carolina del Norte central	1.874	Probabilístico: aleatorio	Población general	Grados 6 a 12 (edad media 13.77)
Borowsky, Taliaferro, & McMorris, 2013 (39)	Minnesota	130.908	Probabilístico: aleatorio	Estudiantes	Grados 6°, 9° y 12°
Chan, 2013 (40)	China	18.341	Probabilístico: estratificado	Población general	15 a 17 años
Lereya, y otros, 2013 (41)	EE.UU.	481	Probabilístico: aleatorio	Población general	7 y los 17 años
Klomek, y otros, 2013 (42)	EE.UU.	96	Probabilístico: estratificado	Estudiantes	13 a 18 años
Harel-Fisch, Abdeen, Walsh, Radwan, & Fogel-Grinvald, 2012 (43)	Medio Oriente: judíos / árabes israelíes; Palestinos de Cisjordania	8.345	Probabilístico: estratificado	Estudiantes	15 años

ciones sociales (44,45). Como se pudo constatar en este trabajo, el suicidio se encuentra presente en gran parte de las víctimas que sufren cualquier tipo de *bullying*, por lo que se considera que la relación entre *bullying* y las conductas suicidas es relevante.

Si bien los artículos consultados describen una alta variabilidad con respecto a la ideación suicida e intentos de suicidio, en general las víctimas de *bullying* durante la etapa de la adolescencia tienen un riesgo mayor de presentar conductas suicidas. Es importante destacar que los estudios indican que entre los adolescentes que recibieron *bullying* las mujeres son más propensas a presentar un nivel más alto de ideación suicida, no obstante, en el género masculino se presentan casos más frecuentes de suicidio consumado.

A nivel metodológico, la mayor parte de las investigaciones consultadas son provenientes de Estados Unidos siendo escasos los países orientales, latinos y europeos que se han tomado la tarea de realizar este tipo de investigación. Sin embargo, es importante resaltar que fueron varios los estudios realizados acerca del tema en Latinoamérica, pero no cumplían con los criterios de inclusión establecidos, no tenían la información requerida como los tipos de *bullying*, datos generales de ideación, planificación e intentos de suicidio y la relación entre *bullying*-suicidio.

En cuanto a los estudios seleccionados se resalta como aspecto positivo, especificar el uso de métodos probabilísticos para la escogencia de las muestras en la gran mayoría de los trabajos, el uso de las muestras en una dimensión importante, con una cantidad que va desde 96 hasta a más de 1000 participantes en la gran mayoría de las investigaciones consultadas, así como la incorporación de ambos géneros con un porcentaje más o menos similar en la totalidad de las investigaciones, apunta a una mayor posibilidad de validez y confiabilidad en los resultados obtenidos y una mayor probabilidad de generalización de los mismos.

Por otro lado, la mayoría de la información acerca de la relación entre el *bullying* y las conductas suicidas proviene de estudios transversales, lo que ha limitado el poder establecer una verdadera relación de causalidad (10).

Cabe resaltar que son cuantiosos los estudios que asocian las variables suicidio y *bullying* en adolescentes, pero muy contadas las que explican la relación que existe entre ellas. La victimización verbal, la victimización física, el *bullying* relacional o baja conexión social, el *cyberbullying*, el *bullying* sexual y la poli-victimización se observan en un alto número de casos, como también se evidencia en los trabajos que validan las consecuencias y la repercusión que pueden tener a corto y largo plazo en adolescentes víctimas de *bullying*. Entre las escasas investigaciones que han estudiado este tema, muchas indican que la falta de apoyo familiar y social son factores relevantes en la relación *bullying*-suicidio; el escaso apoyo familiar parece encontrarse muy inmerso en esta temática, debido a que es un factor de riesgo bastante importante en estos adolescentes, por ser una red de

apoyo ausente en donde ellos esperan encontrar un soporte primordial y no es hallado de la manera que ellos esperan.

Las investigaciones recientes han demostrado que los niños y adolescentes que sufren de *bullying* manifiestan problemas de adaptación, dificultades sociales, problemas físicos y conductas suicidas, lo cual permite realizar una asociación entre el *bullying* y las conductas suicidas, las cuales parten del impacto y la frecuencia así como del tipo de victimización al que se está siendo sometido, ya que ser víctima concurrente se asocia a conductas suicidas posteriores (46,47). En cuanto a los tipos de *bullying* (ya sea físico, verbal, *cyberbullying*, por baja conexión social, *bullying* sexual y poli-victimización) si estos se presentan de forma frecuente se podría conducir a las víctimas a tener baja autoestima, una actitud pasiva fuera de lo normal, falta de interés por los estudios y bajo rendimiento académico; así mismo, pueden alterar la conducta de la víctima, generando intromisión, introversión, timidez, aislamiento social y soledad, lo cual puede ser causa de síntomas depresivos y de ideación suicida (48). Los adolescentes que sufren los tipos de *bullying* descritos, por sentirse inferiores al agresor, no se sienten en la capacidad de enfrentar la situación o buscar ayuda en otras personas, por ende, las víctimas de *bullying* tienen el pensamiento de que son un estorbo para la sociedad, no sirven para nada, etc. De igual forma, el ser maltratado o golpeado constantemente, y ser sometido a comentarios ofensivos y burlas, conlleva a que los adolescentes se aislen, abandonen la escuela, presenten poco interés por las actividades que realizaban antes y busquen espacios donde se encuentren en completa soledad. En el caso particular del *cyberbullying* (el cual es una nueva forma de realizar victimización por medio de las redes sociales) los agresores tienen la oportunidad y facilidad durante las 24 horas del día de mantener a su víctima sometida a constantes amenazas, publicando su vida íntima, creando imágenes o videos burlescos sobre su apariencia física y por su personalidad, ocasionando en la víctima sentimientos de tristeza, depresión y ansiedad, el sentimiento de culpabilidad, y en última instancia, la aparición de pensamientos suicidas e incluso intentar acabar con sus vidas.

Por último, por sufrir *bullying* sexual, la poli-victimización y la victimización por baja conexión social, se puede presentar depresión, baja autoestima, desesperanza e incluso el consumo de sustancias psicoactivas y alcoholismo, sentimientos de inutilidad y de culpa; pero es necesario más investigaciones que evalúen los factores de personalidad, teniendo en cuenta que estos pueden generar trastornos psicopatológicos generando un alto riesgo de conducta suicida (49).

Conclusiones

En conclusión, los resultados obtenidos de las investigaciones, muestran una importante cantidad de adolescentes que han sido víctimas de *bullying* por parte de su entorno, ya sea en las instituciones educativas o

en su entorno social; y como consecuencia de esto, van adquiriendo pensamientos y conductas suicidas, siendo conveniente un mayor conocimiento sobre los efectos que estas conductas puedan tener a corto y largo plazo, teniendo en cuenta la importancia de indagar más sobre la intensidad y presencia de estos pensamientos suicidas y de qué tanto riesgo corren las víctimas en llevar a cabo la conducta como consecuencia de la victimización.

En cuanto a lo anterior, se considera que el conocimiento de los resultados aquí expuestos, pueden posibilitar y encaminar a una intervención más apropiada de los adolescentes que sufren de este tipo de victimización, así como el planteamiento de actividades de promoción y prevención de estas conductas, que se enfoquen en el alto riesgo que significa la práctica del

bullying en adolescentes y las consecuencias que desencadenan este tipo de conductas, tanto a nivel cognitivo como comportamental, que permita prevenir los problemas de baja autoestima, depresión, bajo rendimiento académico, falta de interés por sus actividades diarias, aislamiento social, introversión, timidez y síntomas depresivos que lo lleven a tener ideación, planificación e intentos de suicidio, debido a que estas son las consecuencias de la relación que entrelazan al *bullying* y a los pensamientos y las conductas suicidas, que sean eficientes y claros para poder mitigar esta conducta.

Conflictos de interés

Los autores confirman no tener conflicto de interés respecto de este artículo. ■

Referencias bibliográficas

- Salas Picón WM. Revisión sobre la definición del bullying. *Revista Poiésis*. 2015; 30: p. 44-50.
- Musalem B, Castro P. Qué se sabe de bullying. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2015; 26(1): p. 14-23.
- Albores-Gallo L, Saucedo-García JM, Ruiz-Velasco S, Roque-Santiago E. El acoso escolar (bullying) y su asociación con trastornos psiquiátricos en una muestra de escolares en México. *Salud Pública de México*. 2011; 53(3): p. 220-227.
- Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. Bullying: aspectos históricos, culturales y sus consecuencias para la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2017; 33(1): p. 154-162.
- UNICEF. Ocultos a plena luz. Un análisis estadístico de la violencia contra los niños. *Resumen*; 2014.
- Valdebenito S, Tfofi MM, Eisner M, Gaffney H. Weapon carrying in and out of school among pure bullies, pure victims and bully-victims: A systematic review and meta-analysis of cross-sectional and longitudinal studies. *Aggression and Violent Behavior*. 2017; 33: p. 62-77.
- Aldridge JM, McChesney K. The relationships between school climate and adolescent mental health and wellbeing: A systematic literature review. *International Journal of Educational Research*. 2018; 88(1): p. 121-145.
- Montoya-Gómez B. Comportamiento del suicidio. Colombia, 2015. Violencia autoinfligida, desde un enfoque forense. ; 2015.
- Carballo Belloso J, Gómez Peñalver J. Relación entre el bullying, autolesiones, ideación suicida e intentos autolíticos en niños y adolescentes. *Revista de Estudios de Juventud*. 2017;(115): p. 207-218.
- van Geel M, Goemans A, Vedder P. A meta-analysis on the relation between peer victimization and adolescent non-suicidal self-injury. *Psychiatry Research*. 2015; 230(2): p. 364-368.
- Contreras Álvarez ÁP. El fenómeno de bullying en Colombia. *Revista Logos, Ciencia & Tecnología*. 2013; 4(2): p. 100-114.
- Le H, Tran N, Campbell M, Gattton M, Nguyen H, Dunne M. Mental health problems both precede and follow bullying among adolescents and the effects differ by gender: a cross-lagged panel analysis of school-based longitudinal data in Vietnam. *International Journal of Mental Health Systems*. 2019; 13(35).
- Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de salud mental. *Conducta suicida*. Bogotá; 2018.
- Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. ; 2014.
- Organización Panamericana de la Salud. Violencia juvenil autoinfligida en América Latina y el Caribe de habla inglesa, 2015.
- Lagares Franco C, Almenara-Barrios J, O'Ferrall-González C, Castellvi-Obiols P, Gabilondo A, Blasco-Cubedodo MJ, et al. Medidas de frecuencia utilizadas en estudios de cohortes para evaluar el comportamiento suicida en jóvenes (12-26 años): una revisión sistemática. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2019; 12(4): p. 213-231.
- Organización Mundial de la Salud. Suicidio. [Online].; 2018. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
- Córdoba RN. Suicidio en niños y adolescentes. *Biomédica*. 2016; 36(3): p. 341-342.
- Feldman Hertz M, Donato I, Wright J. Bullying and suicide: a public health approach. *Journal of Adolescent Health*. 2013; 53.
- Kowalski R, Limber S. Psychological, physical, and academic correlates of. *Journal of Adolescent Health*. 2013; 53 (1 Suppl).
- Brunstein Klomek A, Sourander A, Gould M. The association of suicide in childhood to young adulthood: a review of cross sectional and longitudinal research findings. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2010; 55(5).
- Hutton B, Catalá-López F, Moher D. La extensión de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas que incorporan metaanálisis en red: PRISMA-NMA. *Medicina Clínica*. 2016; 147(6): p. 231-280.
- Fredrick S, Demaray M. Peer victimization and suicidal ideation: The role of gender and depression in a school-based sample. *Journal of School Psychology*. 2018; 67: p. 1-15.
- Barzilay S, Klomek A, Apter A, Carli V, Wasserman C, Hadlaczky G, et al. Bullying victimization and suicide ideation and behavior among adolescents in Europe: A 10-country study. *Journal of Adolescent Health*. 2017; 61(2): p. 179-186.

25. Baiden P, Stewart S, Fallon B. The mediating effect of depressive symptoms on the relationship between victimization by bullying and non-suicidal self-harm among adolescents: community findings and mental health settings for hospitalized patients in Ontario, Canada. *Psychiatry Research*. 2017; 255: p. 238-247.
26. Arango A, Opperman K, Gipson P, King C. Suicidal ideation and suicide attempts among youth who report bully victimization, bully perpetration and/or low social connectedness. *J Adolesc*. 2016; 51: p. 19-29.
27. Hong L, Guo L, Wu H, Li P, Xu Y, Gao X, et al. Bullying, Depression, and Suicidal Ideation Among Adolescents in the Fujian Province of China: A Cross-sectional Study. *Medicine*. 2016; 95(5): p. e2530.
28. Rodway C, Tham S, Ibrahim S, Turnbull P, Windfuhr K, Shaw J, et al. Suicide in children and young people in England: a consecutive case series. *The Lancet Psychiatry*. 2016; 3(8): p. 751-759.
29. Sibold J, Edwards E, Murray-Close D, Hudziak J. Physical activity, sadness, and suicidality in bullied US adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2015; 54(10): p. 808-815.
30. Ohene S, Johnson K, Atunah-Jay S, Owusu A, Borowsky I. Sexual and physical violence victimization among senior high school students in Ghana: Risk and protective factors. *Social Science & Medicine*. 2015; 146: p. 266-275.
31. Bhatta M, Shakya S, Jefferis E. Association of being bullied in school with suicide ideation and planning among rural middle school adolescents. *Journal of School Health*. 2014; 84(11): p. 731-738.
32. Messias E, Kindrick K, Castro J. School bullying, cyberbullying, or both: correlates of teen suicidality in the 2011 CDC Youth Risk Behavior Survey. *Compr Psychiatry*. 2014; 55(5): p. 1063-8.
33. Zimmerman G, Posick C. Detecting specialization in interpersonal violence versus suicidal behavior. *Journal of Adolescent Health*. 2014; 55(6): p. 810-816.
34. Dunn H, Gjelsvik A, Pearlman D, Clark M. Association between sexual behaviors, bullying victimization and suicidal ideation in a national sample of high school students: implications of a sexual double standard. *Women's Health Issues*. 2014; 24(5): p. 567-574.
35. Henry K, Lovegrove P, Steger M, Chen P, Cigularov K, Tomazic R. The potential role of meaning in life in the relationship between bullying victimization and suicidal ideation. *Journal of Youth and Adolescence*. 2014; 43(2): p. 221-232.
36. Litwiller B, Brausch A. Cyber bullying and physical bullying in adolescent suicide: the role of violent behavior and substance use. *Journal of Youth and Adolescence*. 2013; 42(5): p. 675-84.
37. Bauman S, Toomey R, Walker J. Associations among bullying, cyberbullying, and suicide in high school students. *Journal of Adolescence*. 2013; 36(2): p. 341-350.
38. Turner M, Exum M, Brame R, Holt T. Bullying victimization and adolescent mental health: General and typological effects across sex. *Journal of Criminal Justice*. 2013; 41(1): p. 53-59.
39. Borowsky I, Taliaferro L, McMorris B. Suicidal thinking and behavior among youth involved in verbal and social bullying: risk and protective factors. *Journal of Adolescent Health*. 2013; 53(1): p. S4-S12.
40. Chan KL. Victimization and poly-victimization among school-aged Chinese adolescents: prevalence and associations with health. *Preventive Medicine*. 2013; 56(3-4): p. 207-210.
41. Lereya S, Winsper C, Heron J, Lewis G, Gunnell D, Fisher H, et al. Being bullied during childhood and the prospective pathways to self-harm in late adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2013; 52(6): p. 608-618.e2.
42. Klomek A, Kleinman M, Altschuler E, Marrocco F, Amakawa L, Gould M. Suicidal adolescents' experiences with bullying perpetration and victimization during high school as risk factors for later depression and suicidality. *Journal of Adolescent Health*. 2013; 53(1): p. S37-S42.43. Harel-Fisch Y, Abdeen Z, Walsh S, Radwan Q, Fogel-Grinvald H. Multiple risk behaviors and suicidal ideation and behavior among Israeli and Palestinian adolescents. *Social Science & Medicine*. 2012; 75(1): p. 98-108.
44. Aboujaoude E, Savage MW, Starcevic V, Salame WO. Cyberbullying: Review of an Old Problem Gone Viral. *Journal of Adolescent Health*. 2015; 57(1): p. 10-18.
45. Halvorsen JA, Lien L, Dalgard F, Bjertness E, Stern RS. Suicidal ideation, mental health problems, and social function in adolescents with eczema: a population-based study. *Journal of Investigative Dermatology*. 2014; 134(7): p. 1847-1854.
46. Maglione D, Caputi M, Moretti B, Scaini S. Psychopathological consequences of maltreatment among children and adolescents: A systematic review of the GxE literature. *Research in Developmental Disabilities*. 2018; 82: p. 53-66.
47. Armitage CJ, Panagioti MR, Wirada Abdu R, Rowe R, O'Connor RC. Completed suicides and self-harm in Malaysia: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*. 2015; 37(2): p. 153-165.
48. Upton Patton D, Sung Hong J, Ranney M, Patel S, Kelley C, R. E, et al. Social media as a vector for youth violence: A review of the literature. *Computers in Human Behavior*. 2014; 35: p. 548-553.
49. Joffre-Velázquez VM, García-Maldonado G, Saldívar-González AH, Martínez-Perales G, Lin-Ochoa D, Quintanar-Martínez S, et al. Bullying en alumnos de secundaria. Características generales y factores asociados al riesgo. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 2011; 68(3): p. 193-202.
50. Harrington R. Consecuencias psicosociales de la depresión adolescente. *Psiquiatría y Salud Integral*. 2001; 1(2): p. 48-52.
51. Sanz García AI, MME. Bullying: What's Going on? A Bibliographic Review of Last Twelve Months. *Proced Social and Behavioral Sciences*. 2014; 132: p. 269-276.
52. Lereya, S.T.; Muthanna, S.; Wolke, D. Parenting behavior and the risk of becoming a victim and a bully/victim: A meta-analysis study. *Child Abuse & Neglect*. 2013; 37(12): p. 1091-1108.
53. Sandoval-Ato R, Vilela-Estrada M, Mejía C, Caballero Alvarado J. Riesgo suicida asociado a bullying y depresión en escolares de secundaria. *Revista Chilena de pediatría*. 2018; 89(2): p. 208-215.
54. Fadanell M, Lemos R, Soto MF, Hiebra MC. Bullying hasta la muerte. Impacto en el suicidio adolescente. *Rev Hosp Niños BAires*. 2013; 55(249): p. 127 - 135.
55. Kljakovic M, Hunt C. A meta-analysis of predictors of bullying and victimisation in adolescence. *Journal of Adolescence*. 2016; 49(1): p. 134-145.
56. van Geel M, Vedder P, Tanilon J. Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: a meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2014; 168(5): p. 435-442.
57. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2022; 2013.

Comparación de las características de los sueños en mujeres embarazadas y en mujeres no gestantes

Stella Maris Valiensi¹, Gustavo Hernán Izbizky²

1. Médica Neuróloga. A cargo de la Sección de Medicina del sueño. Servicio de Neurología, Hospital Italiano de Buenos Aires.

2. Médico Obstetra. Subjefe del Servicio de Obstetricia, Hospital Italiano de Buenos Aires, Instituto Universitario Hospital Italiano, Buenos Aires.

Autor correspondiente: Stella Maris Valiensi, E-mail: stellamaris.valiensi@hospitalitaliano.org.ar

Resumen

Las perturbaciones del sueño son frecuentes entre las mujeres embarazadas (ME), y provocan sueño fragmentado durante el tercer trimestre lo que podría estar asociado con una mayor capacidad para recordar los sueños. El objetivo de este estudio fue comparar el recuerdo y los contenidos de los sueños durante los tres trimestres del embarazo de acuerdo con la Escala de Valoración Subjetiva del Sueño y las Ensoñaciones, y comparar con mujeres no embarazadas. Se realizó un estudio transversal durante 52 meses. Después del consentimiento informado oral, los participantes ofrecieron una encuesta de autoreporte demográfica y la escala de ensoñación que evalúa recuerdo y otras características de los sueños. Se compararon las diferencias entre frecuencias y puntajes, se consideró significativo un $p < 0.05$. Un total de 621 cuestionarios estaban disponibles para análisis, 320 embarazadas y 301 mujeres no embarazadas. Las mujeres embarazadas mostraron una disminución estadísticamente significativa en recuerdo, sueños agradables, eróticos, extraños y vívidos en comparación con las no embarazadas. No encontramos diferencias significativas en las características de los sueños entre los diferentes trimestres. *Conclusiones:* Las mujeres no embarazadas tienen mayor recuerdo de los sueños y otras características en comparación con las embarazadas. No encontramos diferencias entre los diversos trimestres de gestación.

Palabras clave: Mujeres embarazadas - Sueños - Trimestres - Mujeres no embarazadas - Recuerdos.

COMPARISON OF DREAMS IN PREGNANT WOMEN AND NON-PREGNANT WOMEN

Abstract

Sleep disturbances are prevalent among pregnant women, among them sleep is more fragmented during the third trimester, and could be associated with increased ability to remember dream's content. The aim of this study were to compare recall, and the contents of dreams during the three trimesters of pregnancy according to Gruen's Scale (Scale Subjective assessment scale of sleep and dreams), and to compare this with a non-pregnant women. An observational cross-sectional study was conducted during 50 months. After oral informed consent, a demographic survey and the Scale of dreams were offered and self-administered by participants. Assesses frequency of recall and other dreams characteristics. A total of 621 questionnaires were available for analysis, 320 pregnant and 301 non pregnant women. Pregnant women showed statistically significant decreased of recall, stirring, pleasant, erotic, strange, and vivid dreams compared with non pregnant women. *Conclusions:* non pregnant women have mayor recall of dreams and other characteristic in comparison with pregnant women. We did not find differences between the various trimesters.

Key words: Pregnant women - Non pregnant women - Dreams - Recall.

Introducción

La Real Academia Española define "el sueño" con distintas acepciones, una de ellas lo describe como el acto de dormir; otra, hace referencia a la actividad onírica (del griego ónar, "ensueño"), el acto de representarse en la fantasía de alguien, sucesos o imágenes mientras duerme: los ensueños. En este trabajo se utilizarán los términos ensueño o sueños, para hacer referencia a la forma de actividad mental que ocurre durante el dormir y que puede ser recordada al despertar. Algunos la consideran parte de la memoria emotiva necesaria para la correcta adaptación ante situaciones que involucran relaciones interpersonales cercanas (1).

El análisis del "contenido" de los sueños ha demostrado que estos tienen una naturaleza altamente social y que retratan predominantemente conflictos y preocupaciones interpersonales, facilitando así la adaptación del individuo al contexto (1). Se sabe que el soñar, está compuesto por componentes sensoriales, vegetativos, emocionales, mentales y alucinatorios que ocurren principalmente durante lo que se denomina "el sueño de Movimientos Oculares Rápidos" cuya sigla en inglés es REM (*Rapid Eyes Movements*) (2).

Cuando se analizaron los contenidos "emocionales" de los sueños en la población general se mostró que un 80% fueron displacenteros, asociados a sentimientos de ansiedad, tristeza, angustia, vergüenza, sorpresa o enfado; alrededor de la mitad se asociaron a sentimientos de alegría o amistad y sólo un 1% reportó contenidos sexuales (3,4). El gran impacto negativo de los sueños a nivel emocional, sugiere que el sistema límbico y paralímbico desempeña un papel importante en la integración cerebral de los sueños y obviamente de las emociones (5).

Los pocos estudios que exploran el soñar durante el embarazo, fueron realizados por Blake y Reimann en 1993 (6), Van en 2004 (7) y Nielsen y Paquette en 2007 (8). Estos trabajos indican que la mayoría de las mujeres embarazadas (entre 67 y 88%) reportan tener sueños relacionados con su estado gestacional, su bebé o con sus hijos. Otros trabajos buscaron asociar la presencia de sueños con contenidos definidos en relación a la duración del trabajo de parto o las complicaciones del parto (9-11).

Nuestra hipótesis fue que las mujeres embarazadas (ME), a causa de los cambios fisiológicos que ocurren durante el embarazo y del incremento del número de despertares, sobre todo en el último trimestre, deberían recordar más los sueños o soñar con un contenido onírico emocionalmente diferente al de aquellas mujeres que no están embarazadas.

Objetivo

El objetivo del presente trabajo fue analizar la intensidad del recuerdo de los sueños y de algunos contenidos emocionales de los mismos, comparándolos entre los diferentes trimestres en mujeres embarazadas (ME), con mujeres no embarazadas (MNE).

Participantes y métodos

Se realizó un estudio de corte transversal, entre agosto de 2013 y diciembre de 2017, en un Centro Hospitalario Universitario Polivalente de alta complejidad, el Hospital Italiano de Buenos Aires. Se incluyeron 320 mujeres embarazadas que consultaron en el Servicio de Obstetricia durante alguno de los tres trimestres de la gestación, participando solo una vez en el protocolo. Como grupo control se seleccionaron 301 mujeres no embarazadas (MNE), que eran estudiantes, profesoras universitarias o personal femenino de la institución.

Criterios de inclusión

ME en diversos trimestres que no hubieran participado en el protocolo, MNE con edades comprendidas entre 18 y 45 años.

Criterios de exclusión

Pacientes que no entendían el castellano; mujeres con menos de 12 años de educación; mujeres menores de 18 años o mayores de 45 años de edad; mujeres que no desearon participar de la investigación.

Tamaño de la muestra

Para una prevalencia de 20%, con un intervalo de confianza del 95% y una precisión de 10%, el número de mujeres que se debía enrolar en el estudio era de 250, aproximadamente 80 por trimestre. Se tuvo en cuenta cuán difícil es vincular el soñar como debido los cambios fisiológicos del embarazo y/o a las circunstancias emocionales por las que atraviesan, que entrevistamos en total a 350 ME y 320 MNE en el período antes mencionado, incluyéndose 320 ME (106 mujeres tenían ≤ 13 semanas de gestación o primer trimestre; ME que cursaban las 14-27 semanas de gestación o segundo trimestre la $n=104$, y por último, las ME con ≥ 28 semanas de gestación o tercer trimestre fueron $n=110$) y $n=301$ fueron las MNE, incluidas en nuestro estudio, por cumplir los criterios de inclusión.

Previo consentimiento verbal, se entregó una encuesta anónima de auto-reporte. La primera parte de la encuesta incluía preguntas sobre antecedentes sociodemográficos: edad, estado civil, ocupación (empleada, desempleada) y sueño en general.

En la última parte de la encuesta, se encontraba la Escala de Valoración Subjetiva del sueño y las Ensoñaciones, diseñada por Gruen (12). No se impuso un límite en el tiempo para completar los cuestionarios (ver Anexo, Figura 1).

La escala mencionada, es la única diseñada en castellano sobre contenidos oníricos. Permite valorar cuánto soñó el individuo y las características emocionales y extrañas de sus sueños en la noche previa. Se modificaron para este estudio las instrucciones de escala temporal del trabajo original, solicitando incluir el recuerdo de los

sueños de los últimos tres meses. Se debe marcar con una cruz sobre una barra dividida en 10 cuadros (de 1 a 10), cuyo extremo izquierdo significa el valor mínimo y el derecho el valor máximo. Los resultados de cada ítem analizado, fueron informados como media, y desvío estándar.

Análisis estadístico

En cuanto a las variables cualitativas, los resultados se expresaron como frecuencias y porcentajes. Las variables cuantitativas, mediante media y desvío estándar (DE/DS en inglés). Se utilizó el t-test o la prueba de suma de rango de Wilcoxon de acuerdo con la distribución de datos continuos. Se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para comparar grupos múltiples. Las proporciones se analizaron con la prueba χ^2 y se consideró un valor de $p < 0.05$ como significativo. Todos los análisis estadísticos se realizaron utilizando el paquete estadístico para el

ciencias sociales software (versión 25.0; SPSS Inc., sede central, piso 11, 233 South Wacker Drive, Chicago, IL 60606, Estados Unidos).

Consideraciones éticas

Todos los cuestionarios fueron anónimos por lo que no se requirió consentimiento escrito. Todos los procedimientos realizados siguieron las reglas de la Declaración de Helsinki de 2013 para investigación en humanos y el estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación de nuestro hospital (CEPI).

Resultados

Se obtuvieron 320 escalas completas para el análisis de ME. La comparación de las características sociodemográficas (edad, número de hijos, trabajo según turnos) se describen en la Tabla 1.

Tabla 1. Comparación de las características sociodemográficas de Mujeres Embarazadas y Mujeres no Embarazadas.

Mujeres Embarazadas (ME) y Mujeres no Embarazadas (MNE)					
	ME n=320		MNE n=301		
	Media, DE		Media, DE		<i>p</i>
Edad	31.6 ± 5.3		30.8 ± 7.3		0.09
Número de hijos					
Ninguno	193	60.3	220	77.0	
1	92	28.7	36	12.6	
2	28	8.7	25	8.7	
≥3	7	0.6	5	1.7	<0.001
Empleo					
No	68	21.2	75	25	
Mañana	251	78.5	226	74.7	
Tarde	1	0.3	1	0.3	
Noche	0	0	0	0	0.55

En la Tabla 2, se muestra media y desvío estándar (DS) relacionado con la comparación entre ME y MNE de la Escala de Valoración subjetiva del sueño y las En-

soñaciones, donde se observan diferencias significativas en la población de MNE casi en todos los ítems.

Tabla 2. Comparación de las características de los sueños entre Mujeres Embarazadas (ME) y Mujeres no Embarazadas (MNE).

	ME	MNE	<i>p</i> *
Recuerdos de los sueños (media/DE)	4.1 ± 2.8	4.7 ± 2.9	0.0113
Sueños desagradables (media/DE)	2.7 ± 2.2	2.5 ± 2.0	0.8517
Sueños Emocionantes (media/DE)	2.8 ± 2.2	3.4 ± 2.4	0.0009
Sueños Angustiantes (media/DE)	2.7 ± 2.3	2.5 ± 2.2	0.1995
Sueños Agradables (media/DE)	3.3 ± 2.4	3.7 ± 2.4	0.0056
Sueños Eróticos (media/DE)	2.3 ± 2.1	2 ± 1.7	0.0580
Sueños Extraños (media/DE)	3.2 ± 2.7	4 ± 2.6	0.0045
Sueños Vividos (media/DE)	2.5 ± 2.3	3.1 ± 2.6	0.0010

*DE: Desvío Estandar, Wilcoxon rank-sum.

En la Tabla 3 se compara medias y DS, entre los diversos trimestres de embarazo, donde los resultados solo muestra una pequeña tendencia a mayor recuerdo, en el segundo trimestre. No hubo diferencias significativas

entre los trimestres entre las variables analizadas. Los sueños con contenidos agradables y emocionantes fueron los más frecuentes en los tres trimestres.

Tabla 3. Comparación de las características de los sueños en los diversos trimestres del embarazo.

	Primer trimestre ≤13 semanas de gestación	Segundo trimestre 14-27 semanas de gestación	Tercer trimestre ≥28 semanas de gestación	p*
	n=106	n=104	n=110	
Recuerdo de los sueños (media/DE)	3.7±2.6	4.6±2.8*	4.1±2.8	0.06
Sueños desagradables (media/DE)	2.4±2.1	2.9±2.4	2.6±2.2	0.18
Sueños emocionantes (media/DE)	2.7±2.1	2.9±2.2	3.0±2.3	0.53
Sueños angustiantes (media/DE)	2.4±2.1	3.0±2.5	2.7±2.1	0.13
Sueños agradables (media/DE)	3.2±2.3	3.3±2.4	3.2±2.3	0.95
Sueños eróticos (media/DE)	3.2±2.1	2.3±2.0	2.4±2.0	0.14
Sueños extraños (media/DE)	2.9±2.6	3.2±2.8	3.3±2.6	0.39
Sueños vívidos (media/DE)	2.3±2.4	2.8±2.4	2.5±2.2	0.20

*media ± Desvío Estandar; *Kruskal Wallis

Discusión

Diferentes autores han determinado que la mayoría de las mujeres embarazadas tienen un mayor registro de sus sueños que la población general (13) y la capacidad de recordar los sueños es mayor cuando el sueño está más fragmentado (14,15).

Estos despertares durante el embarazo, se asociarían a los cambios funcionales y psicoemocionales durante el embarazo (11,16).

No se pudo demostrar que durante el tercer trimestre mujeres de la muestra tuviesen más recuerdo de los sueños y tampoco se encontraron diferencias significativas entre las características del contenido en los diferentes trimestres de la gestación.

Al comparar los resultados de la investigación entre ME y MNE, se encontraron diferencias significativas en frecuencia de recuerdo; la presencia de sueños emocionantes, sueños agradables, sueños extraños y vívidos a favor de las MNE. No se encontró en la literatura que se comparen los grupos antes mencionados.

En cuanto al contenido de los sueños, se ha reportado que las mujeres gestantes jóvenes suelen tener sueños poco placenteros o angustiantes, comparados con mujeres de mayor edad. Esto pudiera deberse a menor capacidad psicológica de adaptación frente a una responsabilidad tan estresante como es el embarazo (17). En este estudio las ME tenían un promedio de edad de 31.6 ± 5.3 y las MNE 30.8 ± 7.33 quienes, aunque eran menores, no fue una diferencia significativa, además de que la mayoría de las ME tenían hijos (38%) demostrando una diferencia significativa con las MNE, lo cual quizá explique mayor capacidad psicológica de adaptación en los sucesivos embarazos y por ello, quizás, sus sueños eran

pocos recordados, además de que no eran desagradables (p=0.18) ni tampoco angustiantes (p=0.13).

Ablon y colaboradores (18) reportaron una alta incidencia de sueños desagradables en el tercer trimestre (56.2%) asociados con una mayor puntuación en escalas de depresión. En este estudio, sin embargo, se encontró una media de 2.6±2.2 en el tercer trimestre, que fue discretamente inferior al segundo trimestre (2.9±2.4), con una p=0.18. Otros autores también han sugerido que quienes tenían sueños masoquistas tenían menos probabilidad de desarrollar depresión post-parto, dado que probablemente les permitía durante el embarazo realizar un trabajo emocional para prepararlas para el nacimiento y la maternidad. Esto sugiere que, de manera similar a la población general, el contenido del sueño, está relacionado con el estado de ánimo y que se convierte en un signo importante del estado psicoemocional de la paciente en ese periodo (17-19). Sin embargo, en este estudio se encontró mayor frecuencia de sueños agradables con una media de 3.3 ± 2.4, seguidos de sueños extraños (3.2 ± 2.7) y posteriormente por sueños emocionantes (2.8 ± 2.2), comparados con sueños desagradables (2.7 ± 2.2) durante todo el embarazo. Sin embargo, coincidimos con la literatura que si bien nuestros datos no fueron estadísticamente significativos, las ME tenían más sueños angustiantes 2.7 ± 2.3, sueños desagradables 2.7 ± 2.2 y sueños eróticos (2.3 ± 2.1) que las MNE.

Cuando se preguntó específicamente a ambos grupos sobre los sueños eróticos, la tendencia fue mayor en la ME, en el primer trimestre (3.2±2.1), tal vez porque la actividad sexual aún no se ve alterada por los cambios anatómicos del embarazo, pero sí hormonales, aunque no tenemos fundamento científico y tampoco encontramos reportes en la literatura que hayan eva-

luado este aspecto de los sueños en ME, quizá porque la encuesta utilizada, realiza la pregunta en forma directa y anónima, evitando situaciones de pudor/vergüenza. Además no encontró diferencia significativa con las MNE ($p=0.0580$).

Limitaciones

En este trabajo se encontró que el método de relevamiento utilizado resultó útil, por ser sencillo de aplicar pero como sesgo creemos que los datos obtenidos por cuestionarios pueden ser menos objetivos que las preguntas que se puedan realizar en la polisomnografía cuando se constata sueño REM y se las despierta en ese momento, para que tengan mayor probabilidad de recuerdo, u otros métodos más objetivos que el cuestionario. Sin embargo, el gran tamaño de la muestra, lo que haría imposible utilizar métodos objetivos, hace suponer que los criterios de inclusión/exclusión y recopilación de datos utilizados garantizan la validez de nuestros resultados.

Además, en esta investigación se utilizó por primera vez esta Escala de Valoración subjetiva del sueño y las Ensoñaciones formulada en castellano, para evaluar los sueños (20).

La escala, podría ser una herramienta útil para el personal de salud que tiene contacto con las ME, para valorar indirectamente, la repercusión emocional del em-

barazo o simplemente como una forma de acercamiento para acompañar este período tratando de que sea un proceso emocional sano para la mujer.

Conclusión

No se encontraron diferencias en el recuerdo de los sueños y las características del soñar, entre los diversos trimestres aunque hubo una discreta tendencia a un mayor recuerdo en las ME durante el segundo trimestre del embarazo.

Las MNE recuerdan más los sueños, los cuales fueron más emocionantes, agradables, extraños y vívidos en comparación con las ME.

Agradecimientos

Los autores agradecen la revisión del trabajo realizada por el Prof. Dr. Daniel Cardinali y el Prof. Dr. Carlos Schenck por la recolección de encuestas a la Sra. Romina Ferraro y por la traducción del resumen al inglés a la Profesora Alicia Rabinovich.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses. ■

Referencias bibliográficas

- Nielsen T, Lara-Carrasco J. Nightmares, dreaming, and emotion regulation: a review, in the New Science of dreaming contents, *Recall, and Personality Correlates*, 2007; vol 2, 253-284.
- Cardinali D (2014) *Qué es el sueño*, Buenos Aires: Paidós.
- Calb D, Moreno A (2013) *La ciencia del sueño (o amanecer de una noche agitada)*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 46-73.
- Domhoff GW, Schneider A. Similarities and Differences in Dream content at the Cross Cultural, Gender, and individual levels. *Consciousness and Cognition*, 2008; 17, 1257-1265.
- Hobson JA, Friston KJ. Waking and dreaming consciousness: neurobiological and functional considerations. *Progress in Neurobiology*, 2012; 98: 82-98.
- Blake RL Jr., Reimann J. The pregnancy-related dreams of pregnant women. *J. Am. Board Fam Pract.* 1993; 6, 117-122.
- Van P, Cage T, Shannon M. Big dreams, Little sleep: dreams, Little sleep: dreams during pregnancy after prior pregnancy loss. *Holist Nurs Pract.* 2004; 18, 284-292.
- Nielsen T, Paquette T. Dream-associated behaviors affecting pregnant and postpartum women. *Sleep* 2007; 30, 1162-1169.
- Gillman RD. The dreams of pregnant women and maternal adaptation. *Am J Orthopsychiatry*; 1968; 38, 688-692.
- Winget, C, Kapp FT. The realltion ship of the manifest content of dreams to duration of child birth in primiparal. *Psychosom Med.* 1972; 34,313-320.
- Sered S, Abramovitch H. Pregnant dreaming: search for a typology of a proposed dream genere. *Social Science & Medicine*, 1992; 34, 1405-141.
- Gruen I, Martinez A, Cruz-Olloa C, Aranday F, Calvo JM. Características de los fenómenos emocionales en las ensoñaciones de pacientes con epilepsia del lóbulo temporal. *Salud Mental.* Marzo 1997; v.20, Nro1.
- Condon JT. Altered cognitive functioning in pregnant women: a shift towards primary process thinking. *British Journal of Psychology* 1987; 60, 329-334.
- Lara Carrasco J, Simards V, Saint Onge K, Lamoureux-Tremblay V, Nielsen T. Maternal representations in the dreams of pregnant women: a prospective comparative study. *Frontiers of psychology.* 2013; Volumen 4. Artículo 551, pp 1-13.
- Schredl M, Wittmann L, Ciric P, Gotz S. Factors of home dream recall: a structural equation model. *Journal of Sleep Research.*2003; 12, 133-141.
- Dagan, Y, Lapidot A, Eisenstein M. Women's dreams reported during first pregnancy. *Psychiatry and Clinical Neurosciences.*2001; 55, 13-20.
- Mancuso A, De Vivo A, Fanara G., Settineri S, Giacobbe A, Pizzo A. Emotional state and dreams in pregnant women. *Psychiatry Research.* 2008. 160, 380-386.
- Ablon SL. The usefulness of dreams during pregnancy. *International Journal of Psychoanalysis.* 1994; 75, 291-299.
- Beauchemin, KM, Hays, P. Dreaming away depression: the role of REM sleep and dreaming in affective disorders. *Journal of Affective Disorders.* 1996; 41, 125-133.
- Lomeli, R. Escalas y cuestionarios para evaluar el sueño: una revisión. *Actas Esp Psiquiatría* 2008; 36 (1): 50-59.

ANEXO

Escala de valoración subjetiva del sueño y las ensoñaciones

Instrucciones: dibuje con una cruz sobre una barra dividida en 10 cuadros, cómo califica las características emocionales y extrañas de sus sueños en el último trimestre. El extremo izquierdo significa el valor mínimo y el derecho el valor máximo.

¿Cuánto soñó en el último trimestre?

Mínimo

Máximo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Qué tan "desagradables" fueron sus sueños?

Mínimo

Máximo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Qué tan "emocionantes" fueron sus sueños (que le gustaría seguir soñando)?

Mínimo

Máximo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Qué tan "angustiantes" fueron sus sueños?

Mínimo

Máximo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Qué tan "agradables" fueron sus sueños?

Mínimo

Máximo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Qué tan "eróticos" fueron sus sueños?

Mínimo

Máximo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Qué tan "extraños" fueron sus sueños, es decir, sueños "raros"?

Mínimo

Máximo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Qué tan "vividó" fueron sus sueños?, significa que los pudo "cambiar", "manejar" según sus deseos.

Mínimo

Máximo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Encuesta sobre las opiniones en torno a la ley de interrupción voluntaria del embarazo en profesionales de Salud Mental en Argentina

Juan Cristóbal Tenconi¹, Maximiliano Cesoni²,
Mariana Lagos³, Viviana A. Peskin⁴

1. Médico Psiquiatra y Psicoanalista. Coordinador de los cursos de médico especialista en psiquiatría del Instituto Superior de Formación de Postgrado, Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Docente adscripto, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

2. Médico Especialista en Psiquiatría. Ex Presidente del Capítulo de Psiquiatras en Formación, Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Hospital "José T. Borda", CABA.

3. Médica Psiquiatra (UBA). Presidente del Capítulo de Salud Mental, Derechos Humanos y Emergencias Sociales, Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Miembro del comité ejecutivo del Consejo Internacional de Rehabilitación de Víctimas de Tortura (IRCT).

4. Médica Especialista en Psiquiatría (UBA). Miembro de los Capítulos de Psiquiatras en Formación, Investigación en Psiquiatría y Práctica de la Docencia e Investigación Educativa en Salud Mental, Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).

Autor correspondiente: Juan Cristóbal Tenconi, E-mail: juantenconi@gmail.com

Resumen

El objetivo de esta investigación es conocer las opiniones de los profesionales de la Salud Mental en Argentina sobre la interrupción del embarazo en el contexto del debate parlamentario sobre esta temática. Con este fin, el equipo de investigación diseñó una encuesta que fue aplicada entre profesionales de la salud mental en el XXXIII Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA. *Resultados:* El 91,8% de los encuestados manifestaron estar informados sobre la actual discusión legislativa de la ley de interrupción voluntaria del embarazo. El 83,5% de los profesionales que respondieron la encuesta está de acuerdo con la despenalización del aborto. *Conclusiones:* Dado que las consecuencias de un cambio de legislación tendrán un impacto en la salud de la población, nos parece que los resultados obtenidos deberían sumarse al debate actual.

Palabras clave: Interrupción legal del embarazo - Aborto - Leyes de salud.

SURVEY AMONG MENTAL HEALTH PROFESSIONALS IN ARGENTINA ON OPINIONS TOWARDS VOLUNTARY PREGNANCY INTERRUPTION

Abstract

The goal of this research is to learn the opinions and attitudes towards pregnancy interruption among Mental Health professionals in Argentina, taking into account the current Congress debate. In order to achieve the goal, the research team designed a questionnaire applied among mental health providers at the XXXIII Argentinian Psychiatry Congress, Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). *Results:* 91.8% of the participants responded to be informed on current parliamentary discussion on voluntary pregnancy interruption (termination). 83.5% of Mental Health providers who answered the survey agree to decriminalize abortion. *Conclusions:* Given that the consequences of changing the current legislation would have an impact in Public Health, we believe that these results should be taken into account in the current debate.

Key words: Legal termination of pregnancy - Abortion - Health laws.

Introducción

El debate planteado en el Congreso de la Nación Argentina sobre la ley de interrupción voluntaria (1) del embarazo fue una expresión más del histórico reclamo por la legalización (2) del aborto planteado durante años por diversos actores de la sociedad civil en el país. Esta particular circunstancia motivó a dar al tema un espacio de visibilidad y reflexión en nuestro medio profesional (3) e impulsó la presente investigación.

La temática del aborto, sus consecuencias sanitarias y la legislación que lo habilita o sanciona constituyen un motivo de debate no solo en la Argentina sino también alrededor del mundo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el estatus socioeconómico de las mujeres, en particular aquellas con menos recursos, es un importante factor a tener en cuenta en relación con las consecuencias del aborto para la salud, dado que son quienes presentan mayor riesgo de someterse a un aborto peligroso definido el mismo como aquellas prácticas realizadas sin personal de salud entrenado y sin acceso a los medios sanitarios requeridos. La probabilidad de que este procedimiento se realice en este grupo socioeconómico en embarazos avanzados es también mayor e incrementa el riesgo de defunciones y traumatismos (4). Un informe de las Naciones Unidas señala que aquellos países que tienen una legislación restrictiva en torno a la interrupción del embarazo presentan tasas de aborto no seguro cuatro veces más altas y tasas de mortalidad materna tres veces más altas que aquellos países con legislación menos restrictiva en torno a esta problemática (5).

Como plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS) la poca disponibilidad de servicios, los costos elevados, la estigmatización, la objeción de conciencia del personal sanitario y los requisitos innecesarios, tales como períodos de espera obligatorios, modalidad del asesoramiento, junto con la legislación restrictiva, son obstáculos que incrementan el riesgo de la práctica del aborto para la salud y la vida de las mujeres.

Por otro lado, la OMS elaboró un *Manual de práctica clínica para el aborto seguro* (4) en el cual brinda informaciones a los profesionales de la salud en torno al tema. Señala, así, que cada profesional debe conocer la legislación nacional y regional, y plantea que se *“deberían proteger y promover la salud de las mujeres y las adolescentes y sus derechos humanos; la toma de decisiones informada y voluntaria; la autonomía en la toma de decisiones; la no discriminación; la confidencialidad y privacidad”*.

Históricamente según Marge Berer (6), la prohibición del aborto respondía principalmente a tres causas: el peligro que atravesaban las mujeres que buscaban realizarse un aborto, la consideración de esta práctica como un pecado o una inmoralidad, y/o la idea de que debía mantenerse la vida del feto antes que resguardar la vida y la autonomía de la mujer.

Revisando la situación de la legislación en torno al aborto a nivel mundial, en el 98% de los países esta práctica está permitida para salvar la vida de la madre (6),

en el 63% se permite el aborto vinculado a la salud materna y en el 62% para preservar la salud mental materna. El porcentaje de países desciende a menos del 50% si se consideran como motivo para abortar los casos de violación o incesto (43%) o las anomalías fetales (39%). Sólo un 32% a nivel mundial permite el aborto debido a situaciones socio-económicas desfavorables y el 27% teniendo como único requisito un pedido de la mujer (6).

Dentro de los países de la región, Uruguay, Cuba, Guyana Francesa y Puerto Rico tienen las legislaciones menos restrictivas en relación a la interrupción del embarazo. El Salvador, Honduras, Nicaragua y Haití, se encuentran en las antípodas, no permitiendo la interrupción voluntaria, sin contemplar ninguna excepción (4).

En América Latina (6), se ha visto, en los últimos años, distintas medidas e interpretaciones de las leyes favoreciendo menos restricción y mayor inclusión de causales para la interrupción voluntaria del embarazo. En los EE. UU. (7), que presenta una política menos restrictiva, varios estados están evaluando limitar la práctica que si bien no está legislada ha sido habilitada por un fallo de la Corte Suprema.

En la Argentina, el primer Código Penal, de 1886, penaliza el aborto en todas sus formas. Posteriormente se realizaron sucesivas reformas que fueron siendo más permisivas a la posibilidad de realizar un aborto no punible. En 1921 se introdujo un cambio retomado en 1984 (3, 8). En el año 2012 la Corte Suprema de Justicia de la Nación se expidió en el caso FAL (9) con un fallo que provee una interpretación concreta de la norma de 1921. Luego, en 2015, retomando ese fallo el Ministerio de Salud de la Nación estableció el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (10) que tiene como objetivo el acceso a esta práctica de acuerdo a la normativa vigente.

Según el Código Civil y Comercial, que plantea los derechos humanos como rectores de la interpretación, el aborto se permite si *“el embarazo es producto de una violación, entendida como cualquier relación sexual no consentida o en un marco de violencia de género”* y *“Si el embarazo pone en riesgo la vida o la salud, definida en la legislación nacional e internacional como salud integral, es decir, en sus dimensiones biológica, psicológica y social (OMS/ Ley Básica de Salud)”* (11).

Existen controversias en relación a las implicancias en la salud física y mental de aquellas mujeres que abortan (20). Las consecuencias de esta práctica en la salud parecieran estar vinculadas al contexto de clandestinidad, y no al aborto en sí mismo. Un trabajo de 1992 (12) reportó que los estudios citados que denostaban el aborto tenían menor rigurosidad metodológica que los que planteaban una conducta más permisiva frente a este. Remarcaba que el problema era más legal y político que sanitario. Coleman, en una revisión de la literatura efectuada en 2011, plantea que el aborto conlleva problemas mentales *a posteriori*. Sin embargo, un reciente artículo publicado en JAMA (15), en 2019, señala que entre las mujeres que buscaron el aborto aquellas cuyo embarazo

llegó a término, tuvieron peor salud física que aquellas que abortaron. Existen estudios que dan cuenta que un aborto en el contexto de un embarazo no deseado no implica mayor riesgo de desarrollar sintomatología psiquiátrica en comparación con embarazos a término en el mismo contexto (13). Diversos artículos ponen el foco en el hecho del embarazo no deseado, no tanto en la interrupción o no, y plantean estrategias desde la salud mental en el acompañamiento (14) y toma de decisiones de aquellas mujeres atravesando esa situación.

Desde los Capítulos de Salud Mental de la Mujer, Derechos Humanos y Emergencias Sociales de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) se vienen realizando actividades cuyo objetivo ha sido, y es, comprender la complejidad de la problemática del aborto en el marco institucional. En especial los aspectos de la subjetividad y los efectos en la salud mental que la ilegalidad y los prejuicios sociales hacen pesar sobre esta práctica. El Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA resultó un escenario propicio para explorar esta temática entre los profesionales de la Salud Mental.

Este trabajo intenta una exploración contextual sobre un tema directamente ligado a la práctica profesional de los psiquiatras y a la salud mental, particularmente de las mujeres (13,15, 16), el cual constituye un tema pendiente en la agenda de la Salud Pública.

En consecuencia, el objetivo de la presente investigación fue conocer las opiniones de los profesionales del campo de la Salud Mental asistentes al Congreso Argentino de Psiquiatría del año 2018 sobre la interrupción del embarazo en el contexto del debate parlamentario sobre esta temática que se propone en el Congreso Nacional.

Materiales y métodos

El equipo de investigación confeccionó una encuesta anónima y voluntaria para conocer las opiniones de los profesionales asistentes al XXXIII Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA. Ella fue entregada al momento de la inscripción en formato papel a la mayoría de los asistentes del Congreso entre el 18 y el 21 de abril de 2018, y distribuida en algunos de los salones de actividades. Los encuestados devolvían la encuesta respondida al personal que realizaba las inscripciones. En caso de no poder realizarla en ese momento y lugar, la encuesta estaba disponible en un link para llenar el cuestionario en la misma ventana de tiempo.

La encuesta constaba de 9 preguntas (ver Anexo 1). Las primeras 4 sobre información sociodemográfica (edad, género, profesión, socio de APSA). Luego dos preguntas en relación al conocimiento de la legislación vigente actualmente sobre la interrupción del embarazo y la discusión parlamentaria en este tema; tres preguntas con opción múltiple en relación a la opinión del profesional sobre distintos aspectos del tema y seis afirmaciones tipo likert con cinco opciones de respuesta (muy de acuerdo, algo de acuerdo, algo en desacuerdo, muy en desacuerdo, no sé).

Análisis estadístico

El software utilizado para realizar el análisis estadístico fue SPSS Statistics 24. Aquellas variables dicotómicas se analizaron con chi cuadrado, mientras que las variables continuas con test t. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$. En algunos momentos del análisis de los resultados, y con el fin de simplificar la lectura, hemos agrupado las respuestas tipo likert en tres grupos: a) De acuerdo (donde incluimos muy de acuerdo y algo de acuerdo), en b) Desacuerdo (unificando donde incluimos muy en desacuerdo y algo en desacuerdo), c) No sé.

Resultados

En el momento de la acreditación al congreso 1006 asistentes sobre los 5600 inscriptos contestaron la encuesta, o sea cerca del 18% (66,8% mujeres, 659; y 33,2% varones, 328).

En relación al conocimiento de la legislación vigente, el 79% (n=776) refirió que la interrupción del embarazo es legal actualmente frente a riesgo de salud/violación, un 13% (n=128) señala que en ninguna circunstancia es posible la interrupción.

El 30% de aquellos que desconocían la legislación actual se encuentran entre los 20 y los 39 años, 41% entre 40 y 59 años y el 27,4% fueron mayores de 60 años. Dentro de aquellos que conocen la legislación, 37,4% se encuentran entre 20 y 39 años, 43% entre 40 y 59 años y 18,5% en aquellos mayores de 60 años.

Tabla 1.

Variables sociodemográficas	n (%)
Edad Media	45,67 (SD 14,1)
Género (contestaron 987)	
Masculino	328 (33,2)
Femenino	659 (66,8)
Profesión (contestaron 991)	
Psiquiatra	403
Médico no psiquiatra	71
Lic. en Psicología	243
Lic. en Trabajo Social	24
Otros	112
Socios de APSA (contestaron 998)	
SI	217 (21,7)
NO	781 (78,3)

El 91,8% (n=903) de los encuestados manifestaron estar informados sobre la actual discusión legislativa sobre ley de interrupción voluntaria del embarazo. El 83,5% de los profesionales que respondieron la encuesta (n=832) está de acuerdo con la despenalización del aborto. En la Tabla 2 se observan los resultados obtenidos de las preguntas tipo likert.

Tabla 2. Resultados obtenidos de las preguntas tipo likert.

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
Si la vida de una mujer corre peligro	90%	5%	1%	3%	1%
Si una mujer quedó embarazada debido a una violación	82%	11%	1%	5%	1%
Si el feto tiene una malformación incompatible con la vida extrauterina	80%	10%	4%	5%	1%
Si una mujer así lo decide	59%	13%	9%	17%	2%
Si la mujer y su familia carecen de recursos económicos	46%	14%	12%	25%	3%
Si una mujer quedó embarazada porque falló el método anticonceptivo	52%	12%	9%	23%	4%

El 95,1% de aquellos que contestaron la encuesta está de acuerdo con permitir la realización de un aborto en el caso en que la vida de la mujer corra peligro. El 92,4% está de acuerdo con legalizar el aborto en aquellos casos en que la mujer quedó embarazada debido a una violación. Vale recordar aquí que estas opciones coinciden con las causales ya vigentes en las que el aborto no es punible en Argentina. Dentro de los encuestados el 90,5% está de acuerdo con legalizar el aborto si el feto tiene una malformación incompatible con la vida extrauterina, y un 70,4% lo legalizaría si una mujer así lo decide. Esta última opción muestra un porcentaje menor de acuerdo entre los varones encuestados (30% en género masculino, 70% femenino). El promedio de edad de los que estuvieron de acuerdo con esta afirmación, fue de 44,9 años.

No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en las respuestas dadas entre aquellos profesionales psiquiatras y aquellos profesionales de otras disciplinas. Tampoco entre nivel de acuerdo con respecto a cifras de legalización del aborto entre socios y no socios de nuestra institución. El 70% de los entrevistados refirió estar a favor de la despenalización del aborto desde la semana 14. Un 39% está de acuerdo con que siempre sea posible, independientemente de las semanas de gestación.

Discusión

El debate planteado se sitúa en torno a la legalización y la despenalización del aborto, teniendo en cuenta que no son lo mismo. Se entiende por despenalizar eliminar una figura del Código Penal de la Nación. En cambio, legalizar implica, no sólo despenalizar, sino que el Estado debe generar las estructuras y herramientas para el acceso y realización segura de la práctica del aborto. Esto nos lleva a señalar, como primera cuestión que se desprende de los resultados obtenidos, que más de la mitad de los encuestados manifestó acuerdo con la interrupción del embarazo en función de la decisión de la mujer. Cabe destacar que la realización de la encuesta

en el marco del Congreso Argentino de Psiquiatría coincidió con un contexto social en donde se debatía en el Congreso, en las calles y en la sociedad en su conjunto, la aprobación de una nueva ley al respecto. A pesar del rol de los profesionales de la Salud Mental y del impacto que la aprobación de la ley traería aparejado en la Salud Pública, es llamativo que sólo el 18% de quienes recibieron la encuesta la respondieron. Esto podría estar vinculado con diversos factores: falta de interés por realizar una encuesta, sea la que fuese; escaso interés sobre el tema; percepción por parte de los profesionales de la Salud Mental que su opinión o su participación en una encuesta no tendría impacto o consecuencias en el debate actualmente planteado; factores relacionados con el contexto de la entrega (momento de la inscripción al Congreso); poca claridad en la entrega del cuestionario, etc. Es de remarcar que tanto senadores como diputados de la Nación han solicitado la opinión de expertos, convocando a hacer presentaciones con datos y argumentos en relación al nuevo proyecto de ley.

Teniendo en cuenta que las respuestas provienen de profesionales de la Salud Mental, y el momento histórico en el cual se realizó la encuesta, es importante remarcar que un 13% desconoce la legislación actual vigente. Sin embargo sólo un 9% refirió desconocer el debate legislativo actual sobre la temática. Existe controversia en relación a si el aborto tiene o no consecuencias en la salud mental de la mujer abortante. Las investigaciones científicas realizadas hasta la fecha dan cuenta de las dificultades existentes en la interpretación de los resultados. Como se dijo antes (*vide supra*) las mujeres que se someten a un aborto presentan repercusiones psíquicas que podrían explicarse por el contexto de clandestinidad y condena social y no por la interrupción en sí misma (17, 18).

Otras observaciones relevantes de la encuesta arrojan que los porcentajes varían de acuerdo a las causas que motivan la interrupción voluntaria del embarazo. En aquellas relacionadas con riesgos para la salud es similar el porcentaje entre hombres y mujeres, pero esta proporción cambia cuando se trata de una decisión de la mujer, en la que disminuye el acuerdo por parte de los varones (19).

Conclusiones

Es de esperar que el Estado Argentino pueda tomar las decisiones de Salud Pública necesarias para responder a una demanda postergada en relación a la equidad, el cuidado de la salud y la salud mental de las mujeres. Estamos frente a una coyuntura que interpela en relación a la inclusión e igualdad de derechos, que sin duda representa el desafío de un cambio paradigmático que los profesionales de la salud mental tenemos por delante.

Es obvia la importancia de que los profesionales de Salud Mental se integren a los equipos interdisciplina-

rios establecidos en las asesorías sobre interrupción del embarazo. A partir de los resultados de la encuesta se plantea el desafío de lograr una mayor implicación de los profesionales de Salud Mental a fin de contribuir a fortalecer las condiciones subjetivas y psíquicas de vulnerabilidad de la mujer que consulta.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la Licenciada en Sociología Dalia Szulick por sus contribuciones para esta investigación. ■

Anexo 1

Estimados Colegas:

Este año se abrió el debate sobre la ley para la interrupción voluntaria del embarazo en el Congreso de la Nación en la que se discutirán diferentes proyectos que proponen modificar la legislación actual. Como trabajadores de la salud implicados en esta problemática nos interesa conocer la opinión de todos los participantes del Congreso XXXIII de Psiquiatría.

La encuesta es ANÓNIMA, solamente le llevará unos minutos responderla.

Marque con una X lo que considere correcto.

1. Edad: años

2. Género:

- a. Femenino
- b. Masculino
- c. Otro

3. Profesión:

- a. Médico Especificar especialidad :.....
- b. Licenciado en psicología
- c. Lic. en Trabajo social
- d. Lic. en Musicoterapia
- e. Otra
- f. ¿Es socio de APSA?: si no

4. De acuerdo a su conocimiento, la ley en nuestro país permite la interrupción del embarazo:

- a. En ninguna circunstancia
 - b. Sólo en circunstancias de riesgo de salud o de vida de la mujer y embarazo producto de violación
 - c. Siempre
 - d. No sé
-

5. ¿Está informado sobre la actual discusión legislativa sobre la ley de interrupción voluntaria del embarazo?

- a. Sí
- b. No

6. ¿Cuál es su opinión respecto a la despenalización del aborto (en nuestro país se entiende por aborto a la interrupción del embarazo hasta la semana 20ª)?

- a. Estoy de acuerdo
- b. Estoy medianamente de acuerdo
- c. No estoy de acuerdo
- d. No sé

7. ¿Cuál es su nivel de acuerdo con la realización de un aborto bajo las siguientes circunstancias?

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
Si la vida de una mujer corre peligro					
Si una mujer quedó embarazada debido a una violación					
Si el feto tiene una malformación incompatible con la vida extrauterina					
Si una mujer así lo decide					
Si la mujer y su familia carecen de recursos económicos					
Si una mujer quedó embarazada porque falló el método anticonceptivo					

8. ¿Cree que debe ser legalizada la interrupción del embarazo (lo que implica el compromiso del gobierno a un acceso legal, seguro y gratuito)?

- a. Siempre
- b. Hasta la semana 24
- c. Hasta la semana 14
- d. Hasta la semana 8
- e. Hasta la semana 6
- f. Nunca
- g. No sabe /no contesta

9. ¿Le interesaría participar de un debate sobre el tema en el ámbito de APSA?

- a. No
- b. Si
- c. Posiblemente

Referencias bibliográficas

1. Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo – Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito. <http://www.abortolegal.com.ar/proyecto-de-ley-presentado-por-la-campana/> (2019)
2. Carta a senadores y senadoras exigiendo la aprobación del proyecto de Interrupción Voluntaria del Embarazo – Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito. <http://www.abortolegal.com.ar/carta-a-senadores-y-senadoras-exigiendo-la-aprobacion-del-proyecto-de-interrupcion-voluntaria-del-embarazo/> (2019)
3. Historia del aborto en Argentina. *Fundación Húésped* <https://www.huesped.org.ar/informacion/derechos-sexuales-y-reproductivos/tus-derechos/interrupcion-legal-del-embarazo/historia-del-aborto-en-argentina/> (2019).
4. Prevención del aborto peligroso. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion> (2019).
5. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2014). *Abortion Policies and Reproductive Health around the World* (United Nations publication, Sales No. E.14.XIII.11).
6. Berer M. Abortion Law and Policy Around the World. *Health Hum Rights*. 2017,19: 13-27.
7. Zelikova NMB, Gretchen Goldman J. Abortion Bans Based on So-Called “Science” Are Fraudulent. *Scientific American Blog Network* <https://blogs.scientificamerican.com/observations/abortion-bans-based-on-so-called-science-are-fraudulent/> (2019).
8. Attali L. Psychological aspects of abortion. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2016,45: 1552-1567.
9. <https://www.cij.gov.ar/nota-8754-La-Corte-Suprema-preciso-el-alcance-del-aborto-no-punible-y-dijo-que-estos-casos-no-deben-ser-judicializados.html>
10. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf
11. Código Penal de la Nación. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm#15> (2019)
12. Wilmoth GH, Alteriis M de, Bussell D. Prevalence of Psychological Risks Following Legal Abortion in the U.S.A: Limits of the Evidence. *Journal of Social Issues*. 1982,48: 37-66.
13. https://www.aomrc.org.uk/wpcontent/uploads/2016/05/Induced_Abortion_Mental_Health_1211.pdf
14. <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex117.pdf>
15. Rubin, R. Among Women Seeking Abortion, Continuing Pregnancy Linked to Worse Physical Health. *JAMA* (2019) doi:10.1001/jama.2019.10313.
16. Ralph LJ, Schwarz EB, Grossman D, et al. Self-reported Physical Health of Women Who Did and Did Not Terminate Pregnancy After Seeking Abortion Services: A Cohort Study. *Ann Intern Med*. 2019;171:238-247. [Epub ahead of print 11 June 2019]. doi: <https://doi.org/10.7326/M18-1666>
17. Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C. B., Lidegaard, Ø. & Mortensen, P. B. Induced First-Trimester Abortion and Risk of Mental Disorder. *N Engl J Med*, 2011, 364: 332-339.
18. <https://www.apa.org/pi/women/programs/abortion/>
19. Biggs MA, Upadhyay UD, McCulloch CE, Foster DG. Women’s Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. *JAMA Psychiatry*. 2017, 74(2):169-178. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.3478
20. Reardon D. C. (2018). The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. *SAGE open medicine*, 6, 2050312118807624. doi:10.1177/2050312118807624.

Prevalencia de depresión y ansiedad probables en estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario, Argentina

Luis I. Martínez Amezaga¹, Luciano Casanovas², Héctor M. García²

1. Médico especialista en Clínica Médica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Santa Fe, Argentina.

2. Estudiantes avanzados de la carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Santa Fe, Argentina.

Autor correspondiente: Luis I. Martínez Amezaga, E-mail: martinezamezaga@gmail.com

Resumen

Introducción: La depresión y la ansiedad afectan a los estudiantes a nivel académico y personal. Los universitarios parecerían mostrar mayor prevalencia de ambos trastornos que la población general. **Objetivo:** Estimar la prevalencia de ansiedad y depresión, y factores de riesgo en estudiantes de medicina. **Métodos:** Estudio transversal, observacional, descriptivo y analítico, mediante encuestas cerradas; del 02/04/19 hasta 10/04/19. Se recolectaron variables sociodemográficas y se realizaron test GAD-7 y PHQ-9, y se definieron ansiedad y depresión probable con un resultado ≥ 10 . Se analizaron los datos utilizando SPSS-V21. Resultados: Se incluyeron 1165 encuestas, 56% presentó ansiedad probable y 57,8% depresión probable. Factores de riesgo para ansiedad probable fueron sexo femenino ($p=0,002$; OR:1,09; IC95%=1,03-1,16), cursar primer año ($p=0,002$; OR=1,2; IC95%=1,08-1,35), ser extranjero ($p=0,005$; OR:1,22; IC95%=1,08-1,39), vivir solo ($p=0,026$; OR:1,14; IC95%=1,02-1,27) y trabajar ($p=0,045$; OR:1,17; IC95%=1,02-1,34). Existe una comorbilidad ansiedad probable y depresión probable del 80,7% ($p<0,001$; OR:3,07; IC95%=2,62-3,59). Los factores de riesgo para depresión probable fueron sexo femenino ($p<0,001$; OR:1,12; IC95%=1,1-1,2), cursar primer año ($p=0,014$; OR:1,15; IC95%=1,04-1,29) y ser extranjero ($p<0,001$; OR:1,27; IC95%=1,13-1,43). **Conclusión:** La mitad de los estudiantes podrían presentar ansiedad y/o depresión. Las mujeres, estudiantes de primer año, extranjeros y aquellos que viven solos tuvieron mayor riesgo de padecer ambas patologías.

Palabras clave: Estudiantes universitarios - Depresión - Ansiedad - GAD-7 - PHQ-9.

PREVALENCE OF PROBABLE DEPRESSION AND ANXIETY IN MEDICAL STUDENTS OF THE NATIONAL UNIVERSITY OF ROSARIO, ARGENTINA

Abstract

Introduction: Depression and anxiety affect students on an academic and personal level. Compared to the population, college students seem to show a higher prevalence of both disorders. **Objectives:** To estimate the prevalence of anxiety and depression, and associated risk factors in a sample of medical students. **Methods:** Cross-sectional, observational, descriptive and analytical study, through closed surveys; from 04/02/19 to 04/10/19. Sociodemographic variables were collected, GAD-7 and PHQ-9 tests were performed, and probable anxiety and depression were defined with cut-off points ≥ 10 for each test. Data was analyzed using SPSS V21. Results: 1165 surveys were included. 56% had probable anxiety and 57.8% probable depression. The risk factors for probable anxiety were female sex ($p=0.002$; OR:1.09; 95%CI=1.03-1.16), first year ($p=0.002$; OR:1.2; 95%CI=1.08-1.35), being a foreigner ($p=0.005$; OR:1.22; 95%CI=1.08-1.39), living alone ($p=0.026$; OR:1.14; 95%CI=1.02-1.27) and working ($p=0.045$; OR:1.17; 95%CI=1.02-1.34). There is a probable anxiety and depression comorbidity of 80.7% ($p<0.001$; OR:3.07; 95%CI=2.62-3.59). The risk factors for probable depression were female sex ($p<0.001$; OR:1.12; 95%CI=1.1-1.2), freshmen ($p=0.014$; OR:1.15; 95%CI=1.04-1.29) and being a foreigner ($p<0.001$; OR:1.27; 95%CI=1.13-1.43). **Conclusion:** Half of the population studied could present anxiety and/or depression. Women, freshmen, foreigners and those who live alone have a higher risk of both diseases.

Key words: Students - Depression - Anxiety - GAD-7 - PHQ-9.

Introducción

Las carreras universitarias, entre ellas la de Medicina, se caracterizan por una constante y creciente exigencia académica, donde son puestas en juego las competencias y habilidades para alcanzar una preparación óptima para los futuros profesionales, los cuales se insertarán en un mercado laboral cada vez más competitivo.

La ansiedad es una respuesta adaptativa a la amenaza o al estrés, mejorando la actuación o desempeño del individuo. Pero si la respuesta es excesiva o desmedida, estos mecanismos se verán deteriorados. Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas (1).

La depresión, es un estado de ánimo bajo y aversión a la actividad; puede afectar los pensamientos, el comportamiento, los sentimientos y la sensación de bienestar de una persona. Los trastornos depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad (1).

La depresión y la ansiedad afectan a los estudiantes tanto a nivel académico como personal. Las consecuencias académicas incluyen deterioro del rendimiento, disminución de la empatía y la ética, y deserción. Las consecuencias personales incluyen el desgaste de las relaciones interpersonales, reclusión social, el abuso de sustancias, alteraciones cognitivas, aumento del riesgo cardiovascular, la disminución del vigor físico y en el peor de los casos el suicidio (2).

En la población general de Argentina, se estima que la categoría de diagnóstico más común en salud mental son los trastornos de ansiedad (9,4%) y el trastorno individual más frecuente fue la fobia específica (4,8%), seguido del trastorno depresivo mayor (3,8%) (3). Sin embargo, en comparación con valores de la población general, el nicho universitario parecería mostrar una prevalencia mayor de trastornos de ansiedad y depresión (4, 5).

Al no contar con datos locales estamos interesados en abordar esta problemática con el objetivo de estimar la prevalencia y factores de riesgo asociados de ansiedad y depresión en estudiantes de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario (UNR), y su asociación con aspectos sociodemográficos, aportando las bases para el abordaje y entendimiento de esta problemática.

Métodos

Diseño del estudio y población

Estudio transversal, observacional, descriptivo y analítico, a partir de encuestas cerradas, realizadas de manera consecutiva a estudiantes de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas, de la UNR, en la ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina; desde el día 02/04/19 hasta el día 10/04/19. Muestreo de tipo consecutivo, probabilístico, aleatorio simple.

El tamaño muestral se calculó para una población de 15.000 estudiantes, con un IC 95%, error relativo del 3%. El número calculado de participantes fue de 997.

Considerando los posibles rechazos y factores confusores se incluyó una muestra final de 1201. Individuos que rechazaron participar se consideraron pérdidas.

Criterios de inclusión: estudiantes de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas, de la UNR, Rosario, Santa Fe, Argentina que acepten completar la encuesta.

Criterios de exclusión: alumnos de otras carreras, médicos recibidos, personas que no accedan a completar la encuesta.

Recolección de datos

Cuestionario *online* anónimo con aspectos sociodemográficos, el cual fue difundido a través de las redes sociales entre el 02/04/19 al 10/04/19. Se recolectaron variables sociodemográficas detalladas en los resultados y se realizaron los test GAD-7 y PHQ-9.

- *GAD-7 (General Anxiety Disorder, 7 items) Trastorno de Ansiedad Generalizada-7 items:* es una herramienta de screening de Trastorno de Ansiedad Generalizada, puede brindar información de la severidad del trastorno, validado para la realización autoadministrada, y en español, argentina (6, 7). Se utilizó el punto de corte ≥ 10 para definir "ansiedad probable", el cual está recomendado por las guías, con una sensibilidad de 68% y especificidad de 88% para detectar cualquier trastorno de ansiedad, y recomendar una evaluación adicional (7). Se empleó un modelo de encuesta validado en español.

- *PHQ-9 (Patient Health Questionnaire, 9 items). Cuestionario de salud del paciente-9 items:* es una herramienta de screening de depresión, de 9 preguntas, puede ser autoadministrado, proporciona evaluación de la severidad de los síntomas y está validado en español (8). Se utilizó el punto de corte ≥ 10 para definir "depresión probable", el cual está recomendado por las guías, con una sensibilidad de 88% y especificidad de 88% para detectar depresión mayor.

A los encuestados se les ofreció la posibilidad de conocer, en forma anónima, el resultado de cada cuestionario sugiriendo la consulta con un profesional en caso que obtuvieran un puntaje mayor o igual a 10 para GAD-7 y/o un puntaje mayor a 5 para PHQ-9.

Análisis estadístico

Se analizaron los datos utilizando SPSS para Windows (PASW Statistics versión 21).

Se efectuó un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes, mientras que las cuantitativas como medias y desviaciones estándar. Las medias de 2 grupos se compararon con la Prueba de la t de Student de medidas independientes o pruebas no paramétricas, dependiendo de la distribución simétrica o asimétrica de las variables. Para la comparación de proporciones se empleó la prueba de la X^2 de tendencia lineal y la prueba exacta de Fisher, dependiendo del tamaño muestral de los grupos. En todos los casos se consideró significativas las diferencias cuyo

valor de p asociado a la prueba de contraste fue $\leq 0,05$. El riesgo se calculó utilizando la medida de Odds Ratio (OR) con Intervalo de Confianza (IC) del 95%.

Resultados

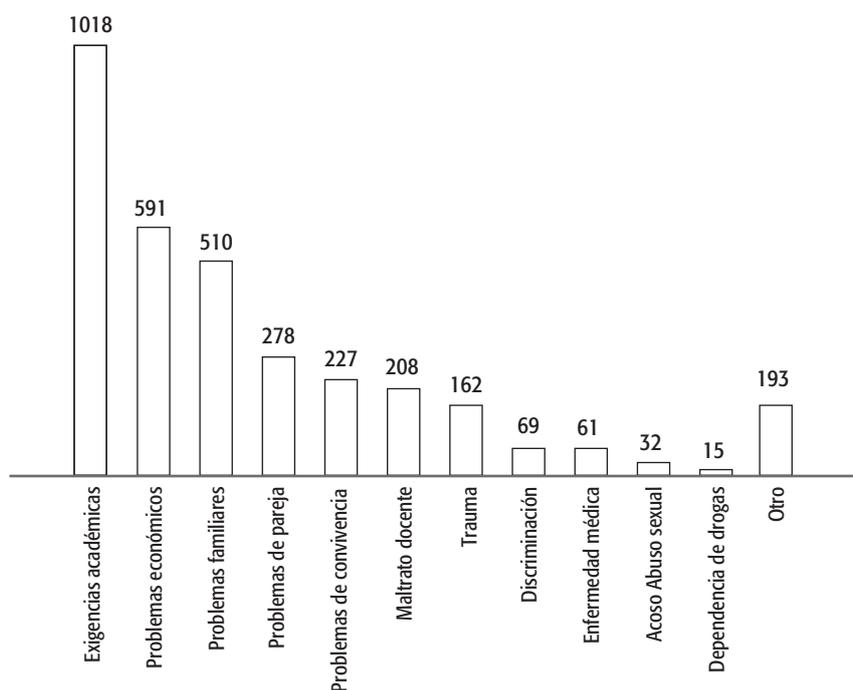
a) Descriptivo

Se obtuvieron 1201 encuestas de las cuales se incluyeron 1165, se descartaron 36; 35 por no ser estudiantes

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.

		n (total =1165)	Proporción (%)
Género	Femenino	939	80,6
	Masculino	226	19,4
Año	1° Año	254	21,8
	2° Año	269	23,1
	3° Año	299	25,7
	4° Año	126	10,8
	5° Año	148	12,7
	Práctica Final Obligatoria	69	5,9
	Procedencia	Rosario/Pueblos aledaños	556
Resto del país		453	38,9
Extranjeros		155	13,3
Fuente principal de financiación	Familia	1005	86,3
	Trabajo	131	11,2
	Beca de estudio	13	1,1
	Otro	193	16,6
Convivientes	Solo	296	25,4
	Familiares	613	52,7
	Amigos/compañeros	255	21,9
Realizó actividad física programada >2 días por semana		505	43,3
Uso de medicación psicofarmacológica en el último mes		144	12,4
De los que precisaron medicación: quiénes la necesitaron días previos al examen		95	66

Figura 1. Valor absoluto de factores que influyen en el estado de ánimo de los encuestados.



de Medicina de la UNR y 1 por negarse a realizar la encuesta. Las características sociodemográficas se muestran en la Tabla 1.

Los factores que los estudiantes refirieron que influyen en su estado de ánimo se muestran en la Figura 1.

Ansiedad

En relación al test GAD-7 se obtuvo una puntuación media de 10,5±5 y se halló que el 56% (n=652) presentaba ansiedad probable.

En la Tabla 2 se muestran las proporciones estratificadas según severidad de ansiedad.

Depresión

Con respecto al test PHQ-9, se halló una media de 11,6±6,4 y el 57,8% (n=673) presentó depresión probable.

En la Tabla 3 se muestran las proporciones estratificadas según severidad de depresión.

Tabla 2. Estratificación según severidad de ansiedad.

Puntaje GAD-7	Severidad de ansiedad	n (total 1165)	Proporción (%)
0-4	Baja probabilidad	153	13,1
5-9	Leve	360	30,9
10-14	Moderada	376	32,2
>15	Severa	276	23,7

Tabla 3. Estratificación según severidad de depresión.

Puntaje PHQ-9	Severidad de depresión	n (total 1165)	Proporción (%)
0-4	Ninguna-mínima	185	15,9
5-9	Leve	307	26,4
10-14	Moderada	299	25,7
15-19	Moderadamente severa	215	18,5
20-27	Severa	159	13,6

b) Analítico

Ansiedad

No hubo una correlación estadísticamente significativa entre la ansiedad y la edad de los encuestados.

Con respecto a las variables cualitativas, en la Tabla 4 se muestran las proporciones para ansiedad probable de cada una de ellas y su correlación estadística. Para aquellas que tuvieron una correlación estadísticamente significativa se muestran los OR y sus IC95%.

En la Figura 2 se muestra el Forest Plot con los OR y los IC 95% para cada variable que presentó una relación estadísticamente significativa con ansiedad.

Depresión

No hubo relación estadísticamente significativa entre la proporción de depresión probable y edad.

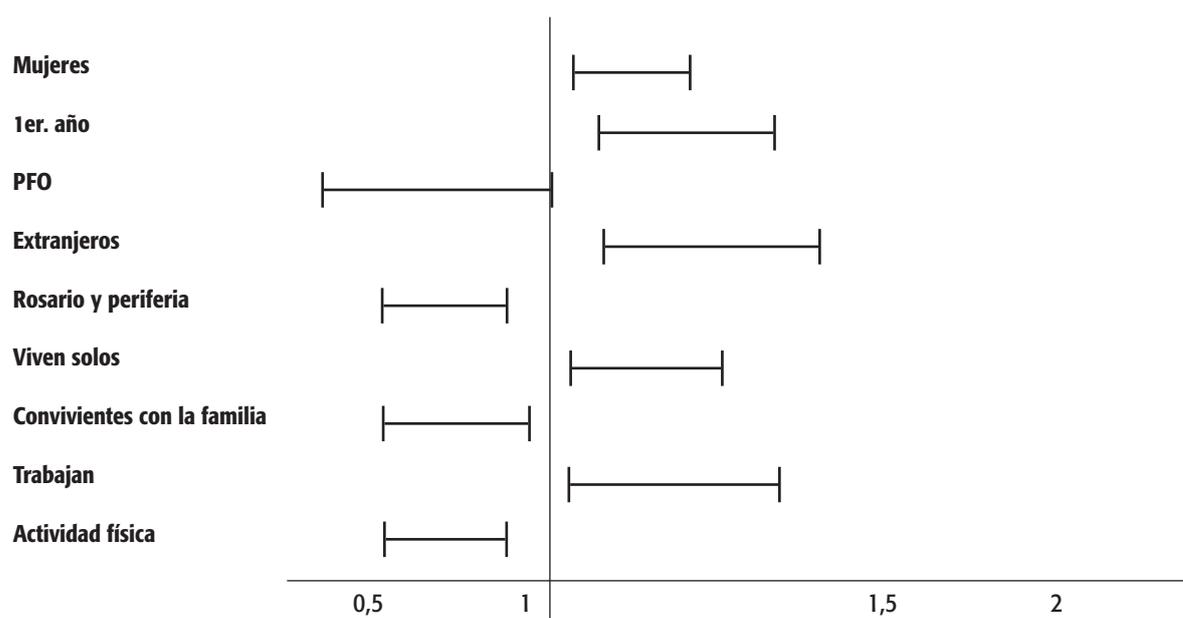
Con respecto a las variables cualitativas, en la Tabla 5 se muestran las proporciones para depresión probable de cada una de ellas y su correlación estadística. Para aquellas que tuvieron una correlación estadísticamente significativa se muestran los OR y sus IC 95%.

En la Figura 3 se muestra el Forest Plot con los IC 95% para cada variable que presentó una relación estadísticamente significativa con depresión probable.

Tabla 4. Proporción de ansiedad probable para cada variable y su correlación estadística (*).

		Ansiedad probable				
		n	%	p	OR	IC95%
Género	Hombres	106	46,9%			
	Mujeres	545	58,1%	0,002	1,09	1,03-1,16
Año de cursado	1ero	164	64,6%	0,002	1,2	1,08-1,35
	2do	138	51,3%	0,08		
	3ero	179	59,9%	0,11		
	4to	64	50,8%	0,22		
	5to	76	51,4%	0,23		
	Práctica final obligatoria	30	44,1%	0,043	0,78	0,6-1
Procedencia	Rosario/alrededores	285	51,3%	0,002	0,85	0,77-0,95
	Resto del país	263	58,1%	0,24		
	Extranjero	103	66,5%	0,005	1,22	1,08-1,39
Convivientes	Solo	182	61,5%	0,026	1,14	1,02-1,27
	Familia	320	52,2%	0,007	0,87	0,78-0,96
	Compañeros/Amigos	149	58,4%	0,36		
Fuente de ingreso	Familia	552	54,9%	0,083		
	Trabajo	84	64,1%	0,045	1,17	1,02-1,34
	Beca	5	38,5%	0,20		
	Otro	118	61,1%	0,11		
Actividad física		253	50,1%	<0,001	0,83	0,75-0,92
Depresión probable		526	78,2%	<0,001	3,07	2,62-3,59

(*) Se muestran los OR e IC95% para aquellas variables que tuvieron una correlación estadísticamente significativa.

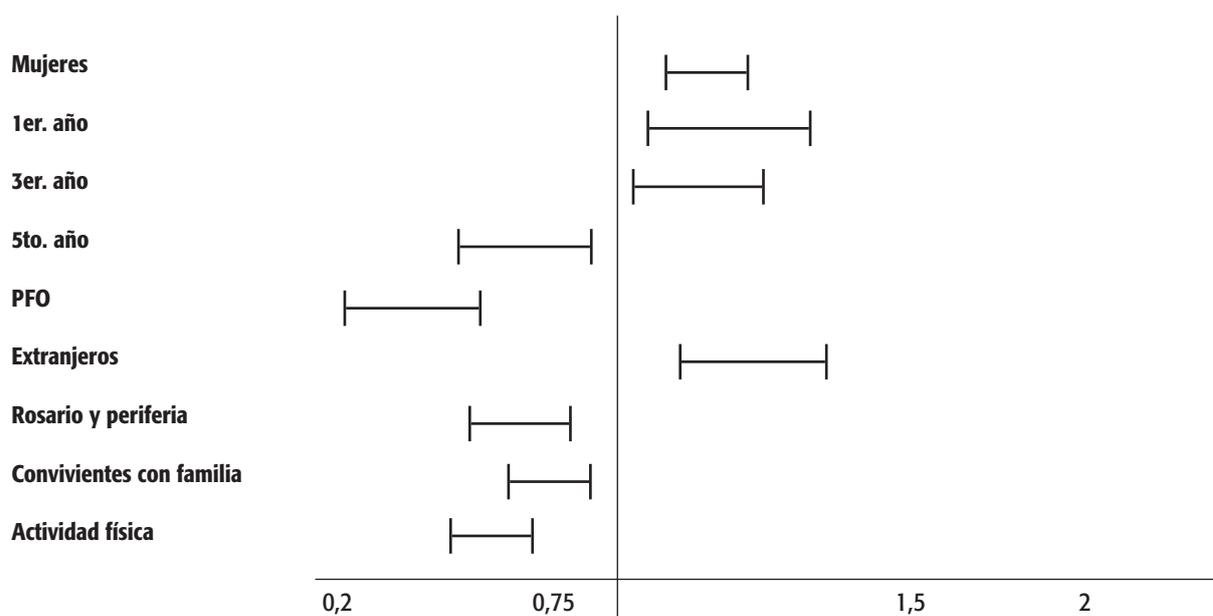
Figura 2. Forest Plot para riesgo de ansiedad probable.

PFO: Práctica final obligatoria.

Tabla 5. Proporción de depresión probable para cada variable y su correlación estadística.*

Categoría		Depresión probable				
		n	%	p	OR	IC95%
Género	Hombres	104	46%			
	Mujeres	569	60,7%	<0,001	1,13	1,1-1,2
Año de cursado	1ero	164	64,6%	0,014	1,15	1,04-1,29
	2do	161	59,9%	0,44		
	3ero	191	63,9%	0,014	1,15	1,03-1,27
	4to	68	54%	0,35		
	5to	70	47,3%	0,006	0,8	0,67-0,95
	Práctica final obligatoria	19	27,9%	<0,001	0,47	0,31-0,69
Procedencia	Rosario/alrededores	292	52,5%	<0,001	0,84	0,76-0,93
	Resto del país	271	59,8%	0,27		
	Extranjero	110	71%	<0,001	1,27	1,13-1,43
Convivientes	Solo	183	61,8%	0,11		
	Familia	331	54,0%	0,005	0,87	0,79-0,96
	Compañeros/Amigos	159	62,4%	0,097		
Fuente de ingreso	Familia	571	56,8%	0,08		
	Trabajo	85	64,9%	0,08		
	Beca	8	61,5%	0,78		
	Otro	124	64,2%	0,048	1,14	1,01-1,28
Actividad física		249	49,3%	<0,001	0,77	0,69-0,85
Ansiedad probable		526	78,2%	<0,001	2,82	2,44-3,24

(*) Se muestran los OR e IC95% para aquellas variables que tuvieron una correlación estadísticamente significativa.

Figura 3. Forest Plot para riesgo de depresión probable.

PFO: Práctica final obligatoria.

Discusión

Se encontró una elevada prevalencia de ansiedad y depresión probable en estudiantes de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNR, encontrando que, aproximadamente la mitad de los estudiantes podrían sufrir de cualquiera de estos trastornos. Además, estos valores son superiores a otros trabajos similares (9, 10, 11).

Al igual que otras investigaciones, encontramos que existe una mayor prevalencia y riesgo de ansiedad y depresión probable en mujeres. Los motivos más estudiados sobre este hallazgo son: factores hormonales, genéticos y ambientales como desigualdad estructural de género a nivel macrosocial, la mayor propensión de experimentar factores estresantes como abuso sexual infantil, tener estilos cognitivos o de afrontamiento más propensos a la preocupación (12,13).

El mayor riesgo hallado de ansiedad y depresión probable en estudiantes de primer año fue coincidente con otros trabajos (9, 13, 17). Esto es esperable, ya que comenzar una carrera universitaria es una situación de cambio vital, con aumento de exigencias académicas, y el consiguiente requerimiento de adaptación, interrupción de las redes de apoyo social, mayor exposición y uso de alcohol y otras drogas recreativas, interrupciones frecuentes del patrón de sueño, y cambio de roles sociales (2, 18).

El menor riesgo de ansiedad y depresión probable en cursantes de los últimos años encontrado en nuestro trabajo se puede explicar ya que, transcurrido el tiempo de cursado, el estudiante promedio ya ha tenido tiempo suficiente de adaptación y elaboración de estrategias para cumplir sus metas. Sin embargo, en la bibliografía consultada estos resultados fueron discordantes (9, 13, 19). Esto puede deberse a las diferencias entre las exigencias académicas de los últimos años, la condición socioeconómica del país en un momento dado para una posterior inserción laboral, la competencia para el ingreso de especialidades, entre otros.

El aumento del riesgo de ansiedad y depresión probable en estudiantes del extranjero puede explicarse por el sentimiento de desarraigo, las diferencias culturales, la adaptación a un nuevo ambiente, las dificultades ocupacionales y profesionales (20). La bibliografía consultada no mostró esta relación, pero pueden deberse a diferencias culturales entre las poblaciones comparadas (13, 19, 21). Por lo antes expuesto, es esperable encontrar un menor riesgo de depresión probable en estudiantes que son oriundos de Rosario y periferia y aquellos que conviven con su familia.

Los estudiantes que trabajan mostraron más riesgo de ansiedad probable. Esto se debe a que existen múltiples factores relacionados al ambiente, como la presión laboral, problemas económicos, mala relación con empleadores, menor tiempo libre, entre otros (22).

El menor riesgo de ansiedad y depresión probable en estudiantes que realizan ejercicio, coincide con la extensa bibliografía que sugiere los efectos beneficiosos como el aumento de la serotonina y endorfinas, y disminución del cortisol y la respuesta noradrenérgica (17, 23, 24, 25, 26, 27).

La relación positiva entre el riesgo de ansiedad y depresión probable, se encuentra ampliamente estudiada y la comorbilidad entre ambas en estudiantes es conocida (23). Existen varias teorías, una de ellas es que las dos condiciones tienen mecanismos neurobiológicos similares, haciendo más probable que “aparezcan” juntas. Otra es que tienen muchos síntomas superpuestos, por lo que las personas con frecuencia cumplen los criterios para ambos diagnósticos. Además, estas condiciones a menudo se presentan simultáneamente cuando una persona es activada por un estresante o estresores externos (28, 29).

Como limitación de nuestro estudio, los datos recabados fueron a través de una encuesta voluntaria, y difundida por las redes sociales, sin poder recabar el número total de estudiantes que tuvieron acceso a la encuesta y decidieron no realizarla. Asumimos que aquellos que podrían estar atravesando una situación adversa asociada a depresión o ansiedad se verían más inclinados a contestar la encuesta que aquellos que no, por lo que esto sobreestimaría la prevalencia de ansiedad y depresión probable. Otra limitación de nuestro estudio es que no contamos con la información de la cantidad de estudiantes cursando por año, por lo que, si bien sabemos que la muestra fue representativa de la población de estudiantes en su total, no podemos asegurar que haya sido representativa por año de cursado.

Conclusión

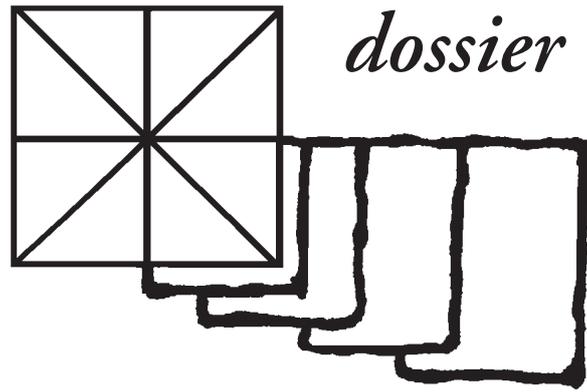
Al menos uno de cada dos estudiantes de esta facultad, debería ser evaluado clínicamente para confirmar o descartar un probable diagnóstico de trastorno de ansiedad o depresión. Las mujeres, estudiantes de primer año, los extranjeros y extranjeras y aquellos que viven solos tienen mayor riesgo de padecer ambas patologías. Por este motivo y por las potenciales consecuencias de los trastornos de ansiedad y depresión, los autores consideran importante realizar medidas para detectarlas, y generar un observatorio a fin de atender las demandas de los estudiantes que se presenten con estas problemáticas y elaborar estrategias de prevención, particularmente en poblaciones susceptibles como la que se ha analizado en esta investigación.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés respecto de este artículo. ■

Referencias bibliográficas

- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª. Ed. Arlington: Panamericana; 2014, pp155-189.
- Khurshid S, Parveen Q, Yousuf I, Chaudhry A. Effects of depression on students' academic performance. *Sciint* 2015; 27 (2): 1619-1624.
- Stagnaro JC, Cía HC, Gaxiola SA, Vázquez N, Sustas S, Benjet C, et al. Twelve-month prevalence rates of mental disorders and service use in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2018; 53 (2): 121-129.
- Czernik S, Giménez S, Morel M, Almirón L. Variables socio-demográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de Medicina de Corrientes, Argentina. *Alceón: Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* 2006; 13: 64-73.
- Motta RL; Hidalgo PM; Gola V; Ortiz P; Miatello R. Trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes de Medicina. Oct 2009 [citado 2017]; 1-14. Disponible en <https://psicoadolescencia.com.ar/docs/3/final6.pdf>
- Plummer F, Manea L, Trepel D, McMillan D. Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic metaanalysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016; 39 (1): 24-31.
- García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Páramo M, et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 8 (1): 8.
- Baader T, Molina JL, Venezian S, Rojas C, Farías R, et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev. chil neuro-psiquiatr*. 2012; 50 (1): 10-22.
- Louise M. Farrer, Bennett K, Fassnacht DB, Griffiths KM. Demographic and psychosocial predictors of major depression and generalised anxiety disorder in Australian university students. *BMC Psychiatry*. 2016; 1 (1): 241-250.
- Chinthaka B Samaranayake, Arroll B, Fernando AT. Sleep disorders, depression, anxiety and satisfaction with life among young adults. *New Zel Med J*. 2014; 127 (1399): 13-22.
- Marthoenis M, Meutia I, Fathiariani I, Sofyan H. Prevalence of depression and anxiety among college students living in a disaster-prone region. *Alexandria Journal of Medicine* 2018; 54 (4): 337-340.
- Gitay MN, Fatima S, Arshad S, Arshad B, Ehtesham A, et al. Gender Differences and Prevalence of Mental Health Problems in Students of Healthcare Units. *Community Ment Health J*. 2019; 55 (5): 849-853.
- Said D, Kypri K, Bowman J. Risk factors for mental disorder among university students in Australia: findings from a web-based cross-sectional survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013; 48 (6): 935-944.
- Hantsoo L, Epperson CN. Anxiety Disorders Among Women: A Female Lifespan Approach. *Focus (Am Psychiatr Publ)* 2017; 15 (2): 162-172.
- Albert P. Why is depression more prevalent in women? *J Psychiatry Neurosci*. 2015; 40 (4): 219-221.
- Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry*. 2017; 4 (2): 146-158.
- Singh A, Lal A, Singh S. Prevalence of Depression Among Medical Students of a Private Medical College in India. *Online J Health Allied Scs*. 2011; 9 (4).
- Voelker, R. Mounting Student Depression Taxing Campus Mental Health Services. *JAMA* 2003; 289 (16) 2055-6.
- Lun KW, Chan CK, Ip PK, Ma SY, Tsai WW, et al. Depression and anxiety among university students in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. 2018; 24 (5): 466-472.
- Breslau J, Borges G, Tancredi D, Saito N, Kravitz R, Hinton L, et al. Migration from Mexico to the United States and Subsequent Risk for Depressive and Anxiety Disorders A Cross-National Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2011; 68 (4): 428-433.
- Moore A. The Immigrant Paradox: Protecting Immigrants Through Better Mental Health Care. *Albany Law Rev*. 2018; 81 (2): 77-119.
- Mounsey R, Vandehey MA, Diekhoff GM. Working and Non-Working University Students: Anxiety, Depression, and Grade Point Average. *College Student Journal* 2013; 47 (2): 379-389.
- Stubbs B, Vancampfort D, Rosenbaum S. An examination of the anxiolytic effects of exercise for people with anxiety and stress-related disorders: A meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2017; 249 (1): 102-108.
- Aylett E, Small N, Bower P. Exercise in the treatment of clinical anxiety in general practice – a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2018; 18 (1): 559.
- Siri KvamKleppe CL, Nordhus IH, Hovland A. Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016; 202 (1): 67-86.
- Josefsson T, Lindwall, M, Archer T. Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review. *Scand J Med Sci Sports*. 2014; 24 (2): 259-27.
- Schuch FB, Vancampfort D, Richards J, Rosenbaum S, Ward PB, et al. Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. *J Psychiatr Res*. 2016; 77(1): 42-51.
- Lamers F, van Oppen P, Comijs HC, Smit JH, Spinhoven P, et al. Comorbidity Patterns of Anxiety and Depressive Disorders in a Large Cohort Study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry*. 2011; 72 (3): 341-348.
- Zhiguo WU, Yiru F. Comorbidity of depressive and anxiety disorders: challenges in diagnosis and assessment. *Shanghai Arch Psychiatry*. 2014; 26 (4): 227-231.



dossier



IDENTIDADES TRANS Y NO BINARIAS. DESDE LA CLÍNICA A LAS NEUROCIENCIAS

La llamada por algunos “ciencia de lo sexual”, y luego Sexología se constituyó como campo de conocimientos específicos, hacia fines del siglo XIX, a partir de la obra de tres médicos psiquiatras: Richard von Krafft-Ebing (1840-1902), sucesor de Theodor Meynert en la cátedra de la Universidad de Viena y autor del famoso texto Psychopatia Sexualis, en 1886; 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 sexuales y Henry Havelock Ellis (1859-1939) autor, a partir de 1897, de los ocho volúmenes de sus influyentes Studies in the Psychology of Sex.

Pocos años después, en su difundido texto Tres ensayos sobre la teoría sexual, publicado en 1905, 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, Freud elabora una teoría universal de la sexualidad fundándola sobre la noción de libido, distinguiendo teóricamente su doctrina de toda forma de estudio comportamental.

En la psiquiatría, desde finales del siglo XIX, diversos autores comenzaron a interesarse en el tema. En ese contexto fueron introducidos en el lenguaje lego dos neologismos: “heterosexual”, en 1868, y “homosexual” en 1869.

El introductor de ambos términos fue Karl-Maria Kertbeny (1824-1882), escritor, poeta y patriota húngaro. El suicidio de uno de sus amigos de juventud al ser chantajeado por su condición de homosexual produjo una viva impresión en Kertbeny, y lo impulsó a enrolarse en una activa defensa de los derechos del hombre, en particular de los derechos de los homosexuales, ya que sostenía que las leyes en contra de la homosexualidad eran contrarias a los derechos del hombre y que los actos sexuales privados libremente consentidos no debían tener relevancia penal. Para sostener su posición publicó numerosos panfletos y ensayos en contra del artículo 143 del Código Penal prusiano, que castigaba la homosexualidad, y cuyo espíritu punitivo pervivió en el artículo 175 del Código Penal alemán.

Entre los argumentos de los que fue un precursor se encuentra, por ejemplo, su defensa de la homosexualidad como un estado innato, no modificable y permanente de las personas; opinión opuesta a la idea dominante en la época, que consideraba la homosexualidad como un vicio.

En 1878 Kertbeny contribuyó con un capítulo sobre la homosexualidad en la obra Die Entdeckung der Seele (“El descubrimiento del alma”) de Gustav Jäger. Si bien el capítulo fue rechazado por el editor por encontrarlo excesivamente polémico, Jäger asumió la terminología de Kertbeny y la utilizó en el resto de la obra. Lo mismo hizo Krafft-Ebing quien la introdujo en el lenguaje psiquiátrico en su Psychopathia

Sexualis de 1886, popularizando así los términos “homosexual” que reemplazó a las palabras en curso hasta ese momento: *uranista*, *sodomita*, *invertido*; y “heterosexual”, que rápidamente cobró difusión para clasificar a las personas sobre la base de la identidad anatómica del *partenaire* en el acto sexual.

Sin embargo, esa dicotomía simplista dejaba mucho de lo humano fuera de ella o en las sombras. En efecto, en sus estudios históricos Jonathan Ned Katz, autor, entre otras obras del género, de *La invención de la heterosexualidad*, publicado en 1995, demostró la complejidad del puzzle que estos términos permitieron simplificar.

Luego de la Primera Guerra mundial la sexología tomó un cariz político centrado sobre las ideas de la revolución sexual, y en los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial cobró un desarrollo considerable a partir de los EE. UU. El informe elaborado por Albert Kinsey sobre la sexualidad de los hombres y mujeres norteamericanos, publicado entre 1948 y 1953, y los trabajos de William Masters y Virginia Jonson 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.

De 1870 a 1940 se produjo en la sociedad civil, particularmente en Alemania, una serie de sucesos que conmovieron la percepción social sobre la sexualidad. En efecto, al calor de las luchas por la derogación del artículo 175 del código penal alemán y el proceso judicial a Oscar Wilde, Magnus Hirschfeld, Max Spohr, Eduard Oberg y Franz Joseph von Bülow fundaron en Berlín el *Wissenschaftlich-humanitäres Komitee* (Comité Científico Humanitario), primera organización homo-

sexual del mundo y se inició el llamado primer movimiento homosexual, un cambio a partir del cual se desarrolló el movimiento de liberación LGBT o Movimiento por una libre orientación sexual contemporáneo, que tuvo su comienzo formal en 1969 con la manifestación convocada a consecuencia de los acontecimientos acaecidos en un bar gay llamado Stonewall en Nueva York, y cuyo impetuoso desarrollo llega hasta hoy.

Sin embargo, como decíamos en un número anterior de *Vertex* “... 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 cara 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 necesaria 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”; y señalábamos que una *Sexología actualizada*, iluminada por la subjetividad contemporánea, no ha entrado adecuadamente en la curricula de los estudios médicos.

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. ■

Despatologizar a las subjetividades trans, educar en la diversidad: una deuda de la psiquiatría

Silvia Di Segni¹

1. Doctora de la Universidad de Buenos Aires, Médica psiquiatra.

Autora correspondiente: Silvia Di Segni, E-mail: silvia.disegni@gmail.com

Resumen

Este texto propone recorrer sucintamente el proceso de patologización de la subjetividad trans desde el nacimiento de la Sexología y la lucha de los colectivos militantes en defensa de sus derechos hasta nuestros días. A la psiquiatría le cabe, hoy, la responsabilidad de despatologizar las subjetividades trans; de aprender a través de los desarrollos teóricos y vivenciales que han producido activistas trans y de influir para lograr que la despenalización y la despatologización sean universales y que se produzcan los cambios culturales imprescindibles que habiliten la convivencia en la diversidad.

Palabras clave: Patologización – Despatologización - Travestis - Transgénero-Transsexuales - Diversidad sexual.

DEPATHOLOGIZE TRANS SUBJECTIVITIES, EDUCATE IN DIVERSITY. A DEBT OF PSYCHIATRY

Abstract

This article proposes to succinctly go through the process of pathologization of trans subjectivity from the birth of Sexology and the struggle of militant groups in defense of their rights to the present day. Today, psychiatry is responsible for depathologizing trans subjectivities; to learn through the theoretical and experiential developments that have produced trans activists and to influence to make decriminalization and depathologization universal and that the essential cultural changes that enable coexistence in diversity occur.

Key words: Pathologization - Depathologization - Transvestites - Transgender-Transsexuals - Sexual diversity.

La Sexología patologizadora

*Somos traidoras del patriarcado
y muchas veces pagamos esto con nuestra vida.*

Lohana Berkins

El nacimiento de la sexología, como rama de la psiquiatría, no fue un evento feliz al servicio del placer y/o de la salud sexual, sino la instalación de un dispositivo de patologización de toda aquella conducta sexual y/o identidad de género que no contemplara la heterosexualidad con fines reproductivos y que no sostuviera el binomio varón/mujer, sin ambigüedad alguna, en tanto éste fundamento del orden patriarcal. De hecho, la sexología se preocupó, básicamente, por las “desviaciones” de los varones dado que las mismas podían afectar el estereotipo que se quería sostener: *Varón-Blanco-Endosex-Cis-Heterosexual-Cristiano-Normal-Proveedor*, mientras que el otro término del binomio, la mujer, sería desconsiderada, incluso, en las nuevas patologías.

La nueva disciplina entró en tensión con los colectivos de lesbianas y gay que luchaban por sus derechos contra un orden jurídico que los penalizaba y que tuvieron que redoblar la lucha cuando el orden psiquiátrico los patologizó. Con el tiempo esos colectivos irían incluyendo a Lesbianas, Gay, Bisexuales, Travestis, Transgénero, Transexuales, Intertersexuales, Queer y más (LGBTIQ+). Hasta el día de hoy no se ha logrado igualdad de derechos de todos ellos con la heterosexualidad; y, demasiado a menudo, del mismo modo que ocurre con los feminicidios, los miembros de esos colectivos son objeto de abusos que, no pocas veces, terminan con sus vidas y que se han tipificado como travesticidios.

El primer colectivo LG, el *Comité Científico Humanitario*, fue creado en 1897 por el médico, sexólogo y abogado Magnus Hirschfeld, quien propuso el término *travesti* para nombrar a quienes deseaban vestir ropas que habían sido rígidamente designadas para el otro de los únicos dos géneros posibles. Es interesante tener en cuenta, para conocer el contexto cultural, que actores y actrices que hicieran papeles del “otro” sexo/género fueron mal vistos y, en general sería mal vista, la actividad teatral en su conjunto por habilitar esa posibilidad. Esto ocurría a fines del siglo XIX, ¿podremos esperar que haya cambiado la manera de pensar el travestismo? El *Diccionario de la Lengua* de la Real Academia Española (RAE) lo define, hoy en día, del siguiente modo: De *travesti e-ismo*. 1. m. *Práctica que consiste en el uso de las prendas de vestir del sexo contrario*. 2. m. *Práctica consistente en la ocultación de la verdadera apariencia de alguien o algo*. U. t. en sent. fig. (28). En estas dos breves definiciones se despliega un mundo de prejuicios. Se sostiene, allí, que sólo existen dos sexos, claramente definidos, negándose la existencia de personas intersexuales; se confunde sexo con género, dado que las ropas que se usen refieren al género, no al sexo; se oponen los dos únicos sexos reconocidos como “contrarios” ¿por qué lo serían? se

identifica la “verdadera apariencia” con el sexo asignado al nacer y no con la percepción que la persona tenga de sí misma; se ataca la libertad de cada persona de manifestarse según su deseo tildándolo de “ocultación”. Esto último deja en claro el problema que crea el travestismo para el control social: toda persona deberá vestirse de acuerdo a lo que la sociedad disponga de manera de poder identificarla rápida y claramente. Si la persona no vivencia aquello que se le exige, eso no importa, su apariencia verdadera será la que la sociedad patriarcal disponga. Creo que queda bastante claro cuánto ha penetrado en nuestra cultura lo que la psiquiatría patologizó y el trabajo que tenemos por delante para terminar de despatologizar y aportar al desarrollo de una convivencia en la diversidad.

En 1886, Richard von Krafft Ebing publica su libro *Psychopathia sexuales*, el texto fundacional de la patologización, que tuvo una enorme influencia sobre la psiquiatría y el psicoanálisis, por lo menos, hasta mediados del siglo XX. En él, las conductas que habían sido primero pecado y luego delitos, ahora se convertirían en perversiones. Dos acotaciones sobre este hecho: 1) El fundador de la disciplina había sido Heinrich Kaan quien en 1844 publicó la primera *Psychopathia sexualis* (Krafft Ebing usará el mismo título), en la que medicalizaba los pecados, pero su obra quedó en el olvido (18).

2) El texto de Krafft Ebing surgió dentro de la cultura europea e influiría en América sobre aquellos sectores que serían educados en la cultura hegemónica, pero, en la misma época en que nacía la sexología, pueblos originarios de América reconocían más de dos géneros y habilitaban el uso de ropas de manera diversa, aquello que Europa llamaría *travestismo*. Esto ocurría, por ejemplo, en el pueblo tehuelche/mapuche de la Patagonia argentina, por entonces casi exterminado y sobrevive, hasta hoy, en las *muxhes* de Juchitán, México. La naciente nación argentina de fines del siglo XIX realizaba la *Campaña al Desierto* (un supuesto desierto, en realidad habitado por pueblos originarios) por medio de la cual combatía a muerte a sus habitantes y se apropiaba de sus tierras. Pero, al obvio rédito económico de esa campaña quizás habría que agregarle un elemento de orden cultural. Esos pueblos también reconocían a las mujeres derechos que criollos y españoles no hubieran aceptado de ningún modo, por lo que su presencia también afectaba la supervivencia del patriarcado importado de Europa. Ese patriarcado que se reforzaría con la sexología de Krafft Ebing y al que la activista Lohana Berkins, en el siglo XX, reconocería como el enemigo principal.

Es necesario dejar en claro que la patologización de la homosexualidad podía tener algún efecto “positivo” dado el marco legal de la época en Alemania. El art. 175 del Código Penal Prusiano consideraba delito a la homosexualidad, fundamentalmente la masculina, dentro de la que se incluía el travestismo y, al patologizarla, se podía sustraer a la persona del ámbito de la justicia. Con ese fin había batallado contra el art. 175 Karl Marie Benkert, quien escribió una carta al Ministro de Justicia

prusiano exigiendo su derogación. Lo hacía argumentando que era una condición innata y que, por lo tanto, no podía ser penalizada. Dado que uno de los términos más utilizados por entonces, *sodomía*, remitía claramente al pecado creó uno nuevo, *homosexualidad*, para expresar la condición que algunas personas tenían y sobre la cual no eran responsables y no podían ser perseguidas por ello. También Krafft Ebing se opuso al art. 175 al considerar que no se podía criminalizar a alguien que consideraba enfermo. Pero la patologización no tuvo el efecto esperado. Por un lado, tal como lo señala Michel Foucault en su texto *Los anormales*, lejos de mejorar la vida de lxs homosexuales serviría para empoderar a la Sexología sacándole una cuota de poder a la Justicia a través del mecanismo de duplicar al/a la criminal (que seguiría siendo delincuente pero también perverso), al crimen (homosexualidad como delito y como perversión) y al juez (miembro de la justicia y psiquiatra) (13). Por otra parte, el art. 175 no sólo siguió vigente en Alemania sino que, cuando cayó en manos de los nazis fue utilizado para enviar homosexuales a campos de concentración de donde nunca regresaron. Luego de la segunda guerra mundial hubo modificaciones en su contenido, pero sólo pudo ser derogado totalmente en 1994.

Cuando se habla de travestismo se suele hablar de biovarones¹ con ropas femeninas. Es necesario aclarar que siempre hubo travestismo masculino y femenino y que el femenino tuvo representantes exitosos. Hemos conocido y seguimos conociendo ejemplos invisibilizados de biomujeres que vivieron como varones (hoy las llamaríamos transgénero), como el que recogía la revista *Caras y Caretas* en 1930 (12). Se trataba de un varón trans que había logrado vivir así 23 años y conseguir lo que nunca hubiera logrado como mujer en esa época: un cargo en un ministerio. Para lograrlo Raquel Suárez se había transformado en Raúl Suárez.

¿En qué contexto surge el texto de Krafft Ebing? En una Alemania claramente influida por la moral protestante que sostenía que no era necesario que hubiera monjas y monjes sino que cada ser humano debía ser monje, autocontrolarse en todo sentido con el fin de no dilapidar ni energía, ni dinero, ni emociones, ni semen. Tal como lo expresara Max Weber, estos principios muy difíciles de respetar, llevaban a desarrollar una forma de vida hipócrita pero, también, eran funcionales al capitalismo en crecimiento ya que permitieron enriquecer a una burguesía que no cesaba de trabajar y evitaba cualquier “desperdicio”. En ese marco, tal como se analizó anteriormente (8), desde el siglo XVIII, surgieron cruzadas tendientes a atacar la sexualidad. Una gran campaña fue realizada por el renombrado higienista suizo, Samuel Tissot, quien la dirigió contra la masturbación a través de su libro *El onanismo. Disertación sobre las enfermedades producidas por la masturbación*, de 1760 (32). Tissot tenía un antecesor a quien no reconocía como tal: un médico y

escritor de pornografía británico, el doctor John Marten. Con fines obviamente económicos Marten publicó un folleto en el que amenazaba a quienes se masturbaran con deterioro intelectual, físico, gonorrea, epilepsia, infertilidad, locura y cualquier otro mal de etiología desconocida en su época, 1712. La medicina aprendía de la todavía vigente caza de brujas y, con ese tipo de cruzadas, obtenía un éxito que le permitía vender pócimas destinadas a la supuesta curación. El objetivo de esta campaña fueron los adolescentes, sobre todo varones, que con la creación de las escuelas secundarias adquirirían autonomía en relación a sus padres. Cuando Tissot, una autoridad médica, toma la posta, la charlatanería de origen hace un giro de 180 grados y logra imponer dispositivos de control sobre los jóvenes con el fin de “cuidarlos”. El giro se completa cuando se invita al “científico” a llevar sus “conocimientos” a la *Encyclopédie* de Diderot y D’Alambert bajo el ítem *Manstupratio*. Todavía entrado el siglo XIX eran frecuentes los suicidios de jóvenes ante la incapacidad de controlarse y el terror a sus consecuencias. Este es un claro ejemplo de como las cruzadas en el ámbito de la sexualidad son fáciles de instaurar, sobre todo cuando hacen pie en preceptos y prácticas religiosas, y muy difíciles de eliminar aún con la *ESI (Educación Sexual Integral)* mediante. Y que, también es responsabilidad de nuestra disciplina tomar cartas en el asunto.

Si la masturbación era considerada un desperdicio de energía y del fluido fundamental, el semen, la sexualidad también lo sería, excepto que generara productos/hijos. Y al tema energético/económico se sumaba la cuestión degenerativa introducida por Morel, de manera que era necesario definir qué conductas era importante erradicar para evitar la degeneración de la especie, en particular de su moral. Si además, con todo esto se contribuía a reforzar el patriarcado la propuesta tenía todos los condimentos para tener éxito. Es interesante acotar que, a fines del siglo XIX, época de comienzo de la obra de Freud, la sociedad vienesa era más liberal respecto de las prácticas sexuales, en comparación con la rigidez de la alemana, aunque mantuviera el puritanismo en las apariencias.

En ese contexto, el sexólogo ubica a su texto en un lugar imprescindible: “*Como el mantenimiento de las buenas costumbres y la moralidad es una de las condiciones de existencia más importante para la comunidad pública, el Estado no puede nunca hacer demasiado cuando se trata de proteger a la moralidad en su lucha contra la sensualidad*” (19).

Krafft Ebing estaba generando una cruzada y, de allí en más traduciría, como su predecesor Kaan, algunos preceptos religiosos a lenguaje pseudocientífico. Por ejemplo: en el siglo IV Juan Crisóstomo, uno de los Padres de la Iglesia Católica, estableció la “natural sumisión” de la mujer al varón como castigo por el pecado de Eva. Catorce siglos después el sexólogo dirá: “*La sumisión voluntaria de la mujer al otro sexo es un fenómeno fisiológico*” (19).

1- Por biovarones entendemos seres humanos a quienes se les asignó sexo y género masculino al nacer; y, por biomujeres a quienes se les asignó sexo y género femenino al nacer.

También naturalizaba el masoquismo en la mujer y, obviamente, el sadismo en el varón.

Allí donde había estado Dios ahora se ubicaría a la diosa Naturaleza a través de su hija Fisiología sin que nadie reparara en la contradicción de considerar que un fenómeno fisiológico fuera voluntario. Traducir preceptos religiosos a lenguaje pseudocientífico lleva a que estos resuenen masivamente, fácil y rápidamente, algo para lo cual ciertos conceptos científicos tienen dificultad. Se estaba gestando un *best seller* y se logró ese objetivo. El texto sería publicado ininterrumpidamente, desde 1886 hasta 1903, en varios idiomas y seguiría influyendo de manera directa e indirecta sobre libros de texto de psiquiatría durante todo el siglo XX, así como sobre clasificaciones como el *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)* de la *American Psychiatric Association* y la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)* de la *Organización Mundial de la Salud (OMS)*.

¿Qué otros elementos contribuyeron al éxito del texto de Krafft Ebing? Tomó el título de Kaan en latín, lo que generaría una fachada de "autoridad" académica que la naciente sexología todavía no había adquirido. A diferencia de su predecesor que lo había escrito todo en lengua clásica, el sexólogo dejaría algunos pasajes sin traducir al alemán y lo justificaría diciendo que, de ese modo, protegía las mentes sensibles y frágiles que no accedían a ese conocimiento: mujeres y niñas. Otro aspecto interesante es que el autor casi no recogía experiencia clínica, porque no la tenía; lo que tenía a disposición eran expedientes policiales, material que, como sabemos, produce enorme curiosidad. Sobre el libro actuó la censura para "proteger" a la población. Se habilitó la compra, exclusivamente, a médicos y abogados (varones, obviamente) lo que disparó las ventas.

El texto tiene un subtítulo: "*Con especial referencia a la inversión sexual*" y, de hecho, la mitad está dedicada a la homosexualidad, básicamente masculina dado que al patriarcado le preocupaba entender por qué un varón renunciaría a la sexualidad y/o a las características de género más valoradas en su entorno. El lesbianismo quedaba en un lugar secundario por diversos motivos: formaba parte del imaginario erótico patriarcal, no producía temidos embarazos y, eventualmente, provocaría menos celos a un hombre que una infidelidad con otro varón.

El terror a la homosexualidad llevaba a detectar precozmente sus "signos". Así el sexólogo se ocuparía de delinear a los varoncitos "afeminados", creando una clara construcción de género dentro de un texto "científico" (9): "*El varón ama pasar tiempo con las niñas, jugando a las muñecas, ayudando a su madre en las tareas domésticas; ama la cocina, la costura, bordar, muestra placer en elegir vestimentas femeninas, de tal manera que podría dar consejo a sus hermanas. Más grande, no ama fumar, beber, dedicarse a deportes viriles; encuentra, por el contrario, placer en las telas, las joyas, las artes, las novelas, etc., para lo que muestra ingenio*" (19).

Y también describía a las niñas "virilizadas": "*El lugar que ella prefiere es el patio donde juegan los varones; trata de competir con ellos en sus juegos. La pequeña no quiere saber nada con las muñecas, su pasión es el caballito de madera, jugar a los soldados y a los bandidos. Muestra desagrado por las tareas femeninas y una enorme torpeza. Se muestra desarreglada, ama los modales rudos y masculinos. En vez de las artes, su gusto y su inclinación la llevan a las ciencias. En ocasiones hace un esfuerzo para beber y fumar. Odia los perfumes y los dulces*" (19).

Está claro que en el caso de los varones ya aparece insinuado el travestismo en su amor por las prendas femeninas y que un Varón Guerrero, ideal de la época, no amaría la literatura ni el arte y jamás ayudaría a su madre en las tareas del hogar. Aparentemente el deseo de fumar y beber estaría determinado por la Naturaleza, la misma que también haría que las mujeres amaran las tareas domésticas, nunca fueran torpes y, menos aún, científicas. El absurdo llega al punto de suponer que el amor a los perfumes y dulces definen la femineidad. Estas descripciones, claramente no científicas, suenan ridículas hoy con mucho feminismo corrido bajo los puentes, pero han tenido enorme influencia, y la siguen teniendo, cuando la publicidad sigue construyendo géneros hegemónicos.

Este camino de pseudoconocimientos ha bloqueado la emergencia de conocimientos válidos no sólo en la sexología sino también en otros campos de la ciencia, como la biología. La bióloga Anne Fausto Sterling dejó sentado la influencia socio-histórica cultural sobre aquello que considerábamos "natural": "*Una de las tesis principales de este libro es que etiquetar a alguien como varón o mujer es una decisión social. El conocimiento científico puede asistirnos en esta decisión, pero sólo nuestra concepción del género, y no la ciencia, puede definir nuestro sexo. Es más, nuestra concepción del género afecta al conocimiento sobre el sexo producido por los científicos en primera instancia*" (10).

Esta tesis permite abrir otra mirada sobre la biología dejando en claro cuanto hubo de prejuicio, determinados por las concepciones de género y traducidas a "conocimientos científicos" incluso en las neurociencias en temas como las diferencias entre cerebros "femeninos" y "masculinos". Así como la sexología construyó géneros y una única sexualidad "normal", la medicina construyó los sexos sobre un Lecho de Procasto que recortaba (incluso textualmente) todo aquello que no respondiera a lo que los sexos/géneros preestablecidos requerían para sostenerse.

El travestismo

El travestismo era, para Krafft Ebing, un claro signo de patología. En su texto aparece una larga referencia a un artículo que encuentra en una revista berlinesa, la *National Zeitung*, de febrero de 1881, en el que se hace referencia a un "*Baile de los misóginos*" (19). Reseñaba ese artículo la costumbre berlinesa de organizar reuniones de diversos grupos de varones: gordos, calvos, sol-

teros, viudos. En este caso se trataba de los “enemigos del sexo femenino” que anunciaban un baile con un afiche en el que se leía: “*Gran baile de disfraz vienés*”. La venta de las entradas se hacía con un control riguroso para evitar problemas. ¿Y qué se encontraba allí? El autor del artículo logró ser invitado y, al entrar, le llamó la atención una bella dama con vestido rosa y una pequeña barba rubia, apenas disimulada por el maquillaje, que pasaba fumando un cigarro y lanzando bocanadas como un coracero. La dama se detuvo a conversar con un “ángel” que también fumaba (algo impensable para una mujer). A Krafft Ebing le llamaron la atención sus voces masculinas y su tema de conversación, hablaban de tabaco. ¡Oh, sorpresa! ¡Eran varones vestidos de mujeres!, lo que sería una muestra de un mundo extraño en el que se mezclaban barbas y aros, rostros maquillados, cigarros y vestidos. Es interesante que el autor del artículo llamara a esa fiesta “*Baile de los misóginos*” y no “*Baile de travestis*”. Pero se había encontrado allí con personas que conocía, burgueses como él, por lo tanto, tenía que cubrirles las espaldas al considerarlos personas que manifestaban su rechazo a las mujeres y no su deseo de ser como ellas. El uso de términos menos peyorativos para sectores medios y altos es común hasta hoy, dado que siempre la discriminación está dirigida esencialmente hacia los sectores de menores recursos. *Travesti* será el término utilizado en nuestros días para biovarones que ejercen la prostitución con ropas femeninas. Si un biovarón de sector económico alto se traviste será considerado alguien que “juega”, y su conducta será llamada, elegantemente, *cross dresser*.

Lo que a Krafft Ebing le preocupaba de ese baile de supuestos misóginos era la presencia de prostitución masculina que consideraba que debía ser combatida con energía por la policía de Berlín porque: “*Siempre la prostitución masculina es mucho más peligrosa para la sociedad que la prostitución femenina: es la mayor de las vergüenzas de la historia de la humanidad*” (19).

Es interesante mencionar, en relación a la prostitución y en particular al travestismo, que siempre se criminalizó/patologizó a quien ejercía la prostitución, nunca al prostituyente. Y en el caso del travestismo, resulta difícil entender, dentro de las perversiones, que se considera anormal a quien la practica, pero no se considera anormal al varón que completa la pareja al tener sexo con una persona travesti. Parece bastante obvio que, o las dos partes conforman la patología, o ninguna lo hace.

Otras voces, las propias voces

Podría pensarse que no hubo otras voces en el campo de la sexología en la época de Krafft Ebing, pero no fue así. A pesar de que la moral protestante influía, y mucho, en Gran Bretaña en la época de la Reina Victoria, en 1901 Henry Havelock Ellis publicó su libro *Sexual inversion* con una amplitud de miras inesperada para la época (17). Consideraba que tanto la homosexualidad masculina y femenina, como la bisexualidad, debían

considerarse normales lo que habría una brecha en el rígido esquema imperante. Si bien su pensamiento fue recogido por Freud, no tuvo la misma influencia ni perdurabilidad que el texto alemán. Todo pensamiento que atentara contra la construcción de binomios rígidamente establecidos: varón/mujer; salud/enfermedad, mente/cuerpo, aparecía como temible y debía ser atacado o ignorado. Binomios que no sólo contraponen términos sino que construyen *diferencias desiguales*, en términos de Ana María Fernández (11). Diferencias que, desde el momento en que se instituyen, uno de sus términos resulta valorado o más valorado. Para sostener esos binomios resulta imprescindible eliminar toda ambigüedad, sea que se manifieste en cuerpos intersexuales que deberán ser operados quirúrgicamente o en las subjetividades trans y no binaries porque no responden a la “o” que debe separar a varones/mujeres sino que, eventualmente, se reconocen como varones “y” mujeres.

La ambigüedad no siempre fue rechazada. Fue valorada, por ejemplo, por Simone de Beauvoir en su texto *Hacia una moral de la ambigüedad* adonde afirma: “*Para alcanzar su verdad, el hombre no debe procurar disipar la ambigüedad de su ser, sino por el contrario, aceptar realizarla: sólo vuelve a encontrarse en la medida en que consiente permanecer a distancia de sí mismo*” (7).

Reconocerse en la ambigüedad permite encontrarse, al mismo tiempo que se toma distancia de sí, algo que el psicoanálisis no sólo conoce sino que propone como dispositivo de conocimiento. Sin embargo, aún dentro del psicoanálisis la ambigüedad fue combatida. Un autor del valor de José Bleger escribió, en 1967, *Simbiosis y ambigüedad*, un texto en el que describía la personalidad ambigua y los aspectos ambiguos de la personalidad como remanentes de una organización primitiva indiferenciada que sólo podía producir patología mientras que la organización madura estaría perfectamente diferenciada (5). Otro ejemplo de la lucha contra la ambigüedad está dirigido a lxs, tan atacadxs, adolescentes. La teoría de los duelos adolescentes que propusieron Arminda Aberastury y Mauricio Knobel en los años ‘60 del siglo XX sostenía inevitable superar la bisexualidad (ambigüedad) sexual, como etapa imprescindible, para acceder a la madurez (1).

En los últimos años hemos accedido a testimonios y teorizaciones de primera mano, realizadas por personas travestis, trans y no binaries. Esto significa, tener la posibilidad de conocer desde quien lo ha vivido, el dolor de ser atacadx o expulsadx de sus familias tempranamente o de las escuelas, de caer en la prostitución por necesidad o por trata, del acortamiento de la expectativa de vida por la falta de cuidados médicos o por el uso de hormonas de baja calidad, de la constante exposición a la violencia, de la inaccesibilidad a la educación, a la salud y al trabajo, obviamente, todo ello con mucha mayor repercusión en sectores sociales de bajos recursos. Es decisivo, para una buena práctica clínica por parte de quienes son personas cis, escuchar de primera mano estas voces, lo que significa no adjudicarse una autori-

dad que no se tiene. Para reflexionar sobre ello es saludable acudir a una selección de textos argentinos como los testimonios y análisis de Mauro Cabral y Lohana Berkins en *Sexualidades migrantes. Género y transgénero* (compilado por Diana Maffia) (20), los testimonios, análisis y propuestas recogidas por Ana Lía Glas y Silvia Kurlat en *Diversidades en primera persona. Hacia un imaginario inclusivo* en donde se puede encontrar un excelente análisis de situación de Alba Rueda, actualmente Subsecretaria de Políticas de Diversidad de la Nación en el Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad; en lo relativo a la despatologización de la intersexualidad (16), *Interdicciones. Escrituras de la Intersexualidad en Castellano* (editor Mauro Cabral) (6); sobre las infancias trans, *Crianzas. Historias para crecer en toda la diversidad*, de Susy Shock (30); con un claro título winnicottiano, *Travesti. Una teoría lo suficientemente buena*, de Marlene Wayar (33); como un sólido aporte al género no binario *Soy Sabrina soy Santiago. Género fluido y nuevas identidades*, de SaSa Testa (29); y, también, la muy reciente novela de vida/ficción de Camila Sosa Villada, *Las malas* (31). Esta es, solamente, una mínima selección de un gran material a disposición para formarse en el tema a través de quienes están autorizadxs. A la misma se puede agregar un excelente video creado por un colectivo uruguayo, *Ovejas negras*, que muestra como, sin mala intención médica, pero con prejuicios y sin escuchar a quien consulta, se puede tener conductas iatrogénicas en relación con la población LGBTIQ+. Su título es: *¿Cuál es la diferencia?* (26).

Colectivos en lucha

Sabemos que un paso importante en el camino de la despatologización fue el enfrentamiento con la *American Psychiatric Association* (APA) y su DSM a partir de los sucesos ocurrido en el bar *Stonewall Inn* en los que gay, lesbianas y trans se defendieron de una *razzia* policial. Eso ocurrió en 1969, por lo que se está a poco más de 50 años de esos hechos, pero no parece haberse avanzado lo suficiente. Si bien la homosexualidad desapareció del DSM ese proceso dio cuenta de la enorme presión que hubo para que no ocurriera, para defender lo instituido por el patriarcado. Las luchas contra la APA comenzaron poco después de esos sucesos y lograron que la edición del *DSM-II*, de 1974, anunciara la eliminación de la homosexualidad. Para ello la APA había apelado, por única vez, al voto de todxs lxs psiquiatras que la conformaban. Aún así, el proceso se completó apenas en 1986. Más tiempo le llevó a la OMS para eliminarla de su CIE ya que lo hizo recién en 1992.

En los relatos de los acontecimientos sucedidos en el *Stonewall Inn* una versión dice que fueron los gay quienes comenzaron a defenderse, otra dice que fueron las lesbianas y otra, pone a Marsha P. Johnson, activista trans, al frente. Esta manera de relatar los acontecimientos sigue un orden claramente determinado por el rol social. Johnson quien resultó casi invisibilizada en ese evento

sería, en los años '80, una líder fundamental en la lucha contra el SIDA a través de *ACT UP (Coalición del SIDA para Desatar el Poder* y, también, *"Pórtate mal"*). El colectivo confeccionó afiches y organizó manifestaciones para conseguir una legislación favorable, medicamentos y atención médica. Hizo una manifestación histórica, en 1987, frente al Correo Central de Nueva York el día, muy concurrido, en el que se enviaban las declaraciones de impuestos. Johnson resultó ser una persona incómoda para el poder; en 1992, fue encontrada muerta en el río Hudson, cerca del *Stonewall Inn*.

Si la despatologización de la homosexualidad siguió un camino sinuoso, el diagnóstico de travestismo continúa hasta hoy haciendo lo mismo. Las luchas de los colectivos trans comenzaron en 1970 en los EE. UU. En ese año se reunieron diferentes colectivos: *Transvestite-Transsexual Action Organization (TACO)*, *Street Transvestite Action Revolution (STAR)*, *Cokettes*, *Fems against sexism*, *Transvestites and Transsexuals (TAT)* y *Radical Queens (RQ)*, los cuales, en 1971, publicaron un manifiesto en el *Boletín de Liberación Trans* con el título: *"Por la liberación de travestidos y transexuales"*. En él exigían:

1. *La abolición de todas las leyes y todas las restricciones en contra del uso de ropas o adornos sexuales.*
2. *El fin de la explotación y la discriminación dentro del mundo gay.*
3. *El fin de las prácticas de explotación por parte de doctores y médicos en los ámbitos del travestismo y de la transexualidad.*
4. *El tratamiento hormonal gratuito y cirugía a petición.*
5. *La creación de centros de asistencia para transexuales en todas las ciudades con más de un millón de habitantes, dirigidos por transexuales intervenidos quirúrgicamente.*
6. *Derechos plenos a todos los niveles de la sociedad y participación plena en las luchas por la liberación de todos los grupos oprimidos.*
7. *La libertad inmediata para todas aquellas personas que están en manicomios o en prisiones a causa del travestismo o la transexualidad.*

Se agregaba que deberían tener derecho a la documentación requerida (21).

Llama la atención que las exigencias fueran dirigidas no sólo a la población cis heterosexual sino también a los varones gay para que cesara su explotación y, no poco importante, a lxs médicxs que explotaban sus necesidades de hormonas y/o cirugía y a lxs psiquiatras que les internaban en manicomios.

Es imprescindible señalar que casi todo lo solicitado fue contemplado por nuestra *Ley de Identidad de Género*, ley 26.743/2012 vigente en la República Argentina, sin duda, la más progresista que se haya producido, aprobada más de 40 años después de estos reclamos. Un aspecto central de dicha ley fue la definición de la identidad de género: *"Se entiende por identidad de género a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia perso-*

nal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales" (22).

De este modo empodera a los quienes desean realizar una transición, o la han realizado, y quita poder a la psiquiatría cuyos profesionales eran quienes habilitaban, o no, a realizar el proceso. También es necesario mencionar el paso que dio nuestra *Ley Nacional de Salud Mental* 26.657/2010 cuando dice, en su Capítulo II artículo 3: "En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: [...] c) Elección o identidad sexual (23).

Estas leyes se adelantaron a lo que sostienen aun las grandes clasificaciones que responden a la *American Psychiatric Association* y a la OMS.

Las grandes clasificaciones

Comparemos las *Perversiones sexuales* que describía Krafft Ebing con las *Desviaciones sexuales* de la primera edición del *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)* de 1952, que se incluyen en la categoría *Trastornos de la Personalidad* y en la subcategoría

Trastorno de Personalidad Antisocial (2). Resulta claro que no sólo se patologizaba, sino que se creaban las bases para la criminalización. La *Masturbación* aparecería mencionada dentro de la *Reacción adaptativa en la infancia*, como un *Trastorno del hábito*, junto con comerse las uñas o la enuresis.

Hemos mencionado en otras oportunidades (8) que estos listados reúnen conductas claramente abusivas y criminales, como todas aquellas que no cuentan con consentimiento, junto a otras que pueden ser consentidas, que eventualmente afectan solamente a quienes la realizan. El travestismo ocupa un lugar especial: ¿a quién afecta? Es una conducta claramente inocua, excepto para una sociedad que no tolere que se trasgredan sus normas patriarcales. ¿Es ese el motivo por el que se la mezcla con las otras prácticas? O bien se intenta banalizar las más graves o bien se busca criminalizar al travestismo. En cualquiera de los dos casos no hay argumento científico sino mero prejuicio. Los *Trastornos Parafilicos* podrían desaparecer sin mayor problema toda vez que las conductas delictivas pasaran al ámbito de la justicia y las no delictivas quedaran estrictamente en el ámbito privado sin intromisión de la psiquiatría.

Comparemos las *Perversiones* de Krafft Ebing con las *Desviaciones sexuales* del primer DSM casi 70 años después:

Perversiones sexuales, Krafft Ebing, 1886	Desviaciones sexuales, DSM, 1952 (000-x63)
Inversión sexual	Homosexualidad
Fetichismo	Fetichismo
Pedofilia	Pedofilia
Travestismo	Travestismo
Voyeurismo	Escoptofilia
Sadomasoquismo	Sadismo Masoquismo
Mutilaciones sexuales	Mutilación sexual
Masturbación	Masturbación en la infancia
Coprofagia	
Zoofilia	
Incesto	
	Exhibicionismo
	Violación

La comparación de estos listados muestra como influyó Krafft Ebing en el DSM que, a su vez, lo continuó haciendo sobre los autorxs de libros de texto de psiquiatría para ir confluyendo en el mismo listado. Antes del DSM, cada autor de libro de texto, fundamentalmente varón, hacía su listado sobre la base de Krafft Ebing, pero se permitía agregar otras conductas, lo que podía llevar-

nos a encontrar listados de hasta 22 conductas consideradas anormales. Esto también da cuenta que no estábamos en presencia de conocimientos sino de prejuicios.

La edición de 1987 del DSM (3), que finalmente elimina a la *Homosexualidad*, reemplaza al *Travestismo* por el *Fetichismo travestista* y agrega en las *Parafilias no especificadas* algunas prácticas que también analizaba Krafft

Ebing como la *Zoofilia* y la *Coprofilia*. En ese apartado agregaba también: *Escatología telefónica* (que subsiste hasta hoy, aunque los teléfonos fijos casi hayan desaparecido), el *Parcialismo*, la *Klismafilia* y la *Urofilia*. Quizás el uso de enemas para excitarse, la *Klismafilia*, tuviera sentido cuando éstos se utilizaban desde la infancia con frecuencia pero, aunque actualmente subsiste en el DSM, no parecería ser una práctica muy difundida. El *Parcialismo*, excitación con una parte del cuerpo de la pareja y no con todo el cuerpo o diferentes partes de él, aparece como otra práctica que no afecta a nadie, pero se persigue igual a partir de estereotipar la generación de excitación.

Finalmente, en el DSM 5, de 2013, se modificará la categoría *Parafilias* por la de *Trastornos parafilicos* (4). Este cambio, finalmente, despatologizará a las fantasías que no generaran estrés que, a nuestro criterio, era otro resabio religioso dentro de la sexología: así como la religión consideraría pecado tanto a la acción como la intención, se equipararía la acción con la fantasía en el ámbito sexual. En esta edición el orden estadístico cambia, pero las conductas listadas son las mismas:

302.82 (F65.3)

Voyeurismo
Exhibicionismo
Froteurismo
Masochismo sexual
Sadismo sexual
Pedofilia
Fetichismo
Travestismo
Trastorno Parafilico no especificado (3)

Lo que hará el DSM 5 será incluir la *Disforia de género* que alude a la persona que sufre estrés por no sentirse bien con el género que se le adjudicó al nacer y desear cambiarlo. Si, como es obvio, ese estrés es producto de la discriminación y presión familiar que sufre, eso se invisibiliza y el trastorno recae sobre la víctima, duplicando el daño.

La CIE-10, de 1992, en su novedoso Capítulo V referido a *Trastornos mentales y del comportamiento*, incluía:

F64 Trastorno de la identidad sexual

Transexualismo
Travestismo no fetichista (de doble rol)
Trastorno de la identidad sexual en la infancia
Otros trastornos de la identidad sexual
Trastorno de la identidad sexual sin especificación (24)

F65 Trastornos de la inclinación sexual

Fetichismo
Travestismo fetichista
Exhibicionismo

Escotofilia (voyeurismo)
Paidofilia
Sadomasoquismo
Trastornos múltiples de la inclinación sexual
Otros trastornos de la inclinación sexual
Trastorno de la inclinación sexual sin especificación (24)

Es decir que la CIE-10 no incluye la *Homosexualidad* pero le otorga un lugar especial al *Transexualismo* y al *Travestismo* que serán eliminados de la CIE-11 en 2019... al mismo tiempo que se incluya la *Discordancia de género* (25). Se aclara, en la última edición, que se cambió el concepto de *Identidad sexual* por *Discordancia de género* para disminuir la estigmatización. ¿La estigmatización realizada por quiénes? ¿Por lxs médicxs que utilizan la CIE? No parece ser un camino muy fructífero para lograrlo. La discordancia es definida allí como: "*Una discordancia marcada y persistente entre la experiencia de género del individuo y el sexo asignado*" (25).

Este ítem se asemeja a la *Disforia de género* del DSM. Siempre está presente el hecho de que la persona sufre por algo que no ha decidido (asignación de sexo/género), pero se describe esta situación como centrada en quien es víctima de presión/discriminación social y no en la sociedad que le estresa o enferma. Es necesario señalar, de todos modos, que, para algunos colectivos trans habría que mantener estos ítems para permitir el acceso de personas trans a documentación, hormonización y cirugía en países que no lo admiten a simple requerimiento. En ellos, las personas trans que no tengan estrés por su situación deberán simularla para que la psiquiatría habilite lo que es su derecho. Y esto podría ocurrir a sabiendas de ambas partes. Esa trampa ha sido generada por la larga historia de nuestra disciplina en este campo y debe ser desarticulada por nosotrxs mismxs.

Esto significa para los psiquiatras que, en la formación de futuros profesionales a través de nuestras clases o libros de texto, en la difusión de nuestras ideas, en nuestra práctica clínica, debemos hacer particular hincapié tanto en la convivencia en la diversidad (de la que todxs formamos parte pero no todxs con las mismas posibilidades y derechos) como en corrernos del lugar de supuesta palabra autorizada y escuchar las voces realmente autorizadas, en este caso particular de las subjetividades trans, pero esto vale para toda situación relativa a sexo, género, sexualidades, etnia, religión, cultura, sectores sociales, capacidades diferentes, que nos resulten ajenas como ha ocurrido, demasiado tiempo, con las voces de lxs usuarixs de la Salud Mental.

Hoy podemos apreciar como se construía la definición de "normalidad" sexoafectiva (endosex cis heterosexual con fines procreativos) que proponía el influyente texto de Freedman, Kaplan y Sadock en sus ediciones de 1975 (14) y 1976 (15): "*Una adaptación sexual sana comprende la capacidad de comprometerse en experiencias sexuales sin miedo o culpa y, en un momento adecuado, enamorarse y casarse con la pareja elegida y mantener el*

sentimiento de amor y de atracción sexual hacia el cónyuge. (La mujer... el hombre...) ambos cónyuges deberían desear niños y tener la capacidad psicológica para colmar estos deseos" (14).

El sostenimiento de estos pilares patriarcales no resulta inocuo ni tiene sustento científico. Ha generado la enorme violencia que subyace tanto a los feminicidios como a toda agresión contra la población LGBTIQ+. Paul B. Preciado ha sintetizado claramente que detrás de lo que se ha llamado "violencia de género" hay toda una construcción de rígidos estereotipos que la producen: "Creo que el género mismo es la violencia, que las normas de masculinidad y feminidad, tal y como las conocemos, producen violencia. Si cambiáramos los modos de

educación en la infancia, quizá modificaríamos lo que llamamos violencia de género" (27).

Una última consideración lingüística. Se habla de homo y travestifobia. Sabemos que una fobia es un miedo inmotivado y no hay ningún miedo en quienes ejercen violencia contra la población LGBTIQ+, lo que hay es tanto rechazo como odio. Por eso, propongo reemplazarla por *misoqueeria*, rechazo/odio hacia toda la población que podríamos reunir en el término *queer*.

Conflictos de intereses

La autora declara no tener conflictos de intereses respecto de este artículo. ■

Referencias bibliográficas

1. Aberastury A, Knobel M (1986), *La adolescencia normal*. Buenos Aires: Paidós.
2. American Psychiatric Association (APA) (1952) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. Washington: APA.
3. American Psychiatric Association (APA) (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM – III – R)*. Barcelona: Masson.
4. American Psychiatric Association (APA) (2013), *Guía de consulta de los diagnósticos del DSM-5*, Washington DC: APA.
5. Bleger J. (1967) *Simbiosis y ambigüedad*. Buenos Aires: Paidós.
6. Cabral M (editor) (2009) *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*. Córdoba, Argentina: Anarrés (En línea: <https://brujulaintersexual.org/2016/07/09/libro-interdicciones-escrituras-de-la-intersexualidad-en-castellano-editor-mauro-cabral/>).
7. de Beauvoir S. (1956) *Hacia una moral de la ambigüedad*. Buenos Aires: Schapire.
8. Di Segni S (2013) *Sexualidades. Tensiones entre la psiquiatría y los colectivos militantes*, Bs. As., FCE.
9. Di Segni, S.; (2013), "Sexología, géneros y heteronormatividad"; http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.3458/ev.3458.pdf (consultado el 2/02/2020).
10. Fausto Sterling A (2000) *Cuerpos sexuados*. Barcelona: Melusina.
11. Fernández AM (2009) "Las diferencias desigualadas: multiplicidades, invenciones políticas y transdisciplina", en *Nómadica*, núm. 30, universidad central colombia. disponible en línea: <<http://www.anamfernandez.com.ar/publicaciones/index.html>> (consultado el 4/05/2011).
12. Ferro G (2010) *Degenerados, anormales y delinquentes*. Buenos Aires, Marea.
13. Foucault M (2000) *Los anormales*. Buenos Aires: FCE.
14. Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ (1975) *Compendio de psiquiatría*, Barcelona: Salvat.
15. Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ (1976) *Modern Synopsis of Psychiatry. Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: William and Wilkins.
16. Glas AL, Kurlat S (2014) *Diversidades en primera persona. Hacia un imaginario inclusivo*. Buenos Aires: Del Dragón.
17. Havelock Ellis H (1912) "Sur la sexualité psychopathique", en Armand Marie (ed.), *Traité de psychologie pathologique*. París: Alcan.
18. Henrico Kaan, *Psychopathia Sexualis*. Lipsiae, Apud Leopoldum Voss, 1844. Versión en inglés: Benjamin Kahan, ed. *Heinrich Kaan's. Psychopathia Sexualis" (1844): A Classic Text in the History of Sexuality*. Melissa Haynes, trans. Ithaca, N.Y.: Cornell University Press, 2017.
19. Krafft-Ebing, Richard von (1895) *Psychopathia sexualis avec recherches spéciales sur l'inversion sexuelle*. París: Georges Carré.
20. Maffia D (Compil.) (2012) *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. Buenos Aires: Feminaria editores.
21. Mérida Jiménez RM (2009) *Manifestos gays, lesbianos y queer*, Barcelona: Icaria.
22. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación; (2012), *Identidad de género. Ley 26.743*. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>. (consultado el 1/02/2020).
23. Ministerio de Salud de la Nación. *Ley Nacional de Salud Mental 26.657*. Infoleg: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm> (consultado el 1/2/2020).
24. OMS. (1992) *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Cap. V. OMS: Geneva.
25. OMS (2019), *CIE-11* <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fenti%2f411470068>, (consultado el 1/02/2020).
26. Ovejas Negras (2012) *¿Cuál es la diferencia?* (En línea: <https://www.youtube.com/watch?v=WUnGHQnpxQY>) (consultado el 3/01/2013).

27. Preciado PB (2010) "La sexualidad es como las lenguas. Todos podemos aprender varias", *El país*, 13 de junio de 2010, (http://elpais.com/diario/2010/06/13/eps/1276410414_850215.html) (consultado el 24/05/2015).
28. Real Academia Española (2014) *Diccionario de la lengua* [https://dle.rae.es/travestismo? m=30 2](https://dle.rae.es/travestismo?m=302) (consultado el 28/01/2020).
29. SaSa Testa (2018) *Soy Sabrina soy Santiago. Género fluido y nuevas identidades*. Buenos Aires: Ariel.
30. Shock S (2016). *Crianzas. Historias para crecer en toda la diversidad*, Buenos Aires: Muchas Nueces.
31. Sosa Villada C (2019) *Las malas*. Buenos Aires: Grupo Planeta.
32. Tissot S (1760 [2003]) *El onanismo. Disertación sobre las enfermedades producidas por la masturbación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
33. Wayar M (2018) *Travesti. Una teoría lo suficientemente buena*. Buenos Aires: Muchas Nueces.

El sexo del cerebro: entre ciencia e ideología

Catherine Vidal¹

1. Neurobióloga, Directrice de recherche honoraire à l'Institut Pasteur de Paris, Miembro del Comité d'Ethique de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) y co-responsable del grupo «Genre et Recherches en Santé».

Autor correspondiente: Catherine Vidal, E-mail: cvidal75005@gmail.com

Resumen

A pesar de los avances en el conocimiento en neurociencias, los prejuicios y los estereotipos sobre las diferencias en las habilidades y el comportamiento entre los sexos todavía están vivos en el espacio público. Los medios de comunicación e Internet nos inundan con viejos clichés que afirman que las mujeres son naturalmente dotadas para la empatía pero incapaces de leer un mapa de rutas, mientras que los hombres son esencialmente buenos en matemáticas y competitivos. Estos discursos sugieren que nuestras habilidades y nuestras personalidades están programadas en el cerebro y son inmutables. Investigaciones recientes muestran por el contrario que, gracias a sus formidables propiedades de «plasticidad», el cerebro produce constantemente nuevos circuitos de neuronas de acuerdo con el aprendizaje y las experiencias de la vida. El concepto de plasticidad cerebral es esencial para abordar la cuestión del origen de las diferencias y similitudes entre los sexos y aporta una luz neurobiológica fundamental sobre los mecanismos que participan en la construcción de nuestras identidades de mujeres y hombres. De este modo, consolida y enriquece la investigación en ciencias humanas sobre género.

Palabras clave: Género - Sexo - Plasticidad cerebral - Neuroimágenes cerebrales IRM - Neuroética.

GENDER IN THE BRAIN: BETWEEN SCIENCE AND IDEOLOGY

Abstract

Despite tremendous advances in neurosciences, the idea that biology is a major determinant for gender differences in cognition and behavior, is still alive. Media and internet continue to feed the public with old clichés that claim that women are naturally good for empathy but unable to read a map, while men have a brain suited for maths and competition. These discourses suggest that at birth the intellectual abilities are wired differently in the brains of girls and boys. Such a view is in total contradiction with today's knowledge on cerebral plasticity, and on the role of the environment in re-shaping the brain through learning and experiences. The plasticity concept allows new insight to the question of the origin of brain differences and similarities between the sexes. Experience in the sociocultural context involves gender learning processes which interact with the biological processes. A major challenge is that of building an interdisciplinary dialogue across the biological, social, and human sciences to develop new approaches linking sex, gender and the brain.

Key words: Gender - Sex - Cerebral plasticity - Brain imaging MRI - Neuroethics.

“Pretender separar lo biológico de lo cultural no tiene sentido. Sería lo mismo que preguntar, si la atracción de Romeo por Julieta es de origen genético o cultural”

François Jacob, premio Nobel de Fisiología.
(*Le jeux des possibles*, 1981).

Entre las grandes representaciones que la humanidad tiene del mundo, la diferencia de los sexos es una base fundamental. La polaridad hombre/mujer aparece como evidencia elemental, «*un tope final para el pensamiento*» según la fórmula de Françoise Héritier (20). El clivaje entre los sexos elaborado por filósofos, teólogos, historiadores y naturalistas de siglos pasados es visto por muchos como un reflejo de una naturaleza humana eterna.

Actualmente, la dualidad de las diferencias entre los sexos, en tanto evidencia natural, ha sido cuestionada por los estudios de género y numerosas investigaciones en el área de las humanidades y de las ciencias sociales. En el campo de las neurociencias, el descubrimiento de la «plasticidad cerebral» arroja una luz fundamental sobre los procesos de construcción social y cultural de las identidades de género (43, 45). Gracias a las técnicas de imágenes cerebrales por MRI (imágenes cerebrales por resonancia magnética), ahora sabemos que el cerebro está construido en interacción con el mundo circundante: se crean nuevas conexiones entre las neuronas a lo largo de la vida en función de las experiencias y el aprendizaje. El concepto de plasticidad cerebral es una verdadera revolución en nuestras concepciones del funcionamiento del cerebro humano. Nada está fijado para siempre en el cerebro desde el nacimiento, cualquiera sea el sexo y la edad.

Con estos avances científicos, uno estaría tentado a creer que los prejuicios y los estereotipos sobre las diferencias en las habilidades y el comportamiento entre los sexos se han eliminado. Sin embargo, claramente, ese no es el caso en la realidad cotidiana. La televisión, los sitios web, los medios gráficos, afirman que las mujeres son naturalmente multitareas, dotadas para la empatía pero incapaces de leer un mapa de rutas, por ejemplo; mientras que los hombres son esencialmente buenos en matemáticas, competitivos y pendencieros. Pero los medios no son los únicos involucrados. Ciertos círculos científicos también ayudan a promover la idea de un determinismo biológico innato de las diferencias en las aptitudes y los roles sociales entre los sexos. Estas tesis alimentan corrientes conservadoras que se oponen a la diversidad social y política, la igualdad de derechos para las mujeres, para las personas homosexuales, etc.

Este artículo tiene como objetivo aportar elementos de comprensión de los debates científicos actuales sobre el cerebro, el sexo y el género. El concepto de plasticidad cerebral es esencial para abordar la cuestión del *origen* de las diferencias y similitudes entre los sexos. Concluiré con una reflexión ética frente a las variaciones en la interpretación de ciertos estudios científicos por resonancia magnética que conducen a reforzar los este-

reotipos sobre las diferencias en las habilidades y el comportamiento entre los sexos. El tema del sexo cerebral nunca es neutral.

Diferencias entre los sexos y plasticidad cerebral

Cómo podemos responder hoy a la pregunta: ¿el cerebro tiene un sexo? La respuesta científica es sí y no. Sí, porque el cerebro controla las funciones fisiológicas asociadas con la reproducción sexual. Pero, con respecto a las funciones cognitivas, el conocimiento actual sobre el desarrollo del cerebro y la plasticidad cerebral muestra que las niñas y los niños, las mujeres y los hombres, tienen el mismo potencial de razonamiento, memoria, atención, imaginación, etc.

La construcción del cerebro de niñas y niños

Al nacer, los niños son en promedio más pesados y más altos que las niñas. Su volumen cerebral es aproximadamente un 10% más grande que el de las niñas. Si se relaciona el volumen del cerebro con el tamaño del cuerpo, la diferencia entre los sexos es del 6 al 8% y se mantiene significativa. Con respecto a la estructura interna del cerebro, varios estudios de resonancia magnética han mostrado variaciones según el sexo en los volúmenes de materia gris (donde se concentran los cuerpos celulares de las neuronas) y la sustancia blanca (que consiste en fibras nerviosas de los cuerpos celulares). Desde el nacimiento hasta la edad adulta, las niñas tienen en promedio un poco más de materia gris y los niños un poco más de materia blanca (7, 15, 16, 18).

Esas diferencias cerebrales han dado lugar a todo tipo de especulaciones que supuestamente explican las diferencias entre los sexos en lo atinente a la orientación espacial, el razonamiento, la intuición, etc. Sin embargo, estudios recientes han cuestionado la interpretación de las diferencias anatómicas entre los cerebros de mujeres y hombres. Resulta que las diferencias en cuestión son solo aparentes. Desaparecen si tenemos en cuenta el tamaño del cerebro como tal (8, 18, 23, 32, 34, 40). Así, cuando comparamos los cerebros de hombres y mujeres del mismo volumen (15 a 20% de la población), ya no se ven diferencias en las proporciones de materia gris y blanca. Es el tamaño del cerebro y no el sexo lo que explica las diferencias en la proporción de las materias gris y blanca. Esta observación muestra que el desarrollo del cerebro difiere según el espacio disponible en el cráneo y esto no tiene ningún impacto en las funciones intelectuales. Por lo tanto, entendemos que los estudios que comparan los cerebros de los dos sexos sin tener en cuenta el tamaño del cerebro (este sigue siendo el caso para la mayoría de los estudios) pueden llevar a conclusiones erróneas sobre el origen de las diferencias cognitivas entre los sexos. Un remarcable estudio sobre el desarrollo y la maduración del cerebro de 3000 sujetos de entre 9 meses y 94 años de edad fue realizado en 2017 (6). La resonancia magnética mostró en ese trabajo que la estructura de las diferentes regiones cerebrales es

globalmente idéntica para los dos sexos si se tiene en cuenta el volumen del cerebro. Solamente se observaron diferencias menores a partir de los 80 años de edad.

Queda mucha investigación por hacer sobre las interacciones mutuas entre los factores ambientales y los procesos de desarrollo en los niños pequeños. Estas preguntas son cruciales para determinar el origen del lenguaje y los trastornos del comportamiento como la dislexia, la hiperactividad o el autismo, que afectan más a los niños que a las niñas. Una de las claves para comprender estos mecanismos es el estudio de la plasticidad cerebral.

Hormonas sexuales y desarrollo del cerebro

Durante la vida intrauterina, el feto humano baña en un entorno hormonal que varía según el sexo. Entre las 14 y las 20 semanas de gestación, las mediciones realizadas en el líquido amniótico muestran que éste contiene el doble de testosterona para un feto masculino que para un feto femenino. En contraste, en los fetos femeninos, la hormona folicular FSH está siete veces más concentrada que en los hombres. Los niveles de estrógeno son equivalentes en ambos sexos. Después del nacimiento, los bebés tienen altos niveles de testosterona en la sangre hasta los dos meses de edad. Luego, la testosterona cae gradualmente hasta los siete meses de edad y permanece en niveles muy bajos para volver a remontar en la pubertad (10).

La acción de estas hormonas en el cuerpo es bien conocida. En fetos masculinos, la alta concentración de testosterona induce la masculinización de los genitales. En fetos femeninos con dosis bajas de testosterona, el tracto genital adquiere una estructura femenina.

Las hormonas sexuales también actúan sobre el cerebro de los fetos, especialmente en la región del hipotálamo, la cual, desde la pubertad, controla las funciones reproductivas. Así, en los cerebros de las mujeres, las neuronas del hipotálamo se activan cada mes para que la glándula pituitaria secrete las hormonas LH y FSH que desencadenarán la ovulación. En los hombres, las neuronas del hipotálamo tienen una acción continua, no cíclica, sobre la liberación de LH y FSH, que estimulan la producción de testosterona y la producción de espermatozoides en los testículos.

Con respecto a la acción de las hormonas sexuales sobre el desarrollo cognitivo y el comportamiento, la investigación actual ha desafiado en gran medida las viejas teorías. Los biólogos han creído durante mucho tiempo que las diferencias de comportamiento entre los sexos están relacionadas con la exposición fetal a la testosterona (26). Según la teoría de «organización/activación» del cerebro lanzada hace 50 años, la acción de la testosterona en el cerebro del feto masculino deja una huella indeleble responsable de las diferencias entre los sexos en muchos campos: sexualidad, habilidades cognitivas, personalidad, intereses, emociones, trastornos mentales, etc.

Uno de los problemas con esta teoría es que no es verificable. De hecho, es imposible medir la testosterona

en el cerebro de los fetos humanos para demostrar que, según su concentración, los comportamientos futuros de los niños serán más o menos «masculinos» o «femeninos». Sin embargo, existe una situación patológica que puede proporcionar pistas. Es una malformación de las glándulas suprarrenales del feto que producen cantidades excesivas de testosterona (hiperplasia suprarrenal congénita o CAH). Como las bebés nacen con genitales masculinizados, se planteó la pregunta de si sus cerebros y comportamientos también serían masculinizados. La respuesta es no, como se muestra en una revisión reciente que consideró más de cien estudios sobre este tema (27). Primero, los cerebros de las niñas con CAH no son anatómicamente diferentes de los de las demás. Algunos estudios han informado comportamientos «atípicos» en algunas pacientes. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que estas jóvenes se han sometido desde su infancia a cirugías repetidas de los órganos genitales y urinarios para feminizarlas y estos actos invasivos y dolorosos no están exentos de consecuencias sobre el desarrollo psicológico con respecto a la sexualidad. Además, el hecho de nacer con genitales masculinos despierta una mirada particular de los padres y familiares y tiene repercusiones en las relaciones sociales en general. Este contexto específico podría explicar ciertos comportamientos de las niñas con CAH que jugarían con más frecuencia con los juguetes de varones (construcción, automóviles) que otras niñas.

Durante la última década, se ha acumulado evidencia experimental para demostrar que la teoría de que la exposición fetal a la testosterona explica las diferencias en el comportamiento entre los sexos no tiene consistencia científica (13, 26, 28). Además, esta teoría se basa en una concepción rígida del funcionamiento del cerebro desde el nacimiento. Esta perspectiva está en completa contradicción con el conocimiento actual sobre plasticidad cerebral que muestra cómo el aprendizaje y las experiencias de la vida dan forma al cerebro, tanto en niños como en adultos.

La plasticidad cerebral

Cuando nace el recién nacido, su cerebro tiene cien mil millones de neuronas, que dejan de multiplicarse. Pero la construcción del cerebro está lejos de terminar, ya que las conexiones entre las neuronas, las sinapsis, apenas comienzan a formarse: solo el 10% de ellas están presentes al nacer. Esto significa que el 90% de las sinapsis se hacen desde el momento en que el bebé comienza a entrar en contacto con el mundo exterior. ¡Se estima que en un cerebro adulto cada neurona está conectada a otras diez mil, lo que corresponde a un millón de billones de sinapsis! Sin embargo, solo seis mil genes están involucrados en la construcción del cerebro. Claramente, esto no es suficiente para controlar la formación de miles de millones de conexiones. El destino de nuestras neuronas no es parte del programa genético (38). La influencia del medio ambiente (físico, emocional, social, cultural, etc.) juega un papel importante en el cableado de las neuronas y la construcción del cerebro.

El sistema visual es una ilustración vívida de esto. Al nacer, la visión del bebé es muy básica. Es solo a la edad de 5 años que los niños tienen capacidades visuales comparables a las de los adultos (2). Por lo tanto, lleva 5 años llevar a cabo el cableado de las neuronas que transportan información visual desde la retina y el nervio óptico hasta la corteza cerebral adonde se analizan las señales luminosas. Por lo tanto, es necesario que el impacto de la luz en la retina como una condición esencial para que las neuronas visuales se conecten correctamente. La falta de estimulación visual que padecen los niños con cataratas puede conducir a la ceguera (1).

El advenimiento de las técnicas de imagen cerebral ha sido crucial para revelar el papel de la plasticidad cerebral en el desarrollo del cerebro y en los procesos de aprendizaje (3, 39, 43, 45). Por ejemplo, en los pianistas, hay un engrosamiento de las regiones de la corteza cerebral especializadas en el movimiento de los dedos y en la audición. Este fenómeno se debe a la producción de conexiones adicionales entre las neuronas. Además, estos cambios en la corteza son directamente proporcionales al tiempo dedicado al aprendizaje del piano durante la infancia. Aprender conceptos abstractos también puede cambiar la estructura del cerebro. En los matemáticos profesionales, las regiones involucradas en el cálculo y la representación geométrica están engrosadas. Otro ejemplo elocuente de plasticidad cerebral se ha descrito en sujetos que aprenden a hacer malabarismos con tres bolas. Después de tres meses de práctica, la resonancia magnética muestra un engrosamiento de las regiones especializadas en visión y coordinación de movimientos de brazos y manos. Y si la capacitación se detiene, las mismas áreas se reducen (33).

Estos ejemplos, y muchos otros, muestran cómo la propia historia de cada persona está inscrita en su cerebro. Como resultado, ningún cerebro se parece a otro, incluidos los de gemelos. Algunos estudios de resonancia magnética muestran diferencias entre los cerebros de mujeres y hombres. Estos experimentos se han llevado a cabo principalmente en unas pocas docenas de individuos. Pero cuando las comparaciones se relacionan con cientos de personas, se borran las diferencias que podrían haberse observado en un pequeño número de sujetos. De hecho, las diferencias cerebrales entre personas del mismo sexo son tan grandes que, con frecuencia, superan las diferencias entre los sexos. Esta gran diversidad de cerebros explica por qué cuando hacemos promedios estadísticos no encontramos ningún signo anatómico o funcional específico para cada sexo (24, 25, 29). Tal resultado muestra que la experiencia individual prevalece sobre un posible determinismo biológico ligado al sexo (genético u hormonal), pero también sobre un condicionamiento social de género durante la infancia que no quede inscripto en el cerebro.

El concepto de plasticidad permite superar el clásico dilema que tiende a oponer la naturaleza y la cultura. De hecho, lo innato y lo adquirido son inseparables ya que la interacción con el medio ambiente es la condición esencial para el desarrollo y funcionamiento del cere-

bro. Lo innato aporta la capacidad de cableado entre las neuronas, lo adquirido permite la realización efectiva de este cableado. Estos avances en el conocimiento neurobiológico consolidan y enriquecen la investigación en humanidades y ciencias sociales sobre género. Aunque no le plazca a ciertos círculos conservadores, el género no niega la realidad biológica, por el contrario, la integra. El sexo y el género no son variables separadas, sino que se articulan en un proceso denominado de incorporación («*embodiment*»); término que designa la interacción entre el sexo biológico y el entorno social, y esto desde el nacimiento (9, 12, 30, 31).

El neuro-sexismo en las publicaciones científicas

Desde la aparición de la neurobiología, la cultura y la ideología han permeado la investigación sobre las diferencias entre el cerebro femenino y el masculino. En el siglo XIX, la forma del cráneo y el tamaño del cerebro se utilizaron para justificar la jerarquía entre los sexos (17). Se creía que los hombres, supuestamente más inteligentes, naturalmente tenían cerebros más grandes que los de las mujeres. Algunos médicos, en particular Paul Broca, han alimentado estas tesis con mediciones comparativas de cerebros cuidadosamente seleccionados para apoyar su demostración. Aunque al mismo tiempo otros estudios habían demostrado claramente que el tamaño del cerebro no era la causa de la inteligencia, la ideología de la burguesía conservadora prevaleció sobre el rigor científico. La interferencia entre la ideología naturalista y la práctica científica sigue siendo válida en el siglo XXI. En neurociencias, no es raro ver publicaciones en las que se utilizan imágenes del cerebro para justificar las diferencias de género basadas en un determinismo biológico. La resonancia magnética no escapa al «neuro-sexismo» (14, 21, 36, 37, 41, 42, 43). Los siguientes ejemplos ilustran esto.

¿El juicio moral de las mujeres es menos fiable que el de los hombres?

La resonancia magnética se ha utilizado recientemente para comparar las habilidades de juicio moral entre los sexos (19). El experimento consistió en analizar los cerebros durante la presentación de fotos que ilustran escenas donde se socavaba «el orden moral»: crímenes, violencia física, altercados, etc. Las imágenes de los cerebros de las mujeres mostraron activaciones de regiones vinculadas a las emociones, mientras que las zonas activadas en los hombres estaban involucradas en la cognición. Los autores del estudio concluyeron que la resonancia magnética «confirma la diferencia de género en el juicio moral, con las mujeres centradas en el cuidado de los demás y la empatía, y los hombres en la evaluación racional de las reglas de justicia». ¡Por lo tanto, esto daría una prueba científica de que los hombres estarían dotados de un sentido moral mucho más confiable que el de las mujeres!

Este ejemplo de deriva sexista en la interpretación

de un experimento por resonancia magnética reenvía al problema de la autoridad de los expertos científicos ante una audiencia no científica (5, 35). ¿Cómo estimar la validez de los argumentos avanzados cuando uno no es un especialista? Para frustrar las interpretaciones abusivas, es necesario tener en cuenta los métodos y procedimientos utilizados en MRI:

- Las condiciones de la experiencia para probar el juicio moral no tienen nada que ver con la realidad de la vida. La persona que yace en el aparato de resonancia magnética solo está mirando imágenes. Debe permanecer estrictamente estacionaria durante varias decenas de minutos, sin hablar, tragar o parpadear, con el riesgo de perturbar la adquisición de datos. Todo eso en un entorno de sonido parecido al de un martillo neumático...
- El experimento se llevó a cabo en un pequeño número de sujetos, 14 mujeres y hombres, lo que limita la importancia estadística de los resultados y su generalización.
- Finalmente, es importante tener en cuenta que la resonancia magnética solo proporciona una instantánea del estado del cerebro de una persona en un instante t. Dada la plasticidad cerebral, ver las diferencias entre los sexos en los «circuitos de la moralidad» no significa que reflejen predisposiciones innatas, como lo interpretan los autores del artículo. Las experiencias de vida y las normas sociales por sí solas pueden explicar las diferencias en la actividad cerebral entre los sexos observados en la pequeña muestra de personas analizadas. Esta alternativa ni siquiera fue mencionada por los autores...

¿El cerebro de los hombres está conectado para la acción y el de las mujeres para la intuición?

Según los comentarios de los *mass media* en enero de 2014, los investigadores estadounidenses han descubierto diferencias en las conexiones cerebrales entre los sexos que se cree que son responsables de las diferencias de comportamiento entre mujeres y hombres (22). Sin embargo, los datos experimentales presentados en la publicación científica están lejos de autorizar las conclusiones anunciadas (11, 18, 32).

El estudio en cuestión utilizó una técnica específica de resonancia magnética (tensor de difusión) para analizar las fibras nerviosas que conectan diferentes regiones del cerebro. Las imágenes presentadas en el artículo muestran diferencias sorprendentes: los hombres tienen conexiones dentro del mismo hemisferio, mientras que las mujeres tienen conexiones entre los dos hemisferios. Estas imágenes son solo representaciones estadísticas de probabilidades de conexión y no corresponden a la anatomía real. Los hombres obviamente tienen fibras nerviosas entre los dos hemisferios y las mujeres en el mismo hemisferio. Sin embargo, los autores del artículo eligieron una ilustración sesgada de sus resultados que da la ilusión de una diferencia radical entre los cerebros de mujeres y hombres. Estas imágenes han sido amplia-

mente utilizadas por los medios de comunicación como una prueba «objetiva» de las diferencias naturales entre los sexos.

Otro sesgo importante de este estudio radica en la interpretación de los datos. Según los autores, sus resultados sugieren que “los cerebros masculinos están estructurados para facilitar la coordinación entre la percepción y la acción, mientras que los cerebros femeninos están diseñados para facilitar la comunicación entre el análisis y la intuición”. Esta interpretación es puramente especulativa. Los datos presentados en la publicación se refieren solo a la anatomía de las conexiones cerebrales, sin correlaciones con las pruebas de comportamiento que se llevaron a cabo simultáneamente. Por otro lado, debe recordarse que el estado actual del conocimiento del cerebro humano no permite establecer relaciones de causa y efecto entre la estructura anatómica del cerebro y el comportamiento.

Finalmente, es al menos sorprendente que la cuestión fundamental del origen de las diferencias en las conexiones entre los sexos no se haya abordado en la discusión de los resultados. El concepto de plasticidad cerebral ni siquiera se menciona. Sin embargo, sabemos que la mayoría de las conexiones se realizan después del nacimiento en función del aprendizaje y el entorno sociocultural. Los autores del artículo ignoraron la dimensión de género y centraron su argumentación en los «roles complementarios de hombres y mujeres en la procreación y la sociedad». Los términos de su conclusión son claros: «Nuestros resultados confirman que la complementariedad de los comportamientos entre los sexos proviene de un sustrato neural».

Esta publicación constituye un «caso típico» de validación pseudocientífica de los estereotipos de género. Es sorprendente que este artículo, cuya calidad científica es cuestionable, haya sido aceptado para su publicación en la prestigiosa revista estadounidense *Proceedings of the National Academy of Sciences*. Los forzamientos de los criterios para seleccionar artículos no son infrecuentes tan pronto como tocamos temas que afectan a la sociedad y que son “perfectos” para tener una amplia difusión en los medios de comunicación, con la consecuente notoriedad asegurada para los científicos y editores de revistas. El tema del sexo cerebral es ejemplar a este respecto.

Finalmente, esta publicación recibió varios desmentidos severos en estudios posteriores que muestran que las diferencias en las conexiones nerviosas entre los sexos desaparecen cuando, en las comparaciones, se toma en cuenta el tamaño del cerebro (6, 18, 32, 34).

La neuroética contra el neurosexismo

Frente a la moda actual por las neurociencias, sus repercusiones en la sociedad y el riesgo de instrumentalización fuera del campo científico, la reflexión ética es esencial (4, 5, 35, 44). La «neuroética» constituye un nuevo campo de investigación en un número creciente de universidades a nivel internacional. En 2010, nació la red «*Neuro Genderings*» que reúne a investigadores de

varios países (Australia, Alemania, Austria, Canadá, Estados Unidos, Francia, Italia, Suecia, Suiza) y de diferentes disciplinas: neurociencias, filosofía, sociología, estudios de género, ciencia y tecnología (https://en.wikipedia.org/wiki/The_NeuroGenderings_Network). El objetivo de la red es defender una ética en la producción de conocimiento sobre sexo, género y sexualidad a la luz de los problemas ideológicos y sociopolíticos planteados por la investigación.

En el contexto actual donde las tesis esencialistas resurgen para atacar los estudios de género, es crucial que

los biólogos se comprometan junto con las humanidades y las ciencias sociales a desafiar las evidencias falsas que desearían que el orden social sea un reflejo del orden biológico. La cuestión de fondo no es la de las diferencias más o menos marcadas entre los cerebros de mujeres y hombres, sino la del *origen* de estas diferencias. Pensar en nuestras diferencias a la luz de la plasticidad cerebral hace que el argumento de la naturaleza sea totalmente obsoleto. Abordar los prejuicios esencialistas de frente es esencial para combatir los estereotipos, tomar medidas políticas y construir juntos una cultura de igualdad. ■

Referencias bibliográficas

1. Angeles-Han S, Yeh S (2012) Prevention and management of cataracts in children with juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis. *Curr Rheumatol Rep*, 141: 42-9.
2. Braddick O, John Atkinson J (2011) Development of human visual function. *Vision Res.*, 51:1588-609.
3. Chang Y. (2014) Reorganization and plastic changes of the human brain associated with skill learning and expertise. *Front Hum Neurosci.*, 8-35 : 1-7
4. Charmak B, Moutaud B (2014) *Neurosciences et Société*, Paris: Armand Colin.
5. Choudhury S, Nagel S, Slaby J (2009) Critical neuroscience: Linking neuroscience and society through critical practice. *Biosocieties*, 4: 61-77.
6. Coupé P et al. (2017) Towards a Unified Analysis of Brain Maturation and Aging across the Entire Lifespan: A MRI Analysis. *Human Brain Mapping*, 38: 5501-18.
7. Dean DC et al. (2017) "Investigation of brain structure in the 1-month infant". *Brain Structure and Function*, 223: 1953-1970
8. Dean DC et al (2018) Correction to: Investigation of brain structure in the 1-month infant. *Brain Structure and Function*, 223: 3007-3009.
9. Fausto-Sterling A (2000) *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*. New York: Basic Books.
10. Fausto-Sterling A, Garcia C, Lamarre M (2012) Sexing the baby: Part 1. What do we really know about sex differentiation in the first three years of life? *Social Science & Medicine*, 74: 1684-92.
11. Fillod O (2014) *Le connectome et la circulation circulaire des stéréotypes de genre*:<http://allodoxia.blog.lemonde.fr/>
12. Fine C (2010) *Delusions of Gender: How Our Minds, Society, and Neurosexism Create Difference*. New York: Norton.
13. Fine C (2017) *Testosterone Rex: Myths of Sex, Science, and Society*. New York: Norton.
14. Fine C (2013) Is there neurosexism in functional neuroimaging investigations of sex differences? *Neuroethics*, 6:369-409.
15. Giedd JN et al. (2012) Magnetic resonance imaging of male/female differences in human adolescent brain anatomy. *Biology of Sex Differences*, 3:19-28.
16. Gilmore JH et al., (2012) Longitudinal Development of Cortical and Subcortical Gray Matter from Birth to 2 Years. *Cerebral Cortex*, 22 : 2478-2485.
17. Gould S J (1996) *Mismeasure of Man*. New York: Norton & Company.
18. Hänggi J et al. (2014) The hypothesis of neuronal interconnectivity as a function of brain size: a general organization principle of the human connectome. *Frontiers in human neuroscience*, 8: 3-16.
19. Harenski C, Kiehl K (2009) Gender differences in neural mechanisms underlying moral sensitivity. *SCAN*, 3: 313-321.
20. Héritier F (1996) *Masculin/Féminin*. Paris: Odile Jacob.
21. Illes J et al. (2006) ELSI priorities for brain imaging. *American Journal of Bioethics*, 6: 24-31.
22. Ingalhalikar M et al. (2014) Sex differences in the structural connectome of the human brain". *Proc Natl Acad Sci U S A*, 111: 823-8.
23. Jancke L et al. (2015) Size, sex, and the aging brain. *Human brain mapping*, 36 :150-69.
24. Joel D et al. (2015) Sex beyond the genitalia: The human brain mosaic. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112: 15468-73.
25. Joel D et al. (2018) Analysis of Human Brain Structure Reveals that the Brain "Types" Typical of Males Are Also Typical of Females, and Vice Versa. *Frontiers in Human Neuroscience*,12:399.
26. Jordan-Young R (2010) *Brain Storm: The Flaws in the Science of Sex Differences*. Cambridge. Harvard: Harvard University Press.
27. Jordan-Young R (2012) Hormones, context, and "Brain Gender": A review of evidence from congenital adrenal hyperplasia. *Social Science & Medicine*, 74 : 1738-1744.
28. Jordan-Young R, Karkazis K (2019) *Testosterone: An Unauthorized Biography*. Harvard: Harvard University Press.
29. Kaiser A et al. (2009) On sex/gender related similarities and differences in fMRI language research. *Brain Research Reviews*, 61: 49-59.
30. Kaiser A (2015) Re-conceptualizing "sex" and "gender" in the human brain. *Z Psychol*. 220: 130-136
31. Kraus C, Gardey D, Löwy I (2000) "La bicatégorisation par sexe à l'épreuve de la science", in *L'invention du naturel: les sciences et la fabrication du féminin et du masculin*. Paris: Archives Contemporaines.
32. Luders E, Toga AW, Thompson PM (2014) Why size matters: Differences in brain volume account for apparent sex differences in callosal anatomy. *Neuroimage*, 84: 820-824.

-
33. May A (2011) Experience-dependent structural plasticity in the adult human brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 15: 475-82.
 34. Pintzka C et al. (2015) Marked effects of intracranial volume correction methods on sex differences in neuroanatomical structures: a HUNT MRI study. *Front. Neurosci. Switz.* 9:238.
 35. Racine E et al. (2010) Contemporary neuroscience in the media. *Social Science & Medicine*, 71: 725-733.
 36. Rippon et al. (2014) Recommendations for sex/Gender Neuroimaging Research: Key Principles and Implications for Research Design, Analysis, and Interpretation. *Frontiers in Human Neuroscience* 8: 650- 655.
 37. Rippon G (2019) *The Gendered Brain: The New Neuroscience That Shatters The Myth Of The Female Brain*. London: Bodley Head.
 38. Rose S (2006) *Lifelines: Biology, freedom, determinism*. New York: Vintage Books.
 39. Sampaio-Baptista C, Johansen-Berg H (2017) White Matter Plasticity in the Adult Brain. *Neuron*, 96:1239-1248.
 40. Sanchis-Segura et al. (2019) Sex differences in gray matter volume: how many and how large are they really? *Biology of Sex Differences*, 10:32.
 41. Schmitz S, Grit Hoppner G (2014) Neurofeminism and Feminist Neurosciences: A Critical Review of Contemporary Brain Research. *Frontiers in Human Neuroscience* 8: 1-10.
 42. Vidal C (2012) The Sexed Brain: Between Science and Ideology. *Neuroethics*, 5: 295-303.
 43. Vidal C (2015) *Nos cerveaux, tous pareils, tous différents !* Paris: Belin.
 44. Vidal C, Benoit-Browaeys D (2015) *Cerveau, Sexe et Pouvoir*. Paris: Belin.
 45. Vidal C (2019) *Nos cerveaux resteront-ils humains?* Paris: Le Pommier.

El estigma en psiquiatría: un repaso desde sus antecedentes, a su actualidad

Juan Manuel Ferraro¹

1. Licenciado en psicología. Hospital Provincial de Rosario, Argentina.

Autor correspondiente: Juan Manuel Ferraro, E-mail: jmsdferraro@hotmail.com

Resumen

La Organización Mundial de la Salud estimaba que, al 2001, 450 millones de personas padecían algún trastorno mental. Pero de todas ellas, sólo una pequeña minoría recibía tratamiento, en parte debido al estigma. Es por eso que en su informe insta a la realización de campañas de educación respecto a la temática del estigma, y a su combate. El presente artículo lo que intenta es un abordaje histórico del estigma que busque dar cuenta de sus inicios, su transcurrir, y su actualidad. De todo ello desprendemos algunas reflexiones al respecto que buscamos que nos expliquen su naturaleza, y así un posible camino para comenzar a desmontarlo. Vemos en el desarrollo cómo estuvo presente para con la locura desde antes del nacimiento de la psiquiatría, y cómo con este advenimiento se pudo aportar las luces del conocimiento que redujeran el oscurantismo del periodo pre-médico. Vemos en la actualidad cómo sigue vigente, expresándose en comentarios del día a día, e incluso en algunas expresiones que se suponen artísticas. La pregunta que aparece en todo momento es: ¿cómo salir del estado actual? Esperamos que nuestro trabajo nos aporte algún atisbo de respuesta.

Palabras clave: Estigma - Historia del estigma – Estigma en medicina - Estigma y trastornos mentales.

STIGMA IN PSYCHIATRY: A REVIEW FROM ITS BACKGROUND, TO ITS CURRENT SITUATION

Abstract

The World Health Organization estimated that, by 2001, 450 million people suffered from a mental disorder. But of all of them, only a small minority received treatment, partly due to stigma. That is why the report urges the realization of education campaigns regarding the topic of stigma, and its combat. The present article makes an historical approach of stigma that aims to show its beginnings, its course, and its current situation. From there, we propose some thoughts trying to find a way to explain its nature, and maybe to begin disassembling it. We see how it was present towards madness since before the birth of psychiatry, and how with this advent, the lights of knowledge reduced the obscurantism of the pre-medical period. We see today how it is still active, expressing itself in daily comments, and even in some expressions that are supposed to be artistic. The question that appears at alltimes is: how can we get out of the current state? We hope that our work brings us a glimpse of response.

Keywords: History - Stigma - Medicine – Stigmas and mental disorders.

Introducción

El estigma en psiquiatría es una problemática actual de creciente importancia a nivel internacional. Lo encontramos en el centro del informe de la Organización Mundial de la Salud, *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas* (1), donde se destaca que de los 450 millones de personas estimadas que padecían algún trastorno mental en el año 2001, sólo una pequeña minoría de ellos recibían tratamiento, en parte debido al estigma.

Esto indica la relevancia de la temática: no se trata únicamente del inconmensurable y sumamente variable padecer subjetivo que provoca el estigma, tanto para el paciente mismo como para sus familiares -y que se suma al padecer propio de la enfermedad mental-, sino que a su vez se transforma en un problema del acceso a la salud de los padecientes, porque los disuade de buscar asistencia.

Nuestra mirada al respecto es una: el avance del conocimiento puede hacer las veces de un antídoto contra los prejuicios y los estigmas. Por ello nos proponemos debatir sobre este tema, intentando que nuestro aporte se traduzca en una mayor comprensión del estigma, y tal vez en su desmontaje nos provea de alguna vía de salida posible, cuyo correlato sea una mejor calidad de vida para nuestros pacientes, y la mayor predisposición a que busquen la asistencia adecuada para el tratamiento de la patología que los aqueja.

Lo intentaremos mediante el indagar, etimológica e históricamente, la naturaleza misma del estigma. Evaluaremos sus relaciones con la medicina, y puntualmente con la psiquiatría. Plantearemos para el debate nuestras reflexiones, entre las que se cuenta una revalorización del concepto de "paciente", por creer que la medicalización de la enfermedad mental ha impreso un mayor conocimiento de la misma y encarado al comienzo un proceso importante de desestigmatización; aunque luego algunas prácticas mismas de nuestras disciplinas se hayan vuelto ellas mismas estigmatizantes. Por tal motivo es que efectuamos un retorno a nuestros orígenes, rescatando los nombres y las ideas de los primeros psiquiatras, en quienes creemos hallar indicado el espíritu y la senda que nos conduzca al derribamiento de esta problemática.

El estigma explícito e implícito en medicina

El término estigma proviene etimológicamente del latín, y hace referencia a una "Marca impuesta con hierro candente; señal de infamia" (2). Es un término también utilizado en medicina, haciendo referencia a "Cualquier marca o peculiaridad mentales o físicas que apoyan la identificación del diagnóstico de un trastorno" (3).

Esta última definición, al hacer mención a la marca o peculiaridad mental, nos comienza a acercar a aquella parcela particular, del campo alguna vez inaugurado por Hipócrates, que es la medicina mental o la psiquiatría. Pero hay un acceso aún más directo que empareja al estigma con la psiquiatría, siendo explícito e implícito a la vez.

Aquel acceso más directo y explícito de lo que se ha

dado en llamar el estigma en la psiquiatría, lo tiene por la hermana mayor y rica de ésta, la neurología, en un encuentro parisino con su *bête noire*: las histerias.

La historia tiene tintes novelescos. París de finales del siglo XIX en *La Salpêtrière*. En algún pabellón cualquiera, una paciente llega manifestando haberse quedado ciega de repente. El médico se acerca para examinar los reflejos de acomodación y fotomotor con la ayuda de algún estímulo visual y lumínico. Las pupilas, al contrario de lo que manifestaba en su discurso la paciente, se mostraban normorreactivas. Hay miosis con el estímulo lumínico, y midriasis en su cesación. Además, muestra variaciones el tamaño de la pupila al acercar o alejar el objeto. La ceguera comienza a ser poco probable. Sin embargo, la paciente insiste: no ve.

El médico comienza a desconfiar. Llega incluso a sospechar que ni siquiera la anatomía patológica hubiera mostrado alguna alteración de la corteza visual que justificara lo enunciado por la paciente. El diagnóstico le es claro: histeria.

Al no presentarse ninguna alteración orgánica que justificara el cuadro, ese era el diagnóstico. Como aditamento, se le adosaba un comentario que la desterraba de todo tratamiento médico posible: "Las histéricas son simuladoras. No hay nada que curar, no hay nada que tratar. ¡Au revoir, mademoiselle!"

En esta anécdota novelada, pero no por ello menos cierta -y seguramente acaecida alguna vez- podemos ver cómo se van entrelazando las definiciones del estigma. Por un lado, tenemos la acepción médica como marca o peculiaridad mental que determina un diagnóstico. Pero, por el otro, aquella acepción del estigma que hace señal de infamia: "¡Histérica! ¡Simuladora!"

Tuvo que llegar Jean Martin Charcot para darles a las histerias dignidad médica y brindarles un estudio minucioso y una atención acorde a su arte sanitario.

Así presentó en sus *Leçons du mardi* a pacientes histéricas y fue desmenuzando sus diversas presentaciones clínicas hasta encontrar en ellas la estructura que formara un cuadro clínico, y así pudo describir el gran ataque -completo, con sus cuatro fases- y sus formas frustras (4).

Charcot no tenía dudas de que la histeria era un problema médico. "Y no se les ocurra decirle que es una simulación. Ni por asomo [...] Es preciso que se sepa que la histeria es una enfermedad psíquica, absolutamente" (4). Como tal, incluso proponía su debido tratamiento. "Hay que curarla", decía sobre un caso de parálisis de tal índole.

Teniendo en cuenta que la neurología de la época denominaba estigmas a los síntomas patognomónicos de la histeria (5), incluyendo principalmente trastornos de la sensibilidad, trastornos motores y trastornos psíquicos, podemos concluir que Charcot tomó un cuadro estigmatizado del cual incluso médicamente se hablaba de sus estigmas, y al brindarle su atención e interés, efectuó el gesto importantísimo de des-estigmatizarlo y devolverle a esos padecientes su dignidad médica.

Convirtió así a las histéricas de simuladoras en pacientes, de exiliadas del campo de la medicina a incluidas en su atención.

De los antecedentes del estigma, y de la psiquiatría misma

Acabamos de ver cómo en la neurología se contaba explícitamente con el término estigma para hacer referencia a los síntomas patognomónicos de la histeria, y cómo además se operaba para con este campo de la psicopatología implícitamente un proceso de estigmatización que dejaba fuera de toda atención sanitaria a aquellos pacientes padecientes de tal afección.

Pero podemos ahora entrar más en detalle y ver cómo el estigma para con la enfermedad mental está desde los orígenes mismos de la psiquiatría, e incluso aguardando su advenimiento.

Nos resultará claramente imposible un abordaje exhaustivo de toda la bibliografía al respecto de los momentos previos al nacimiento de la psiquiatría y de los diversos tratamientos llevados a cabo para con el vasto campo de las locuras. Por ello nos limitaremos tan sólo a un repaso a vuelo de águila de tal temática, del cual esperamos hacer una lectura crítica y extraer algunas conclusiones.

En nuestro recorrido hemos optado por llevarnos de la mano de ilustres nombres del gran panteón de la medicina mental. Nos referimos, y tan sólo por el recorte que nuestro trabajo amerita, a Philippe Pinel, Jean Étienne Dominique Esquirol y Jean Pierre Falret.

De las obras que nos han legado extraemos todo el período pre-médico de las locuras, sirviendo de base para ulteriores formulaciones.

Si bien Pinel no nos habla puntualmente de esto, su descendencia sí, y no habría descendencia jamás sin quien inaugure la progenie. Esquirol denuncia de entrada el descuido médico para con las locuras “El estudio de la alienación mental se ha descuidado tanto hasta nuestros días que aún sigue sin considerarse como un objeto de la medicina clínica” (6). Todo esto cambió con un hombre, quien les proveyó a los locos de dignidad médica convirtiéndolos de espectáculo, de bufones, de iluminados, de poseídos, en pacientes: Philippe Pinel. El mismo gesto de Charcot para con las histéricas, es el que supo hacer mucho antes Pinel para con los locos, en su más vasta generalidad. Inclusión de las histéricas en la atención médica en un caso; atención médica de los alienados mentales en el otro.

Aquel período pre-médico consistía, en resumidas cuentas, de los siguientes tratamientos dispensados (7).

Los locos en libertad eran el entretenimiento o de la plebe, siendo el bufón del pueblo, o de la realeza como *los locos del rey*. Al fin y al cabo el resultado era el mismo, pues, en ambos casos, tratábase de un espectáculo lamentable en el que los espectadores se mofaban de un padeciente. Algunos eran tomados como inspirados y “con ese título, se los rodeaba de privilegios, respeto y veneración”; mientras que, aun siendo del mismo géne-

ro, algunos menos afortunados se los tomaba por poseos, y el tratamiento dispensado a ellos era el exorcismo y “suplicios para hacer que estos desgraciados denunciaran a su pacto con el diablo”.¹

Los que no estaban en libertad, eran encerrados en calabozos, donde, en aquél *gran encierro* que describiera años más tarde Michel Foucault (8), “habían sido confundidos con los criminales y él [Pinel]² los elevó a la dignidad de enfermos” (7).

Por tanto, y para resumir, la locura había sido vista como inspiración divina, posesión demoníaca, espectáculo público o de la realeza, y también escoria social. Pero nunca, en ninguna de esas ocasiones, como objeto del estudio y tratamiento médico.

Hasta que llegó Pinel.

Su gesto no se agota en lo anecdótico de la liberación de las cadenas, inmortalizado en el famoso cuadro de Robert-Fleury³. No es tan sólo mandar a *quitar las cadenas* de esa loca vestida de blanco y con la mirada perdida que se mantiene sostenida a su lado, sino también es denominar a aquella tirada en el suelo, sobre el margen derecho, y gorro frigio rojo, *paciente*, y por tanto, como plausible de atención médica.

En consecuencia, podemos concluir hasta aquí que la locura había sido estigmatizada, cubierta de ese manto de infamia, hasta Pinel. El primer gran golpe contra el estigma de la locura se dio, justamente, con el surgimiento de la psiquiatría.

Pero no fue suficiente. Ni Philippe Pinel en Francia, ni Johan Christian Reil en Alemania, ni Joseph Guislain en Bélgica, ni Vincenzo Chiarugi en Italia, fueron suficientes para acabar, de una vez por todas, con el estigma de la locura y hacerla concebir enteramente como un problema médico, y ya no más como motivo de burla, de difamación, de exclusión.

Falret se dio cuenta de esto, y por eso “Pese a tanta ciencia, tanta abnegación [por parte de Pinel y Esquirol]⁴ (...) queda aún mucho por hacer” (7). Y puso manos a la obra.

El estigma perduraba. La medicina no estaba dispuesta a acoger la naciente psiquiatría como una de sus especialidades, ni siquiera a introducirla dentro de su formación de grado. “Los propios cursos clínicos de las enfermedades mentales son objeto de numerosos prejuicios” (7), y por tanto, se abocó a “hacer ver que el estudio clínico de las enfermedades mentales es útil a todos los médicos”.

Así como su maestro Pinel se ocupó de asestar el primer golpe contra el estigma sobre la locura por parte de la sociedad en general, Falret hizo lo propio, pero atacando el estigma sobre la locura por parte de la ciencia médica.

Su propuesta resultó ser el dispositivo de enseñanza clínica psiquiátrica por excelencia: la presentación de enfermos (7).

1- José Ingenieros nos indica que, así como en los europeos, entre los quichuas, guaraníes y araucanos, la locura “era atribuida a causas sobrenaturales y curada mediante prácticas de hechicería”. En: Ingenieros J. *La locura en la Argentina*. Córdoba: Buenas Vista; 2005. p. 14.

2- Lo escrito entre corchetes es nuestro.

3- Pinel, *médecin en chef de la Salpêtrière, délivrant les aliénés de leurs chaînes en 1795*, es un cuadro del pintor francés Tony Robert-Fleury, 1886.

4- Lo escrito entre corchetes es nuestro.

Pero este hombre no circunscribió la lucha contra el estigma solamente al ámbito de la formación de futuros profesionales, psiquiatras o no, sino que también se preocupó por el loco y su sociedad. Se preocupó por la reinserción, por qué acontecería con los pacientes una vez externados, para no caer en la misma situación del período pre-médico en la que el enfermo podía quedar en libertad a merced de viles ciudadanos que se mofarían y abusarían de su condición, propuso y dispuso de instituciones a medio camino que posibilitaran el retorno del otrora paciente, ahora externado, a su vida más cotidiana y habitual, con la *Société de Patronage pour les Alienes sortis gueris de l'Hôpital de la Salpêtrière et Bicêtre* (7).

No obstante, y tal como aconteció con los nobles y admirables esfuerzos de sus maestros, el estigma persistió, y llega hasta el día de hoy.

A pesar de ello, podemos ver cómo en el rastreo histórico hemos podido encontrar cómo el estigma sobre la locura estuvo desde antes que surgiera la psiquiatría, pasando por los años de su nacimiento, hasta sus primeros pasos. Pareciera ser que, en definitiva, hablar del estigma de la locura y de la psiquiatría en sí misma, es hablar del mismo asunto.

No es una historia nueva, sino una historia de vieja data y que aún debe ser motivo de reflexión y de esfuerzos en la búsqueda de una solución posible.

Reflexiones a partir de un testimonio de actualidad: ¿Qué vistes?

Para dar muestra ahora del actual y creciente interés que despierta el estigma en psiquiatría, tenemos en primer lugar las campañas llevadas a cabo por la *American Psychiatric Association* en el reconocimiento y lucha contra él. En sus redes sociales resumen un poderoso pensamiento en una simple frase "La enfermedad mental no es nada de lo que avergonzarse. Es una condición médica, como cualquier otra enfermedad física" (9), y en sus sitios web cuentan con publicaciones sobre la misma temática (10, 11).

Hacemos mención a lo poderoso de semejante pensamiento en una tan simple frase, porque resume una verdad que, por obvia, termina siendo obviada. Es algo que es claro, pero que la sociedad aún parece indispuerta a aceptarla, e incluso, lamentablemente, algunos médicos se contagian de tal repulsión.

Es tan resistida la locura, tan estigmatizada, que ni siquiera los siglos que pasaron desde Pinel han revertido esa situación, por lo que la lucha nos conmina a todos los profesionales de la salud, en manera mancomunada, y sin caer en inútiles divisiones que separen una supuesta salud general de una supuesta e independiente salud mental, a su confrontación en busca de una salida posible.

Así como en nuestra práctica clínica escuchamos a nuestros pacientes, así haremos en esta ocasión, y escucharemos el testimonio mismo de un padeciente. Zack

McDermott se pregunta: "¿Qué vistes el primer día de regreso al trabajo después de 90 días de ausencia debido a un brote psicótico?"⁵ (12); así comienza su artículo en *The New York Times*.

Hace en él un llamado desesperado en el que revela la verdad consabida, aduciendo que, cuando se trata de un trastorno mental, uno "no tiene más control sobre esas cosas que un paciente oncológico sobre el estado de sus nódulos linfáticos"⁶ (12).

Nos comenta su travesía en su retorno al trabajo en una asesoría legal tras el episodio sufrido, y cómo, por la presión sentida a causa del estigma, terminó dejando lo que supo ser el trabajo de sus sueños.

Hasta tal punto llegó el estigma: hasta hacerle abandonar su trabajo.

Esta situación lo motivó a la escritura de un libro (13), y a nosotros a algunas reflexiones que podemos hacer.

Volvemos a la pregunta con la que inició su artículo en el afamado periódico neoyorquino, donde irónicamente fue a hablar de un difamado tema: "¿Qué vistes el primer día de regreso al trabajo después de 90 días de ausencia debido a un brote psicótico?"

Nuestro idioma nos permite jugar con la homofonía del término *vistes*, de vestir, y *viste*, de ver. Por eso parafraseamos la pregunta y reformulamos: "¿Qué viste, en mí, el primer día de regreso al trabajo después de 90 días de ausencia debido a un brote psicótico?". A causa del estigma, podríamos conjeturar que una respuesta podría haber sido: "Lo que he visto, es que vistes los infames ropajes de la locura".

Aun cuando el episodio haya concluido o esté en remisión, el paciente externado queda concebido como el loco que ha regresado, sin siquiera aventurarse uno a pensar que el loco es un sinónimo de padeciente, por lo que lo que es preciso que reciba atención profesional sanitaria, y no exclusión ni discriminación de ningún tipo.

Es en ese punto que podemos mensurar la vigencia del pensamiento falretiano, preocupado por la reinserción social de los pacientes luego de una internación psiquiátrica. Y también para reconocer lo poco que hemos avanzado en todo este tiempo.

La crítica a este escaso progreso la hallamos presente en Franco Basaglia (14), y muy posiblemente a esta exclusión haya contribuido la existencia de los asilos monovalentes. Existencia sobredeterminada por la reticencia social y médica a alojar en los hospitales generales a la locura, a incluir a la denominada salud mental en la salud más general. Existencia que, por un lado, permitió el estudio y el tratamiento especializado y pormenorizado de la patología mental, pero como efecto colateral sostuvo el aislamiento del paciente psiquiátrico y terminara por transformarse en una iatrogenia.

Saludamos jubilosos el proceso de desmanicomialización cuando implica el progresivo abandono del modelo asilar en favor de un modelo asistencial renovado. Pero seguimos al pie de la letra las recomendaciones de

5- La traducción es nuestra.

6- La traducción es nuestra.

la Organización Mundial de la Salud (1) cuando nos advierte que la “desinstitucionalización [...] no es sinónimo de deshospitalización”, y que “Cerrar hospitales psiquiátricos sin alternativas comunitarias es tan peligroso como crear alternativas comunitarias sin cerrar hospitales psiquiátricos”.

Lo que intentamos advertir es que la sustitución del modelo manicomial no se lleve adelante sin una transformación de fondo, y para lograrla, creemos como fundamental el llevar adelante esfuerzos para combatir el estigma.

Lo lejano de la atención cercana en salud mental

El 2020 en Argentina ya está aquí, con manicomios y sin que las alternativas comunitarias brinden la respuesta necesaria a las problemáticas de salud mental.

Mucho se ha avanzado, y el plantear un destino es un paso importante para saber adónde queremos llegar. Pero los obstáculos que nos salen al paso parecen tener más la complejidad de lo social que de las decisiones políticas.

El panorama de actualidad lo vemos plasmado en una serie de estudios llevados a cabo (15, 16, 17). El primero nos permite percibir de dónde partimos. Nos muestra la situación de salud mental en todo el país con datos del año 2005 (15), donde relevándose el 97% de los centros de atención primaria de la salud del territorio argentino, se evalúa que sólo en un 30% de ellos había atención de psiquiatras y/o psicólogos. Era de esperar que tras la implementación del *Plan Federal de Salud* (18) y su apoyo a la estrategia de atención primaria, la situación mejorase ostensiblemente. A pesar de ello, nos encontramos, por ejemplo, con que en dos centros urbanos del centro del país, el Departamento General San Martín, de Córdoba y el Nodo Rosario, de Santa Fe, si bien nos hemos acercado al horizonte planteado, aún estamos lejos de llegar al destino buscado.

En ambos casos se cuenta con el esquema sanitario de efectores de primer nivel de atención insertados en la comunidad, con el respaldo de una mayor complejidad de la atención y la posibilidad de internación en hospitales generales y monovalentes que hacen de cabecera. Pero el circuito culmina en una deficiente accesibilidad a la atención primaria en salud mental por diversos motivos.

En el panorama cordobés (16), al año 2018 se detallaba la dificultad de obtención de turnos, listas de espera y la insuficiente disponibilidad de medicamentos como motivos que disuadían de la búsqueda, obtención y efectivización de tratamientos; y que en caso de persistir en su afán de recibirlo, tropezaban con la dificultad geográfica y económica del desplazarse hasta efectores de segundo nivel donde conseguirlo.

En el caso santafesino (17), se describían como obstáculos para la atención comunitaria de salud mental la no asignación de recursos humanos en todos los centros de atención primaria⁷, fallas organizativas que dan lugar

a una disparidad entre la oferta y la demanda potencial de asistencia; centros de atención primaria que cuentan con 34 horas asistenciales de psicología y una población potencial de 4.500 habitantes, y otros con 15 horas asistenciales ofertadas para una población potencial de 30.000 habitantes, y dificultades en la articulación intra e intersectorial para las intervenciones en crisis y las internaciones en hospitales generales.

¿Por qué sucede eso? Las respuestas no las tenemos; tan sólo podemos atrevernos a hacer hipótesis al respecto o a plantear preguntas que tal vez nos guíen. ¿Es por el estigma? ¿Es por la tendencia a desestimar a la enfermedad mental, ya sea por la vía de la despatologización, o la del “no es nada”? Ciertamente no podemos descartar tampoco otros factores, como las decisiones políticas y los contextos económicos.

Sea como sea, los estudios citados nos hablan de “valoración de los pacientes de inutilidad de los tratamientos” (17) y del obstáculo simbólico de preconceptos asociados a la locura que “generan reticencia a acceder a la atención” (16). El denominador común de ambas cuestiones es el desconocimiento, que lleva a no contemplar una terapéutica posible, y al prejuicio que se viste de estigmatización.

Al respecto, las directivas de la Organización Mundial de la Salud son claras (1). Nos indica que “La estigmatización se combate también realizando campañas de información pública para educar e informar a la comunidad acerca de la naturaleza, el alcance y las repercusiones de los trastornos mentales”, a la vez que nos recuerda que los mismos son un asunto sanitario: “No son sólo variaciones dentro de la ‘normalidad’, sino fenómenos claramente anormales o patológicos”.

Algunas consecuencias del estigma

La nosografía psiquiátrica se ha mostrado en la historia como el terreno más fértil para la apropiación de sus términos por parte de la sociedad, para un uso peyorativo.

Para muestras tenemos los históricos casos de la imbecilidad (19), el idiotismo (20) y el cretinismo (21), que han sido por la sociedad vaciados de su contenido médico, y utilizados como insultos. Pero también tenemos como ejemplo la más habitual de la cotidianeidad con los comentarios “Este hombre está loco”, “Esta mujer es una histérica”.

Esto ha llevado a la psiquiatría a rever y renombrar su nosografía, en un intento de desembarazarse del estigma.

Pero a pesar de ello, éste no lo ha dejado de perseguir jamás.

Tal es así que en recientes años la pregunta llegó a la locura cardinal: la esquizofrenia.

Este trastorno mental parece estar condenado al cambio constante de su nombre. Desde la *dementia praecox* a su nombre actual en la depuración de la terminología

7- Si bien el estudio es del año 2013, una nota periodística del año 2018 nos mostraba que “Sólo hay 7 psiquiatras para 1.500 pacientes en 33 centros de salud”, por lo que la situación no debe de ser muy distinta al día de hoy. En: Barrandeguy T. Solo hay 7 psiquiatras para 1.500 pacientes en 33 centros de salud. *La Capital*, 18/8/2018.

psiquiátrica por parte de Eugen Bleuler en su obra culmine (22), llega al día de hoy una pregunta que se ha hecho la comunidad psiquiátrica, interrogada también por un grupo de profesionales argentinos: *Esquizofrenia, ¿es tiempo de cambiar el nombre?* (23), y todo en razón del estigma asociado a dicho apartado de la nosografía psiquiátrica.

Los resultados de la consulta fueron que, a pesar de que el término es concebido en un 64% como conceptualmente correcto, no deja de estar envuelto de estigma.

Sorprende ésta estigmatización de la nosografía psiquiátrica, porque en ocasiones es acompañada de una psicopatologización de la vida cotidiana, donde la gente ya no está triste, sino *deprimida*.

Tal vez sea porque existen algunas patologías que no son estigmatizadas, pero sí trivializadas.

Existe en la historia de la farmacología la brillante publicidad de un laboratorio que, al hablar de su presentación de fluoxetina, se quejaba del movimiento que estaba “Trivializando una seria enfermedad”, al tomar a la depresión como una simple tristeza pasajera, y no como la grave patología mental que es.

En la misma vía van los espectáculos que ridiculizan al trastorno obsesivo compulsivo y sus diversas presentaciones clínicas, bajo la rúbrica vulgarizada del TOC.

No debemos perder de vista tampoco esas manifestaciones. El hecho de que se presenten con un rostro diverso al insulto no los hace menos grave, sino incluso hasta más preocupante, porque estigmatiza y ridiculiza a los trastornos mentales de manera subrepticia.

El estigma no se reduce ni al trastorno ni al paciente, sino que también toma al tratante

Obras actuales dedicadas al tema del estigma nos destacan un hecho: el estigma también recae sobre el tratante.

Un trabajo del 2018 nos muestra los rostros que toma el estigma: las enfermedades mentales no son verdaderas enfermedades; los psiquiatras no son verdaderos médicos y están tan locos como sus pacientes; no han podido hacer otra especialidad mejor (24).

Esto llevó a que Marcelo Cetkovich, en el mismo afán filantrópico que motivó a Pinel, llegara a decir que “La psiquiatría no es glamorosa” (25).

En su obra denuncia cómo “Los tratamientos médicos son descalificados con términos como ‘chaleco químico’”, a la par que determinados movimientos pugnan ya no por la desmanicomialización, sino por la deshospitalización y hasta la despatologización de la locura. Estas medidas creemos que no van en vías de otra cosa que no sea la estigmatización misma de la psiquiatría, desprestigiando y cuestionando sus prácticas sanitarias, calificando a la psiquiatría como dispositivo disciplinario (26) -sin considerar su crucial papel sanitario- y presentando al psiquiatra mismo como un agente de represión (27).

La postura de este artículo es contraria a los postulados de este último punto. Si bien nos posicionamos a favor de la integración de los servicios de psiquiatría en los hospitales generales -por creer que redundará en

una mayor integración de la denominada salud mental en la salud más general, y del paciente psiquiátrico en la sociedad- no conciliamos con una mirada crítica más destructiva que constructiva de la psiquiatría.

La pregunta sería: y si no es la medicalización de la locura, ¿qué debería ser? Ciertamente, nunca más debería ser el período pre-médico. Por nuestro lado la situación es clara: si lo que se busca es combatir el estigma, la solución no es combatir la psiquiatría. La psiquiatría ha sido desde el comienzo la alternativa dignificante del loco como enfermo, disminuyendo todo el oscurantismo del período pre-médico.

La más somera revisión histórica nos ha enseñado cómo el estigma estuvo presente desde antes del nacimiento mismo de la psiquiatría, aguardando a su advenimiento, para luego impregnarla a ella también con su infame marca.

Las controversias de la ley

Entre los escritos que guían y rigen nuestras prácticas en el campo de la medicina mental, nos encontramos con el manual de *Atención de las urgencias de salud mental* (28). En este escrito se reconoce que “La internación es considerada como un recurso más dentro de la estrategia terapéutica”, una opción viable y hasta precisa en episodios de descompensación que procura el restablecimiento del paciente a un estado anterior de salud que se supone, o al menos, de estabilización.

Este postulado sigue de cerca las indicaciones de los organismos sanitarios internacionales que sostienen los hospitales polivalentes como red de apoyo a las instituciones comunitarias para la internación durante las crisis subjetivas (1, 29). Pero entre esta habilitación a la internación de medicina mental, y la calificación que de ella hace la *Ley Nacional de Salud Mental* (30) en su capítulo VII, hay un abismo.

Se comprende que la internación deba ser llevada a cabo sólo cuando aporte mayores beneficios que las intervenciones en la comunidad, que debe ser lo más breve posible, y estar orientada a fines terapéuticos. Pero no se comprende el porqué de calificar a la misma como “un recurso terapéutico de carácter restrictivo”. En este punto va nuestra crítica a la *Ley Nacional de Salud Mental*.

La valoramos en el sentido de reconocimiento de derechos humanos del paciente psiquiátrico, que se traduce en un reconocimiento del mismo como humano, y por tanto sujeto de tales derechos inherentes a su condición. También por la definición allí expuesta de la salud como “proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos”, ya que ofrece una mirada más integral sobre el estado de salud, que una mirada cercenadora de la dimensión social del paciente.

Pero creemos que la estigmatización para con la locura se infiltra en la ley misma al calificar al recurso terapéutico que es la internación, avalado incluso por la Organización Mundial de la Salud, como “restrictivo”.

Llama la atención tal enunciado porque alude a lo

restrictivo de la internación psiquiátrica, y no de la internación en general. A nadie se le ocurriría aducir jamás que una internación dictada por el personal de cardiología a un paciente hipertenso tras un accidente cerebrovascular sea de carácter restrictiva. Pero cuando se trata de una internación psiquiátrica, pareciera que es una internación de otra índole.

Esto no es otra cosa que lo que venimos denunciando en todos estos artículos: estigma en psiquiatría.

Debemos ser muy cuidadosos con las palabras que utilizamos, pues podemos provocar el efecto contrario al buscado. Si lo que se busca es una ley más inclusiva y combatir el estigma, al decir que la internación psiquiátrica es restrictiva no hacemos más que fomentar en el imaginario social que las disciplinas encargadas de brindar asistencia sanitaria a las personas con padecimiento mental, son disciplinas perjudiciales en vez de asistenciales, llevando así a que las personas vean cada día con más recelo a los profesionales, y estén cada vez menos dispuestos a aceptar la ayuda profesional y acudir a ella.

A este respecto de las palabras y los nombres, es que introducimos el segundo apartado de nuestra crítica. Consideramos oportuna la denominación de usuarios cuando se hace referencia que el usuario lo es de un servicio, en este caso, de asistencia sanitaria. Pero no podemos permitirlo si esta denominación va en detrimento de otra denominación clave.

No podemos permitir jamás que el usuario vaya reemplazando hasta borrar del todo al paciente. Porque creemos que el término paciente es un término que llena al padeciente de dignidad médica.

El cómo llamamos a nuestros pacientes importa. Creemos que el término paciente no es excluyente del usuario, pudiendo darse la coexistencia de ambos. Pero debemos procurar que el usuario no termine aboliendo al paciente, y viceversa: que el término paciente tampoco termine obturando todas las otras dimensiones que hacen a la persona que en parte, y tan sólo en parte, padece de algún trastorno mental.

El término paciente está íntimamente ligado al de padeciente, como "El que soporta males" (31). Lo introduce en la lógica del par salud/enfermedad, de la atención sanitaria y del tratamiento, e incluso de la cura y la *restitutio ad integrum*. Creemos que no hay nada menos estigmatizante que la condición de paciente, pues el imperativo médico es "Haz todo lo que está en tu poder para hacer de nuevo posible lo que es provisionalmente imposible, pero de lo cual todo humano es declarado axiomáticamente capaz" (32), planteando el episodio como pasajero, con la esperanza de la recuperación.

En cambio, tememos que la hegemonía del término usuario termine llevando a la idea que el estado de salud sea meramente una opción, de la cual la persona hace uso -como usuario que es- o no, en vez de una contingencia que toma a la persona contra su voluntad, y de la cual merece y tiene todo el derecho a recibir asistencia profesional en su ayuda. Eso sí sería estigmatizante.

No olvidemos a este respecto que "No se vuelve loco el que quiere" (33); el trastorno mental no es una opción.

Una conclusión de... ¿cierre?

El recorrido por la historia cumple los objetivos de rescatar a los inmortales nombres que hicieron por primera vez la senda que hoy transitamos, y marcar cómo se empeñaron en la misma lucha que nosotros hoy nos proponemos encarar e instamos a la unión de esfuerzos mancomunados de las profesiones de la salud más general.

Es también una búsqueda etiológica, para hallar tal vez alguna luz que nos ayude en el camino a recorrer, y también que nos ilumine con los ejemplos de los grandes médicos que hicieron a la historia de la psiquiatría.

Creemos que cualquier esfuerzo que se proponga hacer será en vano si no estamos advertidos de los fundamentos. Este escrito busca eso: servir de base para ulteriores desarrollos, proponer más material a la causa, y así realzar la importancia destacada que debe tener la lucha contra el estigma en la psiquiatría.

Algunas de las enunciaciones hechas en el material ofrecido tal vez puedan resultar controversiales, otras quizás incluso criticables. Lo que no serán nunca es libres de toda rectificación posible, y por eso es que la cuestión no pasa a estar cerrada. Pero mientras se logre poner en debate algunas cuestiones centrales -sin que el resto de las proposiciones obturen su emergencia- el objetivo de este artículo puede considerarse cumplido.

El material ofrecido son nuestras reflexiones. Allí se cuenta la revalorización del papel que supo cumplir la medicalización de la locura, y del concepto de paciente. Pero en ella no dejamos de estar advertidos que si bien lo sostenemos, no propendemos a una exaltación de lo uno en detrimento de algo otro.

También rescatamos como puntos centrales la necesidad de continuar trabajando para hacer efectiva y consolidar la atención de salud mental en la comunidad, y por supuesto la temática de las campañas de educación sobre patología mental.

Confiamos que el avance del conocimiento se trasladará en mejores abordajes terapéuticos del sufrimiento mental. Y que éste deberá ser llevado a cabo en la interdisciplina, conceptualizando a la salud de manera integral.

Pero creemos que no lo lograremos jamás si no emprendemos antes una lucha contra el estigma que rodea a lo psiquiátrico y que nos impide en cierta manera continuar dando pasos.

Porque si no, la atención cercana, en la comunidad, de la salud mental, seguirá siendo lejana. Porque la articulación intra e intersectorial se verá dificultada, y nos seguiremos topando con las mismas dificultades que alguna vez señalara Franco Basaglia: "Un individuo enfermo tiene como primera necesidad, no sólo la cura de la enfermedad, sino muchas otras cosas" (14). Allí aparecen los problemas habitacionales y alimenticios que no podremos solucionar si la articulación intersectorial no se lleva a cabo.

Porque nuestro papel como profesionales de la salud no se reduce a la clínica, sino que también debemos exigir a quienes deban tomar decisiones e implementar acciones que las hagan. Y debemos ser los primeros en

expresarnos y llevar adelante la campaña en contra de la estigmatización. Es la dimensión social que tiene nuestra práctica.

Quizás tan sólo así podamos cumplir con el papel liberador que nos indicara Henry Ey para la psiquiatría. Si el paciente ha de ser “para el médico que lo toma a su cargo [...] el sujeto de la constante necesidad de hacerle

recuperar su libertad” (27), esto también puede aplicar en lo que se refiere a liberarlo del estigma.

Declaración de conflictos de interés

El autor declara no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo. ■

Referencias bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001 – Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2001.
- Corominas J (2000) “Estigma”, en *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Madrid: Gredos, p. 256.
- Saunders WB (1985) “Estigma”, en *Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina Dorland*, Vol. 1. Madrid: Interamericana, p. 573.
- Charcot JM (2003) *Histeria*. Jaén: Ediciones del lunar.
- Ingenieros J (2007) *Histeria y sugestión*. Córdoba: Buena Vista.
- Esquirol JE ([1805] 2012) Las pasiones consideradas como causas, síntomas y medios curativos de la alienación mental”, en *El nacimiento de la psiquiatría*. Buenos Aires: Polemos; 2012.
- Falret JP ([1864] 2015) *Las enfermedades mentales y los asilos para alienados*. Buenos Aires: Polemos.
- Foucault M (2014) *Historia de la locura en la época clásica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- American Psychiatric Association. Mental health month. End stigma [Internet]. Disponible el 4/11/2019 en: <https://www.twitter.com/APAPsychiatric/status/1129863542151233540>
- American Psychiatric Association. Fighting stigma: how to respond to inappropriate and insensitive comments about mental health [Internet]. Disponible el 4/11/2019 en: <https://www.psychiatry.org/news-room/apa-blog/2016/11/fighting-stigma-how-to-respond-to-inappropriate-and-insensitive-comments-about-mental-health>
- American Psychiatric Association. What is mental illness? [Internet]. Disponible el 4/11/2019 en: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>
- MacDermott Z. The ‘madman’ is back in the building. *The New York Times*, 20/9/2017.
- MacDermott Z (2017) *Gorilla and the bird: a memoria of madness and a mother’s love*. EEUU: Hachette Book Group.
- Basaglia F (2013) *La condena de ser loco y pobre*. Buenos Aires: Topía.
- Ballesteros M. Profesionales de la salud en el primer nivel de atención de Argentina. Un análisis sobre las desigualdades jurisdiccionales. *Geograficando*, 2016, Vol. 12 (2). Universidad Nacional de La Plata.
- Bosco F, Galindez L. El derecho a la atención en salud mental: un análisis desde la accesibilidad. *Anuario de investigaciones de la Facultad de Psicología*, 2018, Vol. 3 (3). Universidad Nacional de Córdoba.
- Belizán J, Borda M, Cisneros C, Dávila A, Huerta A, Quadri A, Rodríguez A. Acceso a la atención en salud mental en centros de salud provinciales y municipales de la ciudad de Rosario. *Investigación en salud*, 2013, Vol 10 (1). Secretaría de Salud Pública Municipal. Rosario.
- Plan Federal de Salud 2004 – 2007 (2004) Ministerio de Salud de la Nación. Presidencia de la Nación. Buenos Aires, Argentina.
- Saunders WB (1985) “Imbecilidad”, en *Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina Dorland*, Vol. 2. Madrid: Interamericana, p. 798.
- Pinel P. ([1809] 2012) “Tratado médico – filosófico sobre la alienación mental”, en *El nacimiento de la psiquiatría*. Buenos Aires: Polemos.
- Cotran R, Robbins S. (1987) “Cretinismo”, en *Patología estructural y funcional*. México: Interamericana, pp. 1183-1184.
- Bleuler E ([1911] 2012) *Demencia precoz, o el grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Polemos.
- Seré L, Cardona D, Flichtentrei D, Lopez P, Prats M, Mastandueno R, Miorelli A, Maruta T, Cetkovich M. Schizophrenia: is it time to rename it? The opinions of latin american psychiatrists. *Schizophrenia research*, Vol. 178. 2016.
- Mendoza Gaitan E, Onofrio G (2018) *Estigma en psiquiatría: perspectivas y nudos*. Guatemala: APAL Ediciones.
- Cetkovich M (2018) *El estigma de la enfermedad mental y la psiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.
- Foucault M (2012) *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Ey H. La psiquiatría y la privación de la libertad. *Revista de psiquiatría del Uruguay*, 2004, Vol. 68 (1).
- Atención de las urgencias de salud mental (2019). Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Presidencia de la Nación. Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud (1990) *Declaración de Caracas*.
- Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ley Nro. 26657/10. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Buenos Aires; 2011.
- Corominas J (2000) “Paciente”, en *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Madrid: Gredos, p. 432.
- Badiou A (2000) *Reflexiones sobre nuestro tiempo*. Buenos Aires: Ediciones del cifrado.
- Lacan J (2015) “Acerca de la causalidad psíquica”, en: *Escritos I*. Buenos Aires; Siglo XXI.

Fragmentos¹

Muchos conceptos relativos al tema de la sexualidad contemporánea son controversiales y frecuentemente mal conocidos por los mismos especialistas en salud mental. Inmersos en vertiginosos cambios culturales, todos sufrimos el peso de prejuicios sociales y sesgos subjetivos que condicionan opiniones y conductas, incluso bajo apariencias profesionales y científicas. Por ello, a fin de esclarecer la información respecto de esas nociones e informar ciertos datos útiles a una mejor reflexión de los tópicos de este Dossier se presenta a continuación una breve selección de textos que pueden echar luz sobre una mejor comprensión de los mismos.

Diversidad sexual: conceptos para pensar y trabajar en salud

Ricardo Duranti

[...] “La palabra sexo tiene referencias en nuestro idioma desde el siglo XV, proviene del latín, *sexum*, y se refería, en su acepción original, a la división de los seres orgánicos en machos y hembras, sentido que, en parte, se conserva hasta hoy, extendiéndolo, en ciertos casos, a los rasgos que los distinguen. Sexo siempre fue una palabra relacionada con la biología y la reproducción. Sin embargo, los múltiples contextos en que se la usa actualmente, más la suma de sus derivados (sexual, sexuado, sexos, tener sexo, etc.) abarcan tantos significados que la palabra se ha vuelto imprecisa.

Podemos dividir esta multiplicidad de significados en cuatro grandes grupos:

- el sexo como característica biológica
- el sexo como comportamientos eróticos²
- el sexo como comportamientos sociales
- el sexo como regulador social

Cuando pensamos en el sexo, generalmente pensamos sólo en su relación con lo genital, pero aun pensando al sexo solamente como biológico, no encontraríamos una entidad única ya que el sexo biológico, que es más que la mera portación de genitales, está constituido por diferentes componentes que tienen, a su vez, características propias:

- El sexo genético (dado por el número de cromosomas).
- El sexo cromatínico (marcado por la presencia o ausencia del cuerpo de Barr).
- El sexo hormonal (establecido por el equilibrio entre andrógenos y estrógenos).
- El sexo gonadal (indicado por la presencia de testículos u ovarios).
- El sexo fenotípico (constituido por la morfología del aparato reproductor tanto interno como externo así como por las características morfológicas externas).
- El sexo cerebral (dado por los núcleos del hipotálamo y que son diferentes en los machos y en las hembras, su función es desconocida en el ser humano).

1- Fragmento de “DIVERSIDAD SEXUAL: CONCEPTOS PARA PENSAR Y TRABAJAR EN SALUD”, un material elaborado como apoyo bibliográfico a las capacitaciones sobre sexualidad en el marco del proyecto para mejorar la accesibilidad a la prevención, diagnóstico y atención del VIH e ITS de población homosexual, bisexual y trans. El proyecto coordinado por la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual contó con el apoyo técnico-financiero de ONUSIDA, PNUD, UNFPA y OPS. Ministerio de Salud de la Nación, 2011. El texto completo puede ser consultado en la página web de la OPS: https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=728:diversidad-sexual-conceptos-pensar-trabajar-salud&Itemid=297.

2- Entiendo como eróticos a aquellos comportamientos en que se ponen en juego elementos ligados, en mayor o menor medida, con la genitalidad pero con exclusión del fin reproductivo.

A estos seis componentes se les pueden agregar los caracteres sexuales secundarios que aparecen al final de la pubertad. Idealmente, suponemos que todas estas características son coherentes y coincidentes, lo que no siempre sucede.

Sin embargo, ningún componente del sexo biológico, aislado o en su conjunto, nos dice quién o qué es uno, y mucho menos cuáles serán los comportamientos sexuales del que posee tal o cual sexo ni, mucho menos, a quien o quienes elegirán como objeto erótico o como objeto de amor. Los comportamientos sexuales (humanos, si bien es una obviedad aclararlo)³ son contingentes y variables, con escasa relación con la biología.⁴

Toda cultura (al menos la nuestra) establece un salto cualitativo que cataloga al producto de un embarazo que, si lo definiéramos sólo en términos biológicos, debería ser considerado como macho o hembra, cosa que, sabemos, no sucede.⁵

Partiremos del momento en que se establece el "sexo" de una persona y tiene dos formas de nombrarse. Se trata del sexo que es atribuido al ser humano en el momento de su nacimiento. Está basado principalmente en la observación de lxs que asisten al parto, remitiendo por lo tanto a la morfología externa. Sólo cuando esta es muy ambigua, se investigan otras variables de determinación (cromosomas, cromatina, etc.).

Esta atribución de un sexo, basada en lo que las personas que asisten al parto pueden "ver" de los genitales externos, se llama sexo de asignación, pudiendo existir errores al determinarlo. Este sexo asignado establece cuál será el sexo del producto del embarazo dentro del marco legal vigente, se lo conocerá entonces como sexo legal a partir del momento de su inscripción.

Si esta categorización de lxs recién nacidxs se refiriera realmente al sexo, debería ser hecha en términos de macho o hembra, pero, sin embargo se la establece como masculina o femenina, denominaciones que son cualitativamente diferentes de las primeras puesto que hay una atribución de sentido que va más allá de las características biológicas. Esa categorización parte del sexo pero, en realidad, es de género.

Esta denominación y atribución en masculino o femenino tendrá consecuencias psicológicas importantes para el desarrollo subjetivo que, llegado cierto punto, se volverán irreversibles.⁶

Esta determinación en masculino o femenino se vuelve central, desplazando lo biológico (genital) y se rige, normativamente, por cierta propuesta de concordancia establecida socialmente entre el sexo biológico y un automatismo en su forma de expresión (masculina o

femenina) que dependerá de lo que cada cultura entienda como masculino o femenino.

Esta determinación normativa se establece siempre en términos de lo masculino o lo femenino, con exclusión mutua, raramente de masculino y femenino en forma conjunta: un mundo de celeste o rosa, jamás un naranja o verde.

La forma en que los padres (y el entorno social en general) objetivan a lxs niñxs dependerá de este sexo asignado y dará lugar al llamado sexo de crianza, que se establece, según los parámetros culturales -masculinos o femeninos- con los que los padres identifiquen a sus hijxs. Que los padres digan que su hijx es nene o nena, no se define por sus deseos sino por una arbitrariedad cultural basada y sostenida por el espejismo de la diferencia anatómica, la cual sirve como sustrato a aquella.

De lxs niñxs, a su vez, se espera que se adecuen a este mundo celeste o rosa donde toda disonancia será percibida como un desvío.

Si bien es innegable que el ser humano está determinado, en parte, por su estructura biológica, no por ello está predeterminado a ejercer, a partir de ella, una determinada conducta ya que ésta dependerá de su experiencia de la realidad y del modo en que se vincula con ella, aprehendiendo los elementos necesarios para auto componerse. En todo caso podríamos decir que la división en masculino o femenino destina a las personas a ejercer ciertas pautas de comportamiento culturalmente pre-establecidas.

Por su parte, la imposición de un modelo social que presupone que de acuerdo a sus determinaciones biológicas un hombre o una mujer deben comportarse de un modo u otro y, como consecuencia de ello asumir roles predeterminados, implica transformar un modelo experiencial en esencial, que generaliza a todos los miembros de la sociedad una determinada identidad que sólo se corresponde con algunxs y que se basa en el modo en que son traducidas a conductas, e incluso a reglas, las experiencias de éstxs. Este modelo se conoce como heterosexismo normativo.

Por eso pensar una sexualidad basada sólo en la diferencia sexual percibida (anatómica) tiene algunas consecuencias evidentes.

Genera una imagen inamovible de la misma al ignorar la amplia posibilidad de los cambios que ocurren a lo largo de la vida, convirtiendo al psiquismo en algo fijo, predestinado, apelando a lo innato como algo dado por natura y que sería invariable, negándose el devenir subjetivo que genera la experiencia.

Implica una esencia que precede a la persona, innata,

3- Sólo los seres humanos tienen comportamientos sexuales (que implican una subjetividad), los animales tienen pautas instintivas relacionadas con la reproducción. A lo sumo se les podrían atribuir comportamientos genitales o cierta intencionalidad subrogada a los instintos.

4- Con mucha perspicacia Freud diferencia los instintos (animales) de las pulsiones (humanas) ya que, a diferencia de aquellos, estas no tienen un objeto ni meta fijas, pudiendo detenerse a mitad de camino contentándose con objetos parciales y/o alternativos.

5- N. de la R.: Para ver ejemplos de otros caminos culturalmente posibles en este sentido el autor sugiere ampliar con las obras: Gilmore DD: *Hacerse hombre, concepciones culturales de la masculinidad*. Editorial Paidós. Barcelona, 1994. Badinter E.: *XY, la identidad masculina*. Editorial Norma. Bogotá, 1993.

6- El cerebro humano responde a características aprendidas evolutivamente y reconoce a través de esas pautas. Así los rasgos reconocidos culturalmente como femeninos, suelen asociarse con las hembras y los rasgos reconocidos culturalmente como masculinos con los machos, luego se asocian todos los significados adscriptos culturalmente a lo masculino y a lo femenino. No es algo natural sino adquirido o "aprendido". Si las pautas cambiaran "reconoceríamos" a partir de éstas y no de las anteriores dado un determinado tiempo de adaptación.

porque a las preguntas de quién soy o qué soy se responde desde lo visible del cuerpo (que, vista su misma complejidad biológica, podría ser no coincidente con lo no visible), suponiendo que la inmutabilidad biológica se produce a partir de algo previo. Por ejemplo, tener un cuerpo de macho de la especie humana implicaría automáticamente una cierta capacidad sexuada a la que se asociarían agresividad, fuerza e impulsividad, cuando, en realidad, se debería pensar que se tiene un cuerpo de macho porque culturalmente la palabra "macho" esta re-significada dando lugar a amplias variaciones de machidad.

Esta visión naturalista de la sexualidad pone el psiquismo fuera del tiempo y la a-historicidad consecuente sostiene la inmutabilidad implícita al negar los cambios sociales y culturales a través de los que el género y los roles de género variaron a lo largo de la historia.

Finalmente, en relación a la sexualidad/subjetividad, no habría socialización de las personas sino que, al escindir a los sujetos de su contexto social, supone que cada uno, aisladamente y según su propia historia individual, puede responder acerca de la construcción de su subjetividad donde la anatomía marcaría el destino.

Contrariamente a esta visión de corte naturalista, es más realista pensar el sexo como una entidad compleja y socialmente regulada, por ejemplo como plantea Jeffrey Weeks (Weeks J. 1998) con sus organizadores sociales de la sexualidad:

- Parentesco y sistemas familiares
- Organización social y económica
- Reglamentación social
- Intervenciones políticas
- Desarrollo de culturas de resistencia

Es el cuerpo social el que indica qué se entenderá por familia, concepto que tuvo grandes variaciones a lo largo de la historia. La familia de hoy no es la medieval ni siquiera es igual a la de hace cien años atrás. Del mismo modo, los sistemas de parentesco son establecidos socialmente, pudiendo estar legalizados o no.

Hay códigos sociales no escritos acerca de la sexualidad y sus formas de vinculación, baste mencionar la no aceptación de ciertos vínculos, la homofobia, la diferencia de edades "permitida" entre los miembros de una pareja, prácticas que pueden estar legalizadas pero no ser aceptadas socialmente, etc.

El estado regula e interviene la sexualidad de la población permitiendo o prohibiendo, incorporando o excluyendo. Tenemos un excelente ejemplo en las discusiones sobre la legalidad del matrimonio homosexual o la adopción de hijxs por parte de personas del mismo sexo/género.

También la economía condiciona aspectos de la sexualidad. El aborto es un buen ejemplo al ser una práctica que tiene contextos y resultados diferentes para una mujer con dinero que para una que no lo tiene. Según Weeks en el siglo XIX eran las mujeres obreras quienes podían acceder fácilmente a métodos abortivos mientras que hoy se debe contar con medios económicos para acceder a ellos con cierta seguridad. Condiciones

de extrema pobreza puede llevar a las personas a cambiar sexo por dinero o especies.

Finalmente, las regulaciones de cualquier tipo siempre se basan en una lógica de inclusión/exclusión y por eso terminan generando resistencias en los grupos excluidos o menos favorecidos por la norma: movimiento feminista, gay lésbico, travesti, etc.

Al establecer el sexo de asignación como variable de la constitución del psiquismo humano, se problematizan una serie de cuestiones que permiten pensar de un modo amplio las relaciones de la sexualidad con la cultura en una época determinada, dejando de ser aquélla una faceta atemporal del ser humano al incluir los condicionamientos producto de las creencias y conceptualizaciones acerca de lo femenino y lo masculino en un sistema sociocultural dado. Del mismo modo permite relativizar ciertos conceptos que situaban a la sexualidad como un proceso automático, sólo matizado por el medio, relacionando fuertemente la sexualidad de cada individuo con el contexto social en que éste se desarrolla.

La introducción del concepto de género y su distinción del concepto de sexo fue realizada por el psiquiatra Robert Stoller en un libro escrito en 1964: *Sex and gender*. En él, Stoller plantea que el género refiere a importantes aspectos de la conducta humana que incluyen sentimientos, pensamientos y fantasías que están vinculados con los sexos, pero sin tener una base biológica y donde la atribución de un rol masculino o femenino siempre será más determinante para la identidad sexual que la carga biológica.

A esa identidad que se fundamenta en la asignación del rol con base, generalmente, pero no siempre, en el sexo biológico, Stoller la llamó identidad de género para diferenciarla de la identidad sexual, o sea de la determinación sexual basada únicamente en la anatomía.

El género referirá entonces a aquellos aspectos simbólicos de la sexualidad relacionados con el universo sociocultural masculino y femenino y su intervención en la constitución del psiquismo [...] Como definición operativa, podemos decir que el género es el conjunto de significados (masculinos y/o femeninos), contingentes, que los sexos asumen en una sociedad dada, en un tiempo histórico determinado, mientras que la identidad de género es el sentimiento íntimo (la certeza interior) de ser hombre o mujer que se constituye a través de un sistema simbólico (masculino/femenino).

Se considera, a partir de los estudios de Stoller, que esta íntima certeza ya se ha establecido entre los dos y tres años, cuando lxs niñxs reconocen el género de sus padres, no sobre la base de las diferencias corporales (fenotípicas) sino en términos de sus atributos culturales masculinos o femeninos. A su vez, si bien los padres hacen estas atribuciones en función del sexo asignado (macho o hembra), la identidad de género (masculina y/o femenina) desarrollada por lxs niñxs, es previa al reconocimiento de la diferencia sexual anatómica por estxs.

De la identidad de género se desprende el concepto de rol, palabra que deriva del latín y que se refería al

libreto destinado a los actores de teatro, se relacionaba con las máscaras que usaban al actuar.

En líneas generales, para la sociología y la antropología, el rol es lo que uno representa y que variará de acuerdo al contexto. Así, yo puedo ser médico en un lugar, y ser hijo o padre en otros.

Algunos de estos roles definen la auto percepción, que está en íntima relación con la forma en que somos "vistos" por los demás. Siempre hay una interrelación entre el rol personal y el aval o rechazo al mismo que hace el entorno y que tendrá que ver con las adecuaciones del mismo a las expectativas socioculturales donde se mueve la persona, siempre en una relación dialéctica entre ésta y su entorno. Si creo que soy Napoleón y esta percepción es sostenida por lxs otrxs, seré Napoleón, pero si los demás no avalan mi creencia ésta entrará en contradicción con el medio.

El concepto de rol será, entonces, el elemento que relaciona lo individual con lo social, el lazo entre la forma en que nos percibimos y la forma en que somos percibidos por los demás. Si el género es lo que sentimos, el rol es aquello que mostramos.

Para John Money, el rol (de género) es "todo lo que una persona dice o hace para comunicar a los demás o a sí misma el grado en el que es hombre o mujer. El género es la expresión privada del rol, mientras que éste es la expresión pública del género."

Cuanto mayor sea la inadecuación entre lo sentido y lo expresado, tanto mayor será el desajuste de la persona.⁷

Pensar en términos de género y de roles cambia la forma de pensar en términos de "masculino o femenino" a una más inclusiva de "masculino y/o femenino".

Las diferencias sexuales, culturales y sociales en las pautas conductuales asociadas con los dos géneros establecidos, el masculino y el femenino, se reconocen ahora como construcciones o abstracciones que arrastran clasificaciones, fantasías y expectativas inmediatas.

Sobre una base similar, ser hombre o mujer será diferente según el tipo de cultura que se examine (urbana o rural, tecnológica o no tecnológica), pero también según la clase social, la etnia, la orientación o preferencia sexual, etc.

Sexo de asignación, sexo de crianza y género van de la mano en un complejo mecanismo relacionado con la incorporación que lxs niñxs hacen de sus padres en términos de género y roles. Esto permitirá el reconocimiento del otro como semejante o distinto y, al reconocernos a su vez en esx otrx, construir la imagen corporal donde anclará nuestra identidad de género que, dependiendo de las identificaciones que hagamos alrededor de los dos y tres años⁸, será hacia el polo masculino, hacia el feme-

nino o en nuevas combinaciones de ambos ya que lxs niñxs no se identifican con la madre o el padre reales sino con sus modos de representación dados⁹, tanto por las imágenes materpaternales como por los mandatos acerca del ser hombre o ser mujer que muestran lxs otrxs significativxs con los cuales son capturados.

El género, entonces, nunca es innato sino que se produce por estos procesos de identificación que remiten, a su vez, a las formas en que lxs adultxs transmiten normas, formas de ser y estereotipos de lo masculino y lo femenino así como las instancias de prohibición: aquello que un macho o una hembra de la especie humana no puede hacer según las normativas de género imperantes en ese lugar y ese tiempo [...] La identidad de género habla, a nosotrxs y a lxs otrxs, del modo como unx se ve a sí mismx como hombre o mujer o, tal vez más exactamente, el grado de masculinidad o femineidad que unx cree y/o desea poseer. Esta convicción íntima, usual aunque no necesariamente, refleja la apariencia exterior y, relativamente, el rol sexual asociado que unx desarrolla, prefiere o que la sociedad le impone, pero también las conciliaciones que cada unx hace para adaptarse al medio.

Estas conciliaciones pueden dar lugar a desajustes psíquicos al tener que resignar aspectos propios en aras de adecuarse a aquello que lxs otrxs esperan.

El sexo/género más que un concepto constituye un dispositivo¹⁰ basado en la presunción de que hombre y mujer son categorías creadas desde el punto de vista cultural sobre una base biológica que es considerada determinante.

Las diferencias biológicas (genéticas, orgánicas o fenotípicas) son un elemento cuya impronta es imposible de determinar, pero que son presentadas como algo fundante siendo, en realidad, irrelevantes, porque cualquiera de nosotrxs puede optar por ser lo que desee y, en consecuencia, el ser mujer o ser hombre (o, con más propiedad, el ser más masculinx o más femeninx) dependerá del mix entre los procesos de subjetivación que hagamos de los símbolos socioculturales que definen la masculinidad y femineidad transmitidos por lxs otrxs significativos, siempre en un tiempo y lugar determinados, con las identificaciones e internalizaciones realizadas al tramitar las circunstancias vitales de cada unx.

Como un subrogado del binarismo biológico, toda vez que se habla de sexualidad suele dividirse a las personas de acuerdo a su orientación sexual, concepto este que se refiere al objeto "elegido" para la satisfacción de los deseos sexuales, eróticos y/o amorosos de una persona y que presupone la idea de cierta fijeza en la elección de ese objeto. Siguiendo esta idea, las posibilidades electivas son limitadas: elección de un objeto igual a sí mismx (ho-

7- Esto es lo que el DSM IV-TR menciona como trastorno de la identidad sexual dando tres (entre otros) rasgos definitorios principales: la persona se identifica de modo intenso y persistente con el otro sexo, el deseo de pertenecer a ese otro sexo y pruebas de malestar referidas al propio sexo. Toda la clasificación se establece en función del sexo nunca del género si bien al hablar de identificación habría una referencia implícita a este.

8- Edad en que se constituye la identidad de género según Stoller.

9- Es por esto que no es necesario que haya un padre y una madre encarnados en un hombre y una mujer respectivamente ya que lo operativo son sus funciones simbólicas. Por eso también es indiferente que lxs niñxs sean criados por un padre y una madre, dos madres, una madre y una abuela, etc. Son las atribuciones de género que lxs cuidadores hacen sobre lxs niños las que anclarán en ellxs su identidad de género.

10- Para M. Foucault el dispositivo de la sexualidad está constituido por todos aquellos saberes, reglas, normas y predicados lógico gramaticales que inventa 'el sexo' como unidad ideal y ficticia, y que funciona como índice de nuestra verdad interior más profunda.

mosexual), elección de un objeto diferente de unx mismx (heterosexual) o la elección de ambos objetos (bisexual). La elección estaría dada por las características de sexo, no de género, por lo que queda excluido todo recorrido transgénico en la medida en que se tomaría en cuenta el sexo de origen y no el género propuesto como meta.

Pero reconociendo la amplia variedad de comportamientos sexuales y considerando que los mismos pueden presentar una gran estabilidad –que no debe confundirse con fijeza- y que el espectro no se detiene en los extremos macho/hembra o masculino/ femenino, es que hoy se prefiere hablar de preferencia sexual en vez de orientación. Es un término similar pero que pone el acento en los grados de fluidez que puede tener la elección del objeto sexual.

La idea de preferencia implica que no puede hablarse de una elección sexual fija o definida desde una edad temprana sino que el objeto erótico de una persona puede variar en el tiempo con períodos de mayor o menor estabilidad. Aún manteniéndose ese objeto estable toda la vida, esto no significa que esa elección no pueda variar eventual o periódicamente. En el espectro también debería incluirse a las personas que no hacen elección de objeto o que no desean un partenaire sexual: asexuales y monosexuales.

Teniendo presente todo lo dicho podríamos pasar de las tres posibilidades de la orientación sexual a un rango más amplio:

- Asexual
- Monosexual
- Homosexual
- Heterosexual
- Bisexual

Como dijimos, estas cuestiones se piensan tomando solo al sexo biológico como variable de modo que las posibilidades electivas se limitan a macho/hembra o ambos, pero sabemos que tomar el sexo biológico como la única variable es una limitación que escotomiza la mirada, dejando fuera otras posibilidades. Hoy, es impensable no tomar en consideración el concepto de género lo que ampliaría el rango de posibilidades al incluir las posibilidades transgénicas de objeto.

Si originariamente la palabra sexualidad no era más que un derivado de la palabra sexo, significando más o menos lo mismo que esta, hoy es claro que significa algo más, siendo un término que engloba muchas cosas y cuyo significado depende en gran medida del contexto en que se la use.

Según nos dice S. Bleichmar “la sexualidad no puede reducirse al ordenamiento masculino/femenino establecido por las diferentes culturas, pero mucho menos a las formas o funciones sexuales dadas por las limitaciones de ensamblaje dadas por los genitales”.

Es por eso que, más que definirla, debemos pensarla

como un conjunto que incluiría, al menos, estas variables:

- El sexo biológico con todos sus componentes.
- La tramitación que las personas hacen de los elementos masculinos y femeninos que priman socialmente: la identidad de género y el rol de género al que aquella da lugar.
- La historia personal y contextual.
- Las fantasías y los afectos relacionados.
- Los aspectos vinculares e interpersonales relacionados con el sexo.
- El dispositivo que cada sociedad articula, en un tiempo determinado, para regular los comportamientos y políticas sexuales de los individuos que la componen.
- La(s) elección(es) de objeto que pueda hacer una persona a lo largo de su vida personal.

Como hemos venido viendo, el sexo/género y la sexualidad resultante no son cuestiones dadas, esenciales ni, mucho menos, naturales, sino construcciones sociales y culturales tamizadas por el devenir subjetivo de cada unx.

Por esto la sexualidad no es un universal y sólo puede comprenderse dentro de cada contexto social, cultural, dentro de un tiempo histórico dado y sin dejar de lado el derrotero individual.

Las formas que la sexualidad adopta en diferentes culturas sólo tienen en común las características biológicas que, relativamente, limitan las formas de acoplamiento, pero no las de obtener placer. Encontraremos entonces mayores o menores variaciones en la organización sexual que dependerán, en parte, de las regulaciones que se impongan a la sexualidad: las diferentes formas de matrimonio o de constitución familiar, las formas en que pueden relacionarse los hombres entre sí, las mujeres entre sí o éstas con los hombres, qué tipo de relaciones pueden establecer los adultos con lxs niñxs o de éstxs entre sí, las edades de consentimiento, que no son iguales en todo lugar y dependen de la idea que se tenga de lo que es ser niñx, etc. Para complejizar estas cuestiones debería considerarse la ampliación que produce la inclusión de las identidades trans con las nuevas posibilidades de objeto erótico a que dan lugar.

Todo intento de teorización carecerá de sentido fuera del espacio sociocultural y temporal acerca del que se habla y durará sólo mientras duren las condiciones que le dieron lugar.

El sexo, como tal, no es algo a lo que pueda accederse sin más porque el gran problema es que no se lo puede reducir a la biología –lo que excluiría y dejaría sin explicación las conductas relacionadas con él- pero tampoco a convenciones discursivas que serían limitadas y transitorias. En otras palabras, no existe una verdad unívoca, universal y atemporal acerca del sexo/género y/o la sexualidad”.

Guía básica de Diversidad Sexual¹¹

Identidad de género

Cisgéneros y transgéneros

Además de expresarse y asumir roles, las personas sienten, se perciben y se identifican con un determinado género. Esta profunda identificación que cada persona tiene con un género u otro es lo que se llama identidad de género y puede corresponderse o no con el sexo biológico de las personas. Si la identidad de género de una persona se corresponde con su sexo biológico, es decir una mujer que se identifica con el género femenino o un varón con el género masculino, se dice que esa persona es **cisgénero** o **cisgenérica**. Este es el caso de un bebé que nació varón, durante su infancia se identificó como nene y toda su vida se sintió hombre.

Pero si la identidad de género de una persona no se corresponde con su sexo biológico se dice que ellas son personas **transgénero**, **transgenéricas** o simplemente, **trans**. Además de las mencionadas, existen otras clasificaciones o formas de nombrar a las personas trans, pero generalmente se considera que estas tres incluyen a las demás y por eso en adelante utilizaremos el término trans para denominar a todas las personas que no son cisgénero.

En la Argentina y otros países de América Latina es muy común la utilización del término **travesti**, principalmente en referencia a una identidad de género femenina.

La identidad de género no siempre es expresada o exteriorizada. Por eso es importante tener en cuenta que la identidad de género no es lo mismo que la expresión de género. Muchas personas trans, por diferentes razones, mantienen su expresión de género en concordancia con su sexo biológico y aun así se consideran como personas trans, ya que sienten que su identidad de género no se corresponde con su sexo biológico. Hay mujeres trans que nacieron varones y siempre se identificaron con el género femenino pero vivieron la mayor parte de su adultez como hombres, y recién comenzaron a expre-

sarse en el género femenino, cambiando su nombre y su apariencia, siendo ya mayores.

Pero también, en el sentido opuesto, la expresión de género no siempre determina la identidad de género de las personas, ya que hay personas que en algunas circunstancias se expresan en un género diferente a su sexo biológico, sin ser personas trans. Este es el caso por ejemplo de los transformistas, cuya identidad de género sí se corresponde con su sexo biológico, o sea que son **cisgénero**, pero sin embargo con fines artísticos lucen una apariencia identificada con el género femenino, e incluso algunas no son reconocidas cuando se presentan con su apariencia masculina.

El respeto de la identidad de género

Con relación a la denominación de las personas respecto a su identidad de género, más allá de las categorías que existen ahora o que existan en el futuro, lo más importante es el trato digno y el respeto de la identificación de cada persona con el género escogido.

Para ello, en la gran mayoría de los casos basta con observar su apariencia y el nombre con el cual se presentan las personas trans para que sean reconocidas y tratadas de acuerdo a su identidad de género.

Aunque para tratar a una persona trans en forma digna y respetando su identidad no debería ser necesario que lo diga una ley, en la Argentina, a partir del año 2012, la Ley de Identidad de Género N° 26.743 reconoce el derecho humano a la identidad de género, obligando a que esta sea respetada e identificada en el documento nacional de identidad.

Este reconocimiento incluye por supuesto considerar los artículos y los pronombres como LA, UNA, ELLA, ELLAS para las personas trans femeninas y EL, UN, EL, ELLOS para las personas trans masculinas.

Una mujer trans que se llama Claudia, que tiene implantes mamarios, que usa zapatos con tacos altos es ELLA, aunque su sexo biológico sea diferente (es decir, que tenga pene y testículos). Será UNA paciente o UNA empleada o UNA enfermera, y así LA deberíamos tratar.

11- D'Elio F, Sotelo J, Santamaría C, Recchi J. *Guía básica sobre diversidad sexual*. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2016. (El texto completo puede consultarse en línea en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000322cnt-2016-07_guia-diversidad-sexual-2016.pdf).

Identidad sexual / rol de género¹²

“Las intervenciones médicas no pueden orientarse a cubrir la ilusión de que si un sujeto parece mujer, entonces será mujer. ¿Qué es una mujer? ¿Qué es un hombre? La intervención médica no pueden resolver tal dilema, sino que lo deberá resolver cada sujeto lo mejor que pueda, independientemente del equipo orgánico y metabólico con el que cuente.

Debemos entonces pensar qué le corresponde hacer a los médicos a quienes se acude en búsqueda de ayuda y qué tipo de ayuda les es posible brindar sin que ello implique trasladar el sufrimiento de un ámbito a otro. Siempre es difícil ensayar nuevas alternativas, pero es necesario hacerlo cuando los resultados actuales son tan problemáticos.

Que un/a recién nacido/a no sea operado/a en su primera infancia no quiere decir que deba quedarse sin una atención médica que procure su bienestar. Incluso es posible que en una edad posterior, cuando el/la paciente comprenda la información y tenga capacidad para decidir, solicite por sí mismo/a alguna intervención médica que implique modificar su cuerpo de manera permanente.

La diferencia será que la solicitud, responsabilidad y elección del tipo de modificación que se solicita procederán de la persona poseedora de dicho cuerpo y no de sus familiares o de las/los médicas/os tratantes.

Hasta hace poco menos de medio siglo se podía suponer que el fantasma de las identidades unívocas estaba subordinado a las formas de reproducción de la especie humana. Con los avances tecnológicos y el uso cotidiano de las nuevas técnicas fuera del ámbito especializado, es claro que la función reproductiva ya no está en riesgo; lo que se tambalea desde hace tiempo es la estructuración hegemónica del orden social occidental.

Las identidades son una ficción de unidad, correspondencia, estabilidad e integridad.

El ser humano es mucho más complejo que eso, y sin duda hay otras formas válidas de ser y hacer en el mundo”.

Tipos de orientación sexual

A los términos clásicos para definir las formas de la orientación sexual, en la literatura contemporánea se encuentran nuevos términos para designar la orientación sexual, acuñados por sexólogos o creados por quie-

nes la⁹ experimentan, ya sea individuos o colectivos, que expresan el abanico de sus vivencias subjetivas. En esa abigarrada nomenclatura las palabras más frecuentemente utilizadas son:

1. **Heterosexualidad:** orientación sexual definida por la atracción hacia personas del sexo contrario, exclusivamente. Los colectivos Trans definen esta orientación sexual como Cissexualidad con el objetivo de equilibrar valorativamente las dos categorías, Trans y Hetero.
2. **Homosexualidad:** atracción sexual dirigida exclusivamente hacia personas del mismo sexo. Popularmente se conoce a los hombres homosexuales como gays, mientras que las mujeres son lesbianas.
3. **Bisexualidad:** atracción sexual hacia personas del mismo sexo y del sexo contrario, aunque no necesariamente con la misma frecuencia o intensidad en uno u otro caso.
4. **Demisexualidad:** aparición de atracción sexual solo en algunos casos en los que previamente se ha establecido un fuerte vínculo emocional o íntimo.
5. **Lithsexualidad:** atracción hacia otras personas, sin experimentar la necesidad de ser correspondidas.
6. **Autosexualidad:** atracción sexual hacia uno mismo, sin que esto tenga que ser sinónimo de narcisismo. Puede entenderse como una forma de alimentar afecto o amor propio.
7. **Antrosexualidad:** experimentar la sexualidad sin saber en qué categoría identificarse y/o sin sentir la necesidad de clasificarse en ninguna de ellas.
8. **Pansexualidad:** atracción sexual hacia algunas personas, independientemente de su sexo biológico o identidad de género. La diferencia entre la pansexualidad y la bisexualidad es que en el segundo caso la atracción sexual se sigue experimentando a través de las categorías de género, mientras que en la pansexualidad no ocurre esto.
9. **Polisexualidad:** atracción sexual hacia varios grupos de personas con identidades de género concretas. Según el criterio utilizado para clasificar, puede entenderse que la polisexualidad se solapa con otras orientaciones sexuales como por ejemplo la pansexualidad.
10. **Asexualidad:** es la falta de atracción sexual. Muchas veces se considera que no forma parte de la diversidad de orientaciones sexuales, al ser su negación.

12- Tomado del artículo: Alcántara E. Identidad sexual / rol de género. Debate Feminista Vol. 47. Núm. C.: 172-201 (Enero 2013). DOI: 10.1016/S0188-9478(16)30073-1

Identidad de género

República Argentina - Ley 26.743 –
Promulgada el 23 de mayo de 2012
**Establécese el derecho a la identidad
de género de las personas.**

ARTICULO 1º — Derecho a la identidad de género. Toda persona tiene derecho:

- a) Al reconocimiento de su identidad de género;
- b) Al libre desarrollo de su persona conforme a su identidad de género;
- c) A ser tratada de acuerdo con su identidad de género y, en particular, a ser identificada de ese modo en los instrumentos que acreditan su identidad respecto de el/los nombre/s de pila, imagen y sexo con los que allí es registrada.

ARTICULO 2º — Definición. Se entiende por identidad de género a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales.

ARTICULO 3º — Ejercicio. Toda persona podrá solicitar la rectificación registral del sexo, y el cambio de nombre de pila e imagen, cuando no coincidan con su identidad de género autopercebida.

ARTICULO 4º — Requisitos. Toda persona que solicite la rectificación registral del sexo, el cambio de nombre de pila e imagen, en virtud de la presente ley, deberá observar los siguientes requisitos:

1. Acreditar la edad mínima de dieciocho (18) años de edad, con excepción de lo establecido en el artículo 5º de la presente ley.
2. Presentar ante el Registro Nacional de las Personas o sus oficinas seccionales correspondientes, una solicitud manifestando encontrarse amparada por la presente ley, requiriendo la rectificación registral de la partida de nacimiento y el nuevo documento nacional de identidad correspondiente, conservándose el número original.
3. Expresar el nuevo nombre de pila elegido con el que solicita inscribirse.

En ningún caso será requisito acreditar intervención quirúrgica por reasignación genital total o parcial, ni acreditar terapias hormonales u otro tratamiento psicológico o médico.

ARTICULO 5º — Personas menores de edad. Con relación a las personas menores de dieciocho (18) años de edad la solicitud del trámite a que refiere el artículo

4º deberá ser efectuada a través de sus representantes legales y con expresa conformidad del menor, teniendo en cuenta los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño/a de acuerdo con lo estipulado en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Asimismo, la persona menor de edad deberá contar con la asistencia del abogado del niño prevista en el artículo 27 de la Ley 26.061.

Cuando por cualquier causa se niegue o sea imposible obtener el consentimiento de alguno/a de los/as representantes legales del menor de edad, se podrá recurrir a la vía sumarísima para que los/as jueces/zas correspondientes resuelvan, teniendo en cuenta los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño/a de acuerdo con lo estipulado en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

ARTICULO 6º — Trámite. Cumplidos los requisitos establecidos en los artículos 4º y 5º, el/la oficial público procederá, sin necesidad de ningún trámite judicial o administrativo, a notificar de oficio la rectificación de sexo y cambio de nombre de pila al Registro Civil de la jurisdicción donde fue asentada el acta de nacimiento para que proceda a emitir una nueva partida de nacimiento ajustándola a dichos cambios, y a expedirle un nuevo documento nacional de identidad que refleje la rectificación registral del sexo y el nuevo nombre de pila. Se prohíbe cualquier referencia a la presente ley en la partida de nacimiento rectificadora y en el documento nacional de identidad expedido en virtud de la misma.

Los trámites para la rectificación registral previstos en la presente ley son gratuitos, personales y no será necesaria la intermediación de ningún gestor o abogado.

ARTICULO 7º — Efectos. Los efectos de la rectificación del sexo y el/los nombre/s de pila, realizados en virtud de la presente ley serán oponibles a terceros desde el momento de su inscripción en el/los registro/s.

La rectificación registral no alterará la titularidad de los derechos y obligaciones jurídicas que pudieran corresponder a la persona con anterioridad a la inscripción del cambio registral, ni las provenientes de las relaciones propias del derecho de familia en todos sus órdenes y grados, las que se mantendrán inmodificables, incluida la adopción.

En todos los casos será relevante el número de documento nacional de identidad de la persona, por sobre el nombre de pila o apariencia morfológica de la persona.

ARTICULO 8º — La rectificación registral conforme la presente ley, una vez realizada, sólo podrá ser nuevamente modificada con autorización judicial.

ARTICULO 9º — Confidencialidad. Sólo tendrán acceso al acta de nacimiento originaria quienes cuenten con autorización del/la titular de la misma o con orden judicial por escrito y fundada.

No se dará publicidad a la rectificación registral de

sexo y cambio de nombre de pila en ningún caso, salvo autorización del/la titular de los datos. Se omitirá la publicación en los diarios a que se refiere el artículo 17 de la Ley 18.248.

ARTICULO 10. — Notificaciones. El Registro Nacional de las Personas informará el cambio de documento nacional de identidad al Registro Nacional de Reincidencia, a la Secretaría del Registro Electoral correspondiente para la corrección del padrón electoral y a los organismos que reglamentariamente se determine, debiendo incluirse aquéllos que puedan tener información sobre medidas precautorias existentes a nombre del interesado.

ARTICULO 11. — Derecho al libre desarrollo personal. Todas las personas mayores de dieciocho (18) años de edad podrán, conforme al artículo 1° de la presente ley y a fin de garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercebida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa.

Para el acceso a los tratamientos integrales hormonales, no será necesario acreditar la voluntad en la intervención quirúrgica de reasignación genital total o parcial. En ambos casos se requerirá, únicamente, el consentimiento informado de la persona. En el caso de las personas menores de edad regirán los principios y requisitos establecidos en el artículo 5° para la obtención del consentimiento informado. Sin perjuicio de ello, para el caso de la obtención del mismo respecto de la intervención quirúrgica total o parcial se deberá contar, además, con la conformidad de la autoridad judicial competente de cada jurisdicción, quien deberá velar por los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño o niña de acuerdo con lo estipulado por la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. La autoridad judicial deberá expedirse en un plazo no mayor de sesenta (60) días contados a partir de la solicitud de conformidad.

Los efectores del sistema público de salud, ya sean estatales, privados o del subsistema de obras sociales, deberán garantizar en forma permanente los derechos que esta ley reconoce.

Todas las prestaciones de salud contempladas en el presente artículo quedan incluidas en el Plan Médico Obligatorio, o el que lo reemplace, conforme lo reglamente la autoridad de aplicación.

ARTICULO 12. — Trato digno. Deberá respetarse la identidad de género adoptada por las personas, en especial por niñas, niños y adolescentes, que utilicen un nombre de pila distinto al consignado en su documento nacional de identidad. A su solo requerimiento, el nombre de pila adoptado deberá ser utilizado para la citación, registro, legajo, llamado y cualquier otra gestión o servicio, tanto en los ámbitos públicos como privados.

Cuando la naturaleza de la gestión haga necesario registrar los datos obrantes en el documento nacional de identidad, se utilizará un sistema que combine las iniciales del nombre, el apellido completo, día y año de nacimiento y número de documento y se agregará el nombre de pila elegido por razones de identidad de género a solicitud del interesado/a.

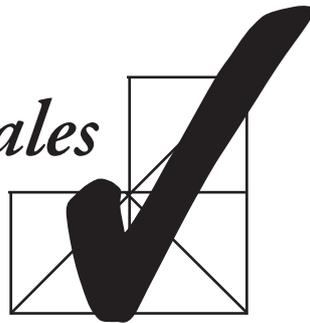
En aquellas circunstancias en que la persona deba ser nombrada en público deberá utilizarse únicamente el nombre de pila de elección que respete la identidad de género adoptada.

ARTICULO 13. — Aplicación. Toda norma, reglamentación o procedimiento deberá respetar el derecho humano a la identidad de género de las personas. Ninguna norma, reglamentación o procedimiento podrá limitar, restringir, excluir o suprimir el ejercicio del derecho a la identidad de género de las personas, debiendo interpretarse y aplicarse las normas siempre a favor del acceso al mismo.

ARTICULO 14. — Derógase el inciso 4° del artículo 19 de la Ley 17.132.

ARTICULO 15. — Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional. ■

Lecturas y señales



Daniel Matusevich



En esta ocasión hemos preparado una serie de sugerencias de lectura alineadas con los cambios en los hábitos culturales: reseñas mínimas, con dos o tres ideas muy breves, buscando capturar la esquiva atención de lectores atiborrados de estímulos.

Después del Rock. Psicodelia, postpunk, electrónica y otras revoluciones inconclusas, Simon Reynolds

Texto clave en la obra del autor, el complemento perfecto a *Retromanía*: en una serie de artículos escritos en diferentes revista y en distintas épocas sumados a un reportaje Reynolds aplica la crítica cultural para, a través de su mirada del rock, intentar decodificar el tiempo que nos toca vivir. La gran pregunta que podemos formularnos mientras recorremos estas páginas es quién realizará la revolución inconclusa en la psiquiatría y la salud mental.

La madre de Frankenstein, Almudena Grandes

Último libro de una de las últimas grandes obreras de las letras, muy alejada de las elipsis centroeuropeas o de la elegancia sajona. En este caso la habitual intervención cultural que mezcla narración e historia en tiempos de la dictadura en España avanza sobre la psiquiatría y no deja títere con cabeza. Las aventuras de un psiquiatra español que vuelve del exilio para trabajar en un manicomio de mujeres están contadas de manera magistral, realidad y ficción son indistinguibles para abarcar la mayoría de los grandes temas de la especialidad. Toda la historia está iluminada por el feminismo de Almudena, que consigue que nos enamoremos de una parricida paranoica.

Cartas desde el manicomio, Olga Villasante, Ruth Candela, Ana Conseglieri, Paloma Vázquez, Raquel Tierno y Rafael Huertas

“Después de todo, los locos tienen algo que decir. En realidad tienen mucho que decir y merece la pena escucharlo, sea en clave psicopatológica o sociocultural”: Rafael Huertas y su equipo rescatan las cartas de los internos de la Casa de Dementes de Santa Isabel, en Leganés. A través de esta intervención las autoras ponen en valor la palabra del “insensato”, por un lado, y por el otro nos permiten tomar nota acerca de la vida cotidiana de los pacientes, sus emociones y el mundo en el que se movían. Si no es el libro más emocionante de la historia de la especialidad debe estar muy cerca. Imprescindible.

The Game, Alessandro Baricco

Decía Baricco en un reportaje en Barcelona: “...todo lo que necesita hoy instrucciones está muerto, no nos gusta. Si aceptas las instrucciones, aceptas la idea de que entre ti y el juego hay alguien que sabe más, un experto que te lo explica. Si lo rechazas, entras en contacto directamente con el juego...”. En el que quizás sea el ensayo más provocador de los últimos tiempos el intelectual italiano plantea su visión del mundo en el que vivimos, diseñado por ingenieros y en el que la profundidad dejó de ser una virtud. Las preguntas que surgen de este texto son muy variadas y de aplicación instantánea en un universo psi que todavía continúa regido por teorías originadas en el siglo XX, en el mejor de los casos.

Ahorita, Martín Caparros

Microensayos que aspiran a contar el presente son la propuesta del periodista argentino radicado en Madrid, esenciales para intentar comprender el tiempo que nos toca vivir para evitar quedar sepultados por una avalancha de objetos, ideas y noticias a las que es muy difícil encontrarles un sentido. Por ejemplo: “Digo, creo: el tipo que inventó el ascensor se había pasado muchos años subiendo por la escalera... Digo, creo: que los inventos solían buscar cómo satisfacer nuestras demandas; ahora piensan cuál pueden imponernos. Ya no se inventa un

objeto o un método; se inventa una necesidad”. ¿Si se nos ocurriera leer esta frase en clave de salud mental que conclusiones sacaríamos?, vale la pena darse una vuelta por Caparros, fastidia y provoca, pero jamás aburre ni defrauda.

Doscientos canguros, Diego Muzzio

Los cuentos de Muzzio retoman la gran tradición de cuentistas americanos alejados de Hemingway como Cheever, Moore, Wolfe y más recientemente Poissant y Brinkley para cruzarlos con Bioy y Abelardo Castillo. El resultado es una colección de cuentos memorables donde es muy difícil destacar uno por sobre otro, pero si fuera necesario elegir El cielo de las tortugas (una historia de niños enfermos en clave “Gente así es la única que hay por aquí”) y Los discípulos de Buda (a Nabokov seguramente le encantaría) se llevan todos los aplausos.

Estrés y libertad, Peter Solterdijk

Jaspers, Minkowski, Binswanger, Tellenbach y Ey, entre otros, han escrito memorables libros y artículos con la libertad como tema central. El filósofo alemán, discípulo de Osho, ataca de nuevo con un brevísimo ensayo que de alguna manera complementa el libro de Caparros que comentamos con anterioridad; tiene sentido analizar las ideas clásicas de la especialidad sobre la cuestión para después intentar pensarlas a la luz de opiniones como las que siguen: “En un sentido de lo más actual, libre es aquel que experimenta el descubrimiento de una desocupación sublime en su interior (sin tener que acudir a la oficina de desempleo)”.

Nada de nada, Hanif Kureishi

Quien quizás sea el más divertido del grupo de escritores ingleses de moda (Mc Ewan, Barnes, Ishiguro y Amis) se ocupa esta vez del envejecimiento y sus circunstancias. En la línea del Lodge de “La vida en sordina” son quizás las páginas dedicadas a la cuestión de la sexualidad en la vejez las más desafiantes y las que nos enfrentan a un mundo muy poco frecuentado por la mayoría de los escritores. ■