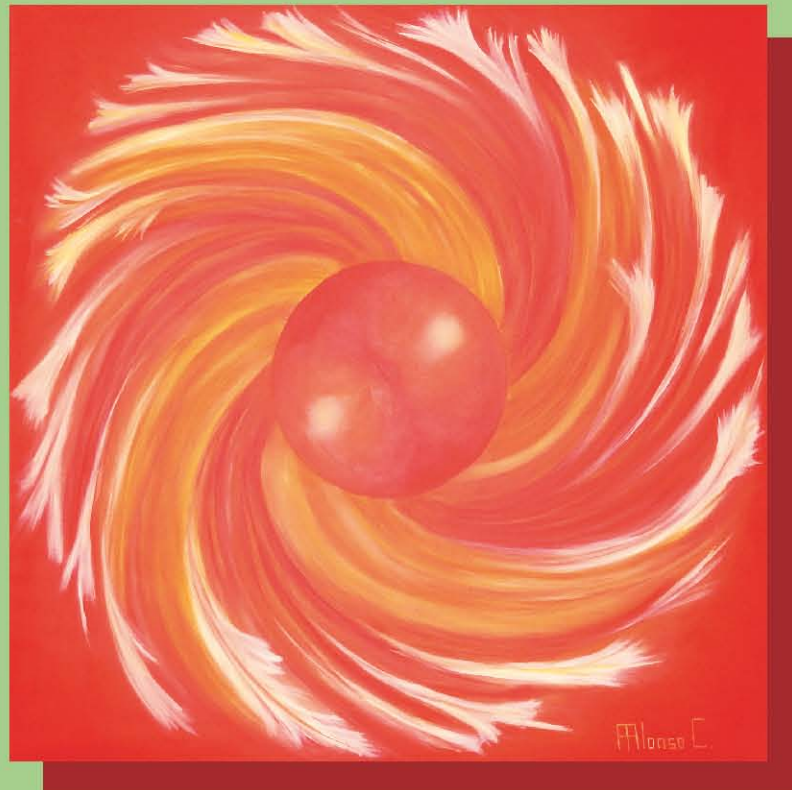




**VERTEX**  
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

**110**



**SEXOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA**

*Alba / Flichman / Kes / Matusevich / Rajtman / Sapetti / Seglin*

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

Volumen XXIV – Nº 110 Julio – Agosto 2013 - ISSN 0327-6139

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

### Comité Científico

**ARGENTINA:** F. Alvarez, M. Cetkovich Bakmas, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, A. Monchablon Espinoza, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, 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. Barembit, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, 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.

### Comité Editorial

Martín Agrest, Patricio Alba, Norberto Aldo Conti, Juan Costa, Pablo Gabay, Claudio González, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusевич, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Federico Rebok, Esteban Toro Martínez, Hugo Pisa, Fabián Triskier, Daniel Vigo, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

### Corresponsales

**CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES:** S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); N. Conti (Hosp. J.T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. 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); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **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:** 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.

### 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. XXIV Nro. 110 JULIO - AGOSTO 2013

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.

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

**Corrección técnica de textos:**  
 Laura Carosella

**Diseño**  
 Marisa G. Henry  
 marisaghenry@gmail.com  
 Impreso en:  
 Sol Print SRL,  
 Araoz de Lamadrid 1920, Avellaneda

## 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](http://www.editorialpolemos.com.ar)

*Ilustración de tapa*

Artista: Ana Cristina Alonso  
Título: "Comienza la vida"  
Óleo sobre tela  
80 x 80 cm  
[Lic.ana.alonso@hotmail.com](mailto:Lic.ana.alonso@hotmail.com)

Año 2012

### **REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS**

- **Actitudes de los profesionales de la Salud Mental hacia las personas con esquizofrenia**  
Ivana Druetta, María Fernanda Ceresa,  
Eduardo A. Leiderman pág. 245
- **Asociación entre ansiedad y depresión en la enfermedad alérgica**  
Nicolás Héctor Noriega pág. 253
- **Actualización de los trastornos psiquiátricos específicos de las epilepsias**  
Judit Epstein, Rodolfo Zaratiegui, Alfredo Thomson pág. 259

### **DOSSIER**

- **Sexología y Psiquiatría** pág. 272
- **La eyaculación precoz. Actualizaciones clínicas**  
Adrián Sapetti pág. 275
- **Trastornos sexuales femeninos en la actualidad**  
Marta Rajtman pág. 281
- **Trastornos de la conducta alimentaria: imagen corporal y sexualidad**  
Patricio Alba, Mariana Gabriela Kes pág. 285
- **Ansiedad, trastornos de ansiedad y sexualidad. La compleja interacción entre ansiedad y funcionamiento sexual**  
Andrés Flichman pág. 291
- **Sexualidad en adolescentes**  
Carlos Alberto Seglin pág. 295
- **Sexualidad, narcisismo y genitalidad en la obra de Philip Roth**  
Daniel Matusevich pág. 299

### **EL RESCATE Y LA MEMORIA**

- **Richard von Krafft-Ebing: las perversiones sexuales como problema médico y legal**  
Norberto Aldo Conti pág. 304
- **Psychopathia sexualis: estudio clínico y forense**  
Richard von Krafft-Ebing pág. 307

### **LECTURAS Y SEÑALES**

- **Sexualidades. Tensiones entre la Psiquiatría y los conflictos militantes**  
Daniel Matusevich pág. 319

## EDITORIAL



principios de junio del corriente año el país se estremeció con la noticia de un crimen atroz: el cuerpo sin vida de una adolescente de 16 años apareció dentro de una bolsa, en un basural, mientras la familia la buscaba con desesperación y su foto aparecía, insistentemente, en todos los medios electrónicos e impresos. Ante un país en vilo, se arribó al final más temido. Fotos del funeral, angustia, desesperación, reclamo de esclarecimiento.

La justicia comienza, entonces, su investigación, que estará llamada a durar días, semanas y aún meses, transitando los plazos del Poder Judicial. Mientras tanto, los medios de comunicación, sin piedad, y hasta en ocasiones sin reparar en mínimos miramientos éticos, informan y desinforman a la vez, repitiendo **ad nauseam** imágenes y verdades a medias, cuando no falsedades lisas y llanas. Excepciones las hay, por supuesto, pero son menores y no alcanzan a modificar el panorama comunicacional descripto. En un momento de frenesí (des)informativo, se difunden imágenes del cadáver de la víctima, filtradas por vaya a saber qué manos perversas y a cambio de qué contraprestación.

Pero ya hemos hablado en estos Editoriales de la responsabilidad de la prensa en situaciones de este tipo, de la necesidad de revisar la ética periodística, de la tensión entre verdad, derecho a la información y derecho a la privacidad, de prevención de suicidios, etc. elementos todos ellos dignos de una reflexión en los ámbitos correspondientes.

Pero no sólo la prensa, la justicia, la policía deberían hacer una reflexión autocrítica; los psiquiatras también debemos hacerla.

Hemos visto y escuchado a colegas, entrevistados por los medios de comunicación, a propósito del caso de la adolescente mencionado, explayarse en comentarios y teorías de todo tipo y color, más cercanos a los propios de la prensa sensacionalista y a los comentarios de la calle, que a lo que debería ser la participación comunitaria de un profesional de la salud mental.

Antes de conocerse el resultado de la instrucción judicial (ni hablar de la sentencia definitiva), se escuchó a psiquiatras analizando la expresión del rostro de tal o cual familiar y su relación con la psicopatía (sic); el tono de voz de la madre de la víctima y la relación del mismo con la posible culpabilidad o inocencia; sobre la "disfuncionalidad" familiar en "familias ensambladas"; sobre la frecuencia del fenómeno del abuso sexual intrafamiliar (antes de que se sepa si el crimen está o no relacionado con el abuso sexual), y un largo etcétera que tendemos sobre otras expresiones vertidas a modo de manto de piedad.

¿Tiene cualquier psiquiatra derecho a hablar por los medios masivos de comunicación? Por supuesto que sí.

¿Es aceptable que se afirmen semejantes obscenidades? Desde luego que no.

En medio de la conmoción social, del horror, del desesperante encuentro con lo ominoso en el sentido freudiano, en lugar de prestarse al lucro con el morbo generalizado, los psiquiatras podemos hacer (o al menos intentar hacer) aquello para lo que sí estamos entrenados: ayudar a la ciudadanía a procesar la angustia que este tipo de crímenes horribles produce.

Este es el servicio que un colega debe prestar a la comunidad en situaciones sociales que producen zozobra: ayudar a ligar lo desligado, a hallar herramientas para la reflexión. Para beneficio de la sociedad, de la seriedad de nuestra profesión y de las normas éticas que los psiquiatras defendemos y respetamos ■

## **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](http://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 2013**

**Vertex 107 / Enero - Febrero**  
**ESCENARIOS EXTRAHOSPITALARIOS**  
**EN SALUD MENTAL**  
**INFANTOJUVENIL: UN PANORAMA**  
**DE EXPERIENCIAS EN EL ÁREA**  
**METROPOLITANA**

**Vertex 108 / Marzo - Abril**  
**IDENTIDADES**

**Vertex 109 / Mayo - Junio**  
**EDUCACIÓN EN MEDICINA**  
**Y PSIQUIATRÍA: DOCENCIA,**  
**ENSEÑANZA Y TRANSMISIÓN**

**Vertex 110 / Julio - Agosto**  
**SEXOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA**



# Actitudes de los profesionales de la Salud Mental hacia las personas con esquizofrenia

Ivana Druetta

*Médica Psiquiatra.*

*Proyecto Suma, Asistencia y Rehabilitación en Salud Mental. Colonia Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca".  
E-mail: ivanadruetta@gmail.com*

María Fernanda Ceresa

*Lic. en Psicología*

*Proyecto Suma, Asistencia y Rehabilitación en Salud Mental  
Instructora de Psicología del P.R.I.M., Florencio Varela, Pcia. de Bs. As.*

Eduardo A. Leiderman

*Médico Psiquiatra*

*Proyecto Suma, Asistencia y Rehabilitación en Salud Mental  
Universidad de Palermo*

---

## Resumen

**Objetivo:** El estigma es un fenómeno social, universal, que constituye un núcleo básico de distintas barreras sociales. Las actitudes estigmatizantes de los profesionales de la Salud Mental tienen influencias sobre la evolución de los pacientes y afectan su recuperación. El presente trabajo evalúa actitudes y distancia social de profesionales de la Salud Mental de Argentina en relación a las personas con esquizofrenia. **Métodos:** Fueron encuestados 517 profesionales de la Salud Mental en dos congresos nacionales en Argentina. **Resultados:** Más del 90% cree que los pacientes tienen derecho a saber su diagnóstico, pero sólo el 64% lo informa. Psiquiatras y profesionales hombres informan más el diagnóstico. 18% está de acuerdo con revocarles el derecho a votar; 13% opinó que no deberían tener hijos y 63.7% que no deberían ser profesionales de la Salud Mental. Sólo un 10% cree que los pacientes con esquizofrenia pueden recuperarse completamente. Las variables sexo, años de experiencia y porcentaje de pacientes atendidos tuvieron relación estadísticamente significativa con la distancia social. **Conclusiones:** Los profesionales de la Salud Mental no están exentos de actitudes estigmatizantes y distancia social hacia personas con esquizofrenia. El contacto ayudaría a reducir el estigma. Los programas de educación anti-estigma deberían estar dirigidos a los profesionales desde etapas tempranas de su formación.

**Palabras claves** Estigma - Profesionales de la Salud Mental - Esquizofrenia - Distancia social - Derechos civiles.

ATTITUDES OF MENTAL HEALTH WORKERS TOWARD PEOPLE WITH SCHIZOPRENIA

## Abstract

**Objective:** Stigma is a social and universal phenomenon which constitutes the core of various social barriers. Stigmatizing attitudes of mental health workers influence the outcome of patients and affect their recovery. Our purpose was to determine some attitudes and social distance of mental health workers toward people with schizophrenia. **Methods:** 517 mental health workers were surveyed at two national conferences in Argentina. **Results:** More than 90% believed that patients have the right to know their diagnosis, but only 64% informed it. Psychiatrists and men professionals were more likely to inform the diagnosis. Eighteen per cent thought that the voting right of people with schizophrenia should be revoked, 13% believed that this group should not have children and 63.7% thought that they should not be mental health professionals. Only 10% believed that people with schizophrenia can recover completely. There was a statistical difference in the social distance according to health workers' gender, years of experience and the percentage of patients assisted. **Conclusions:** There exist social distance and stigmatizing attitudes toward people with schizophrenia among mental health workers. The contact could help to reduce social distance. Anti-stigmatizing education programs should be directed toward mental health workers since their initial training.

**Key words:** Stigma - Mental health professionals - Schizophrenia - Social distance - Civil rights.

## Introducción

El estigma es un fenómeno social, universal, que se traduce en una actitud negativa hacia personas o grupos concretos y que se constituye en el núcleo básico de distintas barreras sociales (23).

Según palabras de Goffman el estigma se define como aquel atributo profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo (12).

Crocker agregará a la definición que aquellos individuos estigmatizados poseen (o se cree que poseen) algún atributo o característica que conlleva una identidad social la cual es devaluada en un contexto social particular (9).

En el ámbito de la salud el término estigma se emplea para indicar que ciertos diagnósticos despiertan prejuicios contra las personas (26).

Este complejo fenómeno social, que comúnmente nombramos como "actitudes sociales" conlleva la diferenciación y a la vez interrelación de componentes cognitivos, afectivos y conductuales (6, 24).

El estereotipo es el componente cognitivo de dicho cuadro, entendido como el conjunto de creencias que la mayoría de la población mantiene en relación con un determinado grupo social y que condicionan en gran medida la percepción, el recuerdo y la valoración de muchas de las características y conductas de los miembros de dicho grupo (24).

Diferentes estudios han indagado sobre las creencias vinculadas a las personas con enfermedad mental. Las más frecuentes son las que sostienen que son peligrosas, impredecibles, responsables por su condición, difíciles de tratar y con mal pronóstico (7, 8, 13, 29, 39).

El prejuicio, en cambio, es el componente afectivo del estigma. Hace referencia a aquellas predisposiciones emocionales, habitualmente negativas, que la mayoría experimenta con respecto a los miembros del grupo cuyas características están sujetas a creencias estereotipadas (24).

Ambos elementos anteceden al componente conductual de la tríada, la discriminación.

La distinción de los diferentes componentes del fenómeno permite planificar intervenciones específicas sobre cada uno de ellos.

El estigma asociado a la enfermedad mental es uno de los principales condicionamientos sociales que afectan la vida de las personas con padecimiento psíquico, siendo la barrera más importante a sortear para lograr la reinserción social (41).

Los prejuicios y la discriminación asociados a la enfermedad mental dificultan la integración social y aumentan el aislamiento, disminuyen la calidad de vida, obstaculizan el acceso a la vivienda, el empleo y la educación, impiden el acceso temprano al tratamiento y atentan contra la adherencia al mismo, creando un círculo vicioso de desventajas (1, 10, 30, 32).

La estigmatización representa así un estresor crónico y por lo tanto puede actuar como un modificador del curso de la enfermedad (37). Esto puede verse reflejado en algunos estudios en los que se constató que uno de cada tres pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tiene trastorno de ansiedad generalizada y la discrimina-

ción asociada a la esquizofrenia aumenta las probabilidades de consumo de drogas y alcohol (38).

Las creencias y actitudes estigmatizantes hacia la enfermedad mental no son privativas de determinados grupos sociales sino que están extendidas al conjunto de la comunidad. Esta generalización incluye a los profesionales de la Salud Mental. Estudios realizados demostraron que el nivel de estereotipos negativos en este grupo es similar al manifestado por la población general (18, 25, 27, 33) y también lo es, la distancia social (17, 27). Es decir que, las actitudes estigmatizadoras de una sociedad son compartidas por el grupo de profesionales de la Salud Mental (17, 27, 35, 36).

La particularidad en el grupo de profesionales de la salud reside en que dichas actitudes pueden influir en las oportunidades terapéuticas, en la aceptación social y por ende la evolución de los pacientes (14), razón por la cual los profesionales deben estar advertidos de sus creencias y conductas respecto de la enfermedad mental.

Existen a nivel mundial programas que tienen como propósito disminuir el estigma asociado a la enfermedad mental (1, 7, 30, 42). Los mismos han implementado dos tipos de estrategias de intervención, cada una de ellas actuando en un nivel específico: la estrategia educacional (1, 11) (con efecto sobre los estereotipos) y la estrategia vivencial (con efecto sobre los prejuicios) (23, 40). La primera alude a estrategias basadas en la información sobre la enfermedad mental, mientras que la segunda se refiere a intervenciones cuyo eje es el contacto con personas con enfermedad mental. La eficacia mostrada por una u otra es controvertida, aunque algunos estudios demuestran que las intervenciones basadas en el contacto son más eficaces (5, 40).

En el grupo de profesionales de la Salud Mental el conocimiento sobre las enfermedades mentales y el contacto con personas con padecimiento psíquico, las dos principales estrategias anti-estigma, son atributos constitutivos de la práctica profesional. Por dicho motivo constituyen un grupo interesante en el cual analizar la relación existente entre las actitudes negativas hacia la enfermedad mental y dichas variables.

Es válido contemplar que el grupo de profesionales de la Salud Mental no es un grupo homogéneo. Las distintas disciplinas que lo constituyen, y los distintos dispositivos desde los que se interviene suponen modos diversos de contacto con la enfermedad mental, lo cual permite inferir que las actitudes frente a la misma suelen ser diferentes (27).

El presente trabajo pretende evaluar las actitudes y la distancia social de los profesionales de la Salud Mental de la Argentina en relación a las personas con esquizofrenia, siendo ésta una de las enfermedades mentales con mayor carga estigmatizante (2, 7, 8, 27).

## Materiales y métodos

Se encuestaron un total de 517 profesionales de la Salud Mental argentinos asistentes al XXVI Congreso Argentino de Psiquiatría, organizado por la APSA en abril del 2010 y al V Congreso Argentino de Salud Mental en mayo del 2010.

La encuesta fue distribuida por encuestadores profesionales de Salud Mental, capacitados previamente para asesorar a los encuestados en caso de necesidad.

Los profesionales encuestados fueron abordados en el *hall* de entrada de ambos congresos, en lugares de reunión y salones de conferencias previo a las mismas y en los lugares de presentación de *posters*.

El tiempo promedio de llenado de la encuesta autoadministrada fue de 10 minutos.

Se consideró como consentimiento informado la aceptación de realizar la encuesta.

### Instrumento

La encuesta utilizada constaba de 27 preguntas divididas en 6 secciones.

La primera sección interrogaba acerca de datos demográficos y preguntas referidas al trabajo del profesional encuestado, tales como profesión, años de experiencia profesional, lugar y dispositivo principal de trabajo con pacientes, antecedentes de trabajo en instituciones públicas y porcentaje aproximado de personas atendidas con diagnóstico de esquizofrenia del total de pacientes atendidos al momento de contestar la encuesta. También se indagó sobre la existencia de personas con diagnóstico de esquizofrenia en el grupo familiar.

La segunda sección interrogaba sobre la práctica de informar el diagnóstico a los pacientes y sus familiares.

La encuesta continuaba con una tercera sección con preguntas acerca de la posibilidad del ejercicio de determinados derechos por parte de las personas con diagnóstico de esquizofrenia, tales como el derecho a votar, la renovación de la licencia de conducir, la posibilidad de tener hijos o la de ejercer como profesionales de la Salud Mental (6, 5).

En la cuarta sección las preguntas evaluaban la actitud de los profesionales en relación a la atención comunitaria de la enfermedad mental (2, 29).

La quinta sección indagaba sobre el conocimiento acerca de la posibilidad de recuperación de las personas con diagnóstico de esquizofrenia.

En la última sección se evaluó la distancia social a través de la Escala de Distancia Social de Link modificada (SDS) (45), que tuvo una buena consistencia interna (Alfa de Cronbach= 0.82). La escala consistía en 7 preguntas que interrogaban sobre la predisposición a interactuar con una persona con diagnóstico de esquizofrenia en diferentes situaciones sociales tales como mudarse próximo, hacerse amigo, compartir el espacio de trabajo, contraer matrimonio, recomendarlo para un trabajo, alquilarle un cuarto y dejar un hijo propio a su cuidado. Las respuestas se modificaron a una escala de 4 puntos que iba desde Definitivamente sí a Definitivamente no.

### Análisis estadístico

Se describieron las frecuencias relativas de las respuestas. A efectos de la interpretación de la Escala de Distancia Social se consideró a las respuestas *Definitivamente sí* y *Probablemente sí* como indicadoras de una baja distancia social, y a las restantes (*Probablemente no* y *Definitivamen-*

*te no*) como indicadoras de alta distancia social. A su vez, las respuestas para distancia social fueron convertidas en un puntaje (*Definitivamente sí* = 0; *Probablemente sí* = 1; *Probablemente no* = 2; *Definitivamente no* = 3).

El puntaje total varía de 0 a 21, siendo 0 la distancia social mínima y 21 la distancia social máxima de la sumatoria de las 7 preguntas.

Los resultados hallados de los diversos grupos estudiados fueron comparados usando la prueba de chi-cuadrado y la prueba t según correspondía. Las correlaciones se hicieron utilizando la prueba de correlación de Spearman. Los datos de la encuesta se volcaron en una base de datos Excel. Los tests estadísticos fueron realizados usando el SPSS versión 17.0.

### Resultados

Los datos demográficos de la muestra, así como datos inherentes al trabajo de los profesionales encuestados se encuentran descriptos en la Tabla 1.

#### Información del diagnóstico

El 36% de los encuestados afirmó que no forma parte de su práctica clínica informar el diagnóstico de esquizofrenia al paciente, y el 26.5% afirmó lo mismo en relación a informar el diagnóstico a familiares.

El sexo y la profesión tuvieron influencias en la práctica clínica de informar el diagnóstico. Fue más frecuente entre los profesionales hombres la información tanto al paciente (73% vs. 58%,  $X^2 [1]=12.4$ ;  $p<0.001$ ) como a los familiares (84% vs. 70.8%,  $X^2 [1]=11.4$ ;  $p=0.001$ ).

También fue más frecuente entre los psiquiatras, en comparación con los psicólogos, informar el diagnóstico a los pacientes (82% vs. 41.5%,  $X^2 [1]=82.6$ ;  $p<0.001$ ) y a los familiares (92.5% vs. 56%,  $X^2 [1]=88.4$ ;  $p<0.001$ ).

Estudiamos además la relación entre la práctica de informar el diagnóstico y el antecedente de haber trabajado en un servicio de Salud Mental público. El 67,2% de los profesionales con el antecedente de trabajo en un servicio público informa al paciente el diagnóstico de esquizofrenia, mientras que sólo lo hace el 44% de los que nunca trabajaron en servicio público ( $X^2 [1]=13.4$ ;  $p<0.01$ ). También hubo diferencias significativas entre ambos grupos a la hora de informar el diagnóstico a los familiares, siendo más frecuente entre los profesionales con antecedente de trabajo en servicio público (79.5% vs. 56.9%), ( $X^2 [1]=16.09$ ;  $p<0.001$ ).

Ni los años de experiencia profesional, ni el porcentaje de paciente atendidos, así como tampoco el antecedente de tener un familiar cercano con esquizofrenia tuvieron relación estadísticamente significativa sobre la práctica de informar el diagnóstico.

#### Restricciones a los derechos individuales

El 6% de los encuestados afirmó que no es un derecho de los pacientes con esquizofrenia saber su diagnóstico.

Uno de cada 5 profesionales (18.4%) estuvo de acuerdo con la idea de revocarles el derecho a votar.



**Tabla 1.** Descripción de la muestra.

Muestra		N = 517
Edad (en años)		39,5 ± 11,8 (rango 24-78)
Sexo	Hombre Mujer	39,2% 60,8%
Profesión	Psiquiatra Psicólogo Otros (Trabajador Social/ Terapista Ocupacional/ Enfermero/ etc.)	57,4% 35,7% 6,9%
Años de experiencia profesional		13,5 ± 11,3
Porcentaje de personas con esquizofrenia atendidas		21,8 ± 24,3 (mediana 10)
Lugar principal de trabajo	Hospital público general Consultorio privado Hospital público monovalente Hospital o clínica privada monovalente Hospital o clínica privada general	41,1% 27,1% 18,6% 8,3% 5%
Dispositivo principal de trabajo	Consultorio Internación Interconsulta Hospital de Día Atención Comunitaria Guardia Otros	59,7% 13,7% 6,1% 6,1% 5,4% 4,1% 5%
Antecedente de trabajo en servicio de Salud Mental público	Si	86,7%
Familiar cercano con esquizofrenia	Si	8,9%

Uno de cada tres profesionales (34%) se mostró de acuerdo con no otorgarles o no renovarles el registro de conducir.

El 13.1% estuvo de acuerdo con que no deberían tener hijos y el 63.7% con que no deberían ser profesionales de la Salud Mental.

De las variables estudiadas las que se relacionaron significativamente con la actitud de restricción de derechos fueron la profesión y el sexo. El porcentaje de psicólogos que afirmó que no es un derecho de los pacientes con esquizofrenia saber su diagnóstico fue significativamente mayor que el de psiquiatras (10.68% vs. 3.5% ( $X^2 [1]=9.97$ ;  $p=0.002$ ).

En cuanto a ser profesionales de la Salud Mental las profesionales mujeres se mostraron más reacias a esta posibilidad (67% vs. 57.21%,  $X^2 [1]=4.6$ ;  $p<0.031$ ).

Las variables de familiaridad no determinaron diferencias significativas en las creencias de los profesionales respecto del ejercicio de derechos por parte de personas con diagnóstico de esquizofrenia.

#### *Atención comunitaria de la enfermedad mental*

El 7.4% se mostró de acuerdo con que los vecinos tienen buenas razones para resistir la instalación de un servicio de Salud Mental en su barrio.

Esta afirmación fue más frecuente entre aquellos profesionales que nunca trabajaron en un servicio de Salud Mental público (13.6% vs. 6.3%,  $X^2 [1]=4.5$ ;  $p<0.03$ ).

El 3.9% opinó que los servicios de Salud Mental deberían mantenerse alejados de los barrios residenciales.

Sobre este último punto, existió una diferencia significativa entre psicólogos (5%) y psiquiatras (1.62%), ( $X^2 [1]=4.2$ ;  $p<0.039$ ).

#### *Posibilidad de Recuperación*

El 5.6% de los profesionales estuvo de acuerdo con que hay poco para hacer por estos pacientes, más allá de ayudarlos a compensarse sintomáticamente.

El 85.7% afirmó que las personas con esquizofrenia pueden recuperarse parcialmente, el 10% totalmente y el 4.4% que no pueden recuperarse en absoluto.

Hubo diferencias estadísticamente significativas teniendo en cuenta las variables profesión y antecedente de trabajo en servicio de Salud Mental público (ver Tabla 2).

#### *Distancia social*

Las frecuencias relativas de las respuestas a la escala de distancia social se describen en la Tabla 3.

**Tabla 2.** Creencias sobre recuperación en esquizofrenia.

	Muestra	Psiquiatras vs. Psicólogos*		SSMP <sup>(1)</sup> sí vs. SSMP no**	
<b>Totalmente</b>	10%	7,3%	12,3%	9,5%	13,23%
<b>Parcialmente</b>	85,7%	89,54%	81,4%	87,14%	75%
<b>En absoluto</b>	4,4%	3,13%	6,1%	3,27%	11,76%
* $\chi^2 [2]=6,21$ , $p=0,045$ ; ** $\chi^2 [2]=11,3$ , $p=0,003$					
<sup>(1)</sup> SSMP: Servicio de Salud Mental Público					

**Tabla 3.** Distancia social - Frecuencias Relativas.

	Alta distancia social (Probablemente no - Definitivamente no)
Se mudaría próximo a una persona con esquizofrenia	8,2%
Se haría amigo de una persona con esquizofrenia	10,9%
Trabajaría con una persona con esquizofrenia	10,3%
Se casaría con una persona con esquizofrenia	82,6%
Recomendaría para un trabajo a una persona con esquizofrenia	17,8%
Le alquilaría un cuarto a una persona con esquizofrenia	27,7%
Confiaría en una persona con esquizofrenia para que cuide a su hijo	68,6%

El puntaje promedio de la muestra obtenido en la escala de distancia social fue de  $8.1 \pm 3.6$ . El 41.3% de la muestra estuvo entre los valores 0 y 7, el 54.2% entre los valores 8 y 14, y el 4.5% entre los valores 15 y 21.

Hubo diferencias significativas en lo que respecta a sexo, años de experiencia profesional y porcentaje de pacientes

con esquizofrenia atendidos (ver Tabla 4). Las mujeres mostraron una distancia social general mayor y sobre todo en los ítems que aludían a la posibilidad de casarse con una persona con esquizofrenia y la de confiar en una persona con esquizofrenia para que cuide a un hijo ( $X^2 (3)=21.6$ ;  $p<0.001$  y  $X^2 (3)=22.5$ ;  $p<0.001$ , respectivamente).

**Tabla 4.** Distancia Social - Prueba t.

		Medias $\pm$ DS y Prueba t
Sexo	Hombre Mujer	$7,52 \pm 3,7$ $8,4 \pm 3,5$ $t(466)=-2,5$ $p=0,01$
Años de experiencia profesional	$\geq 15$ años $< 15$ años	$8,6 \pm 3,9$ $7,84 \pm 3,54$ $t(456)=2,1$ $p=0,03$
Porcentaje de pacientes con esquizofrenia que atiende	$\geq$ del 50% $<$ del 50%	$6,93 \pm 3,38$ $8,25 \pm 3,66$ $t(455)=3$ $p=0,003$

Aquellos profesionales con más años de experiencia profesional mostraron mayor distancia social ( $\rho$  Spearman=0.106;  $p=0.023$ ). Por el contrario, a mayor porcentaje de pacientes con esquizofrenia atendidos la distancia social fue menor ( $\rho$  Spearman=-0.125;  $p=0.007$ ).

## Discusión

El presente estudio demuestra que los profesionales de la Salud Mental no están exentos de actitudes estigmatizantes.

Nuestro trabajo se basó en la hipótesis de que el contacto con personas con diagnóstico de esquizofrenia podría constituirse en la principal variable a favor de actitudes más inclusivas. Dicho contacto fue abordado a través de las variables de familiaridad.

Se consideraron indicadores directos de contacto el antecedente de tener un familiar con diagnóstico de esquizofrenia y el porcentaje de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos, mientras que el antecedente de trabajo en servicio público de Salud Mental y los años de experiencia profesional fueron considerados indicadores indirectos, infiriendo en este último caso que la experiencia profesional expresada en años y el desempeño en el ámbito público aumentarían las probabilidades de contacto con personas con diagnóstico de esquizofrenia.

En lo que respecta a distancia social y familiaridad, se vio que a mayor porcentaje de pacientes con esquizofrenia atendidos hubo menor distancia social. No fue esto lo que se vio con los años de experiencia profesional. Profesionales con más de 15 años de experiencia tuvieron mayor distancia social que aquellos con menos de 15 años.

En cuanto a la restricción de derechos individuales, ninguna de las variables de familiaridad se asoció de manera estadísticamente significativa con una actitud positiva respecto al ejercicio de los derechos civiles.

En lo que respecta a informar el diagnóstico, la única variable de familiaridad que se relacionó positivamente con esta práctica fue el antecedente de trabajo en servicio de Salud Mental público.

Esto último fue también la única variable de familiaridad que se relacionó con una mayor aceptación del modelo comunitario de atención.

Si bien el contacto con personas con enfermedad mental es considerado uno de los factores más importantes para modificar las actitudes hacia personas con trastornos mentales, los resultados antes enumerados podrían hacer suponer que lo que importa, más que el contacto en sí mismo, es la naturaleza y el contexto del mismo, y que el contacto por sí sólo, muchas veces, no puede modificar las opiniones negativas construidas por otras vías respecto de la enfermedad mental (7).

La profesión no fue un predictor de distancia social. Hubo diferencias significativas entre psiquiatras y psicólogos en lo que hace a la práctica de informar el diagnóstico tanto a pacientes como a familiares, siendo más frecuente entre los psiquiatras.

En cuanto a las variables demográficas, hubo diferencias estadísticas según sexo. En nuestro estudio las

profesionales mujeres informan menos el diagnóstico de esquizofrenia a pacientes y familiares; están más en desacuerdo con la posibilidad de que una persona con esquizofrenia sea profesional de la Salud Mental y mostraron una mayor distancia social global, y particularmente en los ítems que hacen alusión al casamiento y al cuidado de un hijo.

A pesar de no existir estudios previos en Argentina sobre actitudes estigmatizantes en profesionales sí existen estudios que investigaron el tema en la población general (19, 31) lo cual nos permite situar al grupo de profesionales en el contexto de la población a la que pertenecen.

En aquellos ítems comparables de las escalas de distancia social utilizadas en ambos estudios puede verse que el grupo de profesionales mostró menor nivel de distancia social que la población general. Esta tendencia se refleja en estudios previos (16), aunque hay estudios que dan cuenta de una distancia social similar entre profesionales y población general (17, 27, 35).

Sí, ambos grupos, comparten el hecho de ser las mujeres aquellas que expresan mayor distancia social en las situaciones que conllevan vínculos más íntimos.

Parece repetirse la tendencia de que aquellas situaciones que implican mayor cercanía social, como casarse o dejar al cuidado a un hijo, siendo las que generan mayor distancia social (17, 19).

Tanto en el grupo de profesionales como en la población general de Buenos Aires (19), el antecedente de tener un familiar con diagnóstico de esquizofrenia no fue una variable que disminuyera la distancia social.

En la muestra estudiada los años de experiencia profesional se asociaron, contrario a lo esperado, a una mayor distancia social; una posible explicación a este resultado podría ser que la variable "años de experiencia" se superpone con la variable de la edad de la población encuestada y, si bien en nuestra muestra la edad no tuvo una relación estadísticamente significativa con la distancia social, cabe mencionar que en estudio previo sobre población general en este mismo país (19) uno de los factores demográficos que se asoció a mayor distancia social fue la edad.

En cuanto a la restricción de derechos, si comparamos la opinión de los profesionales argentinos con colegas de estudios europeos (25, 27), existen similitudes en la actitud frente a la posibilidad de que los pacientes tengan licencia de conducir y a la posibilidad de tener hijos, pero hay una marcada diferencia en la actitud frente al derecho a votar, siendo los profesionales argentinos más restrictivos que sus pares europeos.

La marcada diferencia en la posibilidad de votar podría explicarse por el hecho de que en Argentina, a diferencia de lo que ocurre en los países europeos del estudio, el voto es obligatorio y que esto despierta en los profesionales una actitud más paternalista y restrictiva frente a la legalidad. Podría agregarse también la hipótesis de que en un país como Argentina, en el cual este derecho ha sido tan diezmado por cuestiones políticas, exista una sobrevaloración del mismo.

Respecto de la información del diagnóstico, cabe tener en cuenta que el diagnóstico de esquizofrenia es

menos informado que otros diagnósticos (36). En nuestra muestra el 36% de los profesionales afirmó que no forma parte de su práctica clínica la información del diagnóstico a los pacientes, porcentaje este similar al de estudio previo (36).

La práctica de no informar el diagnóstico podría por un lado entenderse como una estrategia por parte del profesional tratante para eludir las consecuencias que puede traer aparejado el hecho de etiquetar a una persona con el diagnóstico de esquizofrenia (4, 21, 22), ya que este tipo de etiquetamiento se asocia con estereotipos negativos y con mayor distancia social de manera mucho más frecuentemente que con otros etiquetamientos tales como depresión (3, 28).

Pero por otro lado podría pensarse que las resistencias a hablar de la esquizofrenia con los pacientes es una muestra de las connotaciones negativas que la enfermedad tiene para los propios profesionales de la Salud Mental. Tal vez esto se deba a la excesiva atención puesta en los déficits de la enfermedad y no tanto en las potencialidades que los pacientes con dicho diagnóstico conservan, por lo que, para ese profesional, decir "esquizofrenia" implica transmitir un mensaje desmoralizador.

Para analizar convenientemente los resultados hallados en esta investigación es pertinente tener en cuenta algunas limitaciones de nuestro estudio. A pesar de haber escogido congresos nacionales para contar con inscriptos de las distintas provincias, debe tenerse en cuenta que la muestra incluye a profesionales que se movilizan para asistir a congresos sumado a que las sedes de los congresos (CABA y provincia de Buenos Aires) facilitan la concurrencia de algunos profesionales mientras que dificulta la accesibilidad de otros.

Cabe destacar que la muestra es más representativa de los psiquiatras<sup>1</sup> que de las demás profesiones que conforman el campo de trabajadores de la Salud Mental, ya

que el mayor número de encuestados pertenece a esta disciplina y uno de los congresos era organizado por dicha especialidad.

Finalmente, cabe aclarar que se diseñaron las preguntas de manera tal que no se dio lugar a evaluar el "caso por caso", sino que condicionaba al encuestado a responder considerando a las personas con esquizofrenia como un grupo más bien homogéneo.

De todos modos, al no existir publicaciones previas que evalúen las actitudes estigmatizantes de los profesionales de la Salud Mental en la Argentina hacia personas con esquizofrenia, este estudio resulta de importancia pues abre un camino en este área a nivel nacional y permite avanzar en el número de estudios que han evaluado esto a nivel mundial. Ahora bien, al igual que en otros estudios al emplear instrumentos no estandarizados, las comparaciones entre países deben realizarse contemplando este aspecto.

## Conclusiones

El presente trabajo demuestra que el grupo de profesionales de la Salud Mental estudiado no está exento de actitudes estigmatizantes y de distancia social hacia las personas con esquizofrenia.

La comparación con estudio previo revela que los profesionales de Salud Mental en Argentina tienen actitudes menos estigmatizantes que la población general, aunque no se diferencian mucho en la distancia social planteada.

Dado que la variable de familiaridad "porcentaje de pacientes atendidos", muestra una correlación con una menor distancia social, creemos que deben favorecerse distintas experiencias clínico-asistenciales de contacto.

Los programas de educación anti-estigma deberían estar dirigidos a los profesionales de la Salud Mental desde etapas tempranas de su formación ■

<sup>1</sup> Tomando como base la cifra estimada a partir de diversas fuentes (Asociaciones Provinciales, Ministerio de Salud, APSA y sus filiales, Colegios Médicos) de los 4600 especialistas en psiquiatría activos en todo el país se verifica que aproximadamente el 80% (4 de cada 5 de los especialistas argentinos en psiquiatría) asistieron al Congreso de APSA de los cuales se obtuvo una muestra del 6.43% (n=296).

## Referencias bibliográficas

- Altindag A, Yanik M, Ucok A, Alptekin K, Ozkan M. Effects of an antistigma program on medical students' attitudes towards people with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 60: 283-288.
- Angermeyer M, Matschinger H. Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; 38: 526-534.
- Angermeyer M, Matschinger H. The stigma on mental illness: effects of labeling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108 (4): 304-309.
- Corrigan P. Mental Health Stigma as social attribution: implications of research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2000; 7: 48-67.
- Corrigan P, River P, Lundin R, Penn D et al. Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophr Bull* 2001; 27 (2): 187-195.
- Corrigan P, Watson A. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002; 1: 16-20.
- Crisp A, Gelder M, Goddard E, Meltzer H. Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry* 2005; 4 (2): 106-113.
- Crisp A, Gelder M, Rix S, Meltzer H, Rowlands O. Stigmatization of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 4-7.
- Crocker J, Major B, Steele C. Social stigma. In: Gilbert DT, Fiske ST, Lindzey G, editors. *The handbook of social psychology*. 4<sup>th</sup> ed. Boston: McGraw Hill; 1998. p. 504-553.
- Dinos S, Stevens S, Serfaty M, Weich S, King M. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 176-181.
- Gaebel W, Bauman A, Phil MA. Interventions to reduce stigma associated with severe mental illness: experiences from the Open the Doors Program in Germany. *Can J Psychiatry* 2003; 48: 657-662.
- Goffman E. *Estigma: la identidad deteriorada*. 2<sup>a</sup> ed. Buenos Aires: Amorrortu; 2008.
- Hayward P, Bright J. Stigma and mental illness: a review and critique. *J Ment Health* 1997; 6 (4): 345-354.
- Herbst L. El concepto de cronicidad y su impacto en la clínica. *Vertex* 2009 Sep-Oct; 20 (87): 385-93.
- Jorm A, Korten A, Jacomb P, Christensen H, Henderson S. Attitudes toward people with a mental disorder, a survey of the Australian public and health professionals. *Aust N Z J Psychiatry* 1999; 33: 77-83.
- Kingdon D, et al. What about attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? *Psychiatr Bull* 2004; 28: 401-406.
- Lauber C, Anthony M, Adjacic-Gross V, Rössler W. What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *Eur Psychiatry* 2004; 19: 423-427.
- Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler W. Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113 (429): 51-59.
- Leiderman EA, Vázquez G, Berizzo C, Bonifacio A, Bruscoli N, Capria J, et al. Public knowledge, beliefs and attitudes towards patients with schizophrenia: Buenos Aires. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011; 46 (4): 281-90.
- Link BG, Cullen F, Frank J, Wozniak J. The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. *AJS* 1987; 92: 1461-1500.
- Link BG, Cullen FT, Struening E, Schrot PE, Dohrenwend BP. A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. *American Sociological Review* 1989; 54: 400-423.
- Link, BG. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *Am Sociol Rev* 1987; 52: 96-112.
- López M. Medios de comunicación, estigma y discriminación en salud mental. Elementos para una estrategia razonable. *Inf Psychiatr* 2007; 10 (83): 793-9. Disponible en: <http://www.faisem.es/contenidos/publicaciones/articulos/Infopsy-stigma-esp%C3%B1ol.pdf>
- López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2008; XXVIII (101): 43-83.
- Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, Malangone C, Maj M. Beliefs about schizophrenia in Italy: a comparative nationwide survey of the general public, mental health professionals and patients' relatives. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 327-331.
- Muñoz M, Pérez Santos E, Crespo M, Guillén A. Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid: Editorial Complutense; 2009. Disponible en: <http://www.ucm.es/BUCM/ecsa/9788474919806.pdf>
- Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of Mental Health Professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull* 2006; 32: 709-714.
- Pandya A, Bresee C, Duckworth K, Gay K, Fitzpatrick M. Perceived impact of the disclosure of a schizophrenia diagnosis. *Community Ment Health J* 2011; 47: 613-621.
- Phelan JC, Link BG. The growing belief that people with mental illnesses are violent: the role of the dangerousness criterion of civil commitment *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33 (1): 7-12.
- Sartorius N, Schulze H. *Reducing the stigma of mental illness*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
- Stefani D. Actitud hacia la enfermedad mental y nivel socioeconómico. *Acta Psiquiat Pscol Am Lat* 1979; 25: 282-286.
- Stuart H. Fighting stigma and discrimination is fighting for Mental Health. *Can Public Policy* 2005; 31 Suppl num special.
- Stuart H, Arboleda-Flórez J. Community attitudes towards people with schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2001; 46: 245-52.
- Taylor M, Dear M. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophr Bull* 1981; 7 (2): 225-240.
- Thompson A, Stuart H, Bland R, Arboleda-Florez J, Warner R, Dickson R. Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr. Epidemiol* 2002; 37: 475-482.
- Ucok A, Polat A, Sartorius N, Erkok S, Atakli C. Attitudes of psychiatrists toward patients with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58: 89-91.
- Van Zelst C. Stigmatization as an environmental risk in schizophrenia: a user perspective. *Schizophr Bull* 2009; 35 (2): 293-296.
- Villares CC, Sartorius N. Challenging the stigma of schizophrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 25: 1-2.
- Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Community attitudes to mental illness. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 183-190.
- Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Public education for community care. A new approach. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 441-447.
- World Health Organization. *The World Health Report Mental health: new understanding, New Hope*. World Health Organization; 2001.
- World Psychiatric Association. *WPA global programme to reduce stigma and discrimination because of schizophrenia. Schizophrenia - Open the Doors. Training Manual*. 2005. Available from: [http://www.open-the-doors.com/english/media/Training\\_8.15.05.pdf](http://www.open-the-doors.com/english/media/Training_8.15.05.pdf)



# Asociación entre ansiedad y depresión en la enfermedad alérgica

Nicolás Héctor Noriega

*Médico; Magister.*

*Centro de Enfermedades Alérgicas, Psicósomáticas y por Estrés.*

*Villa María, Provincia de Córdoba, Argentina.*

*E-mail: nicolasnoriega@arnet.com.ar*

---

## Resumen

Nuestros objetivos al realizar este estudio fueron determinar si existía asociación, o no, entre ansiedad, depresión y enfermedad alérgica, y la terapéutica recomendada. Se trabajó con 82 pacientes, con edades entre los 13 y 76 años, de ambos sexos, con enfermedad alérgica, durante 1 año. Se utilizaron escalas psicométricas: para ansiedad, de Hamilton; para depresión, de Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y Zung. Se valoró sólo la asociación o no, y su porcentaje, de ansiedad y depresión en enfermedad alérgica en pacientes que consultaban con tal sintomatología en primera consulta, libres de medicación psicofarmacológica y psicoterapias. La presencia de ansiedad y depresión se interpretó como un factor más dentro del comienzo de síntomas alérgicos. Los resultados hallados fueron, para ansiedad: una asociación positiva del 95%. Para depresión, lo que mostraron los resultados hallados de ambas escalas, fue una tendencia positiva para la asociación con la enfermedad alérgica. Las conclusiones muestran una asociación positiva entre ansiedad y enfermedad alérgica. Mientras que para depresión y enfermedad alérgica, sólo una tendencia positiva. Éstas señalarían la importancia de diagnosticar y tratar correctamente ansiedad y depresión en pacientes alérgicos, tanto psicofarmacológica como psicoterapéuticamente, sumados a los recursos ya existentes.

**Palabras claves:** Ansiedad - Depresión - Escalas psicométricas - Enfermedad alérgica.

ASSOCIATION BETWEEN ANXIETY AND DEPRESSION IN ALLERGIC ILLNESSES

## Abstract

This study aims at determining whether there was an association among anxiety, depression and allergic illnesses. It suggests the proper therapeutic treatment. During a year, our research work team worked with a group of 82 female and male patients (from 13 to 76 years old) who suffered from various types of allergies. Two psychometric scales were used to carry out this study: Hamilton's scale for anxiety whereas Beck Depression Inventory (BDI-II) and Zung's for depression. The association and its percentage were analyzed in patients who reported typical symptoms during their first check-up. They were free of psychopharmacologic drugs and psychotherapies. The presence of anxiety and depression was interpreted as another factor in the development of allergic symptoms. The following results were achieved as regards: for anxiety, an association positive 95 %. For depression, the results showed that there was a positive tendency for the association with an allergic illness. The conclusions showed that there is a positive association between anxiety and allergies. As regards depression and allergic illness, there is only a positive tendency. These final results would raise awareness of how to deal with anxiety and depression in allergic patients, both psychopharmacologically and psychotherapeutically.

**Key words:** Anxiety - Depression - Psychometric scales - Allergies.

## Introducción

La enfermedad alérgica, o alergias, se produce cuando el sistema inmune de una persona reacciona en forma exagerada en una persona ante la presencia de sustancias extrañas (antígeno) para él y no para otros. Esta reacción puede causar alteraciones en la piel, aparatos respiratorio superior e inferior, aparato gastrointestinal e, incluso, en algunos casos, puede llegar a producir la muerte (shock anafiláctico) (17). El abordaje de esta enfermedad puede hacerse desde la psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE), que es el estudio integrado del comportamiento, y los sistemas neurales, endócrino y de las funciones inmunitarias, que permite a un organismo adaptarse a las múltiples demandas que están constantemente presentes sobre él (estrés), desde su medio ambiente externo e interno (1). Y es desde la PNIE desde donde surgen interrogantes tales como: ¿la ansiedad, la depresión, las afectan?, y si lo hacen, ¿de qué manera?, ¿están al comienzo, o aparecen luego, cuando las enfermedades alérgicas ya están declaradas?, ¿debemos dejar de lado reduccionismos cuando hablamos de enfermedades alérgicas?

Ante estos interrogantes se plantea un estudio tratando de determinar si la ansiedad y la depresión están asociadas, o no, en el comienzo de la enfermedad alérgica, y serían, junto a antígenos ambientales, infecciosos y al sistema inmuno-neuro-endócrino, una causa más al manifestarse la misma.

Se ha verificado un aumento de estudios y publicaciones que tratan sobre la relación existente entre enfermedades alérgicas con ansiedad y depresión. A continuación mostraremos algunos. Debido a que la dermatitis atópica es una enfermedad crónica, de origen multifactorial, en la que tanto factores inmunológicos, endócrinos y neurológicos interactúan para influir en su desarrollo, dentro de su tratamiento y dado el contexto actual de abordaje de esta enfermedad, la terapia psicológica, junto al uso de sustancias inmunológicas (factor de transferencia) mejora su evolución (3). Una revisión mostró una robusta relación de factores psicosociales y dermatitis alérgica. Como conclusión agrega que el soporte psicoterapéutico debe ser sumado a las intervenciones físicas y farmacológicas, como otro factor más de control en la prevención de la misma (4). Una revisión determinó el rol de la ansiedad y la depresión en asma. Se concluyó que la ansiedad y los factores psicosociales juegan un rol activo en la génesis del asma (5). Se evaluó el rol de los cuidadores de adultos jóvenes con crisis de asma en relación a ansiedad y depresión. Se encontró que el rol de los cuidadores es un factor muy importante a tener en cuenta en estos pacientes asmáticos en comorbilidad con ansiedad y depresión (6). Un estudio que relacionó el trastorno por stress post-traumático con la urticaria crónica idiopática aconseja la derivación a un psiquiatra para el abordaje de la salud mental de los afectados (7). Los pacientes con enfermedades dermatológicas a menudo presentan alteraciones psicológicas; en este estudio se asocian sobre todo a alergias a himenópteros. Se los evaluó para ver si presentaban somatizaciones, ansiedad,

depresión, y se estudió la calidad de vida. Se concluyó que presentaban varias somatizaciones, con índices de ansiedad-depresión no significativamente diferentes a los controles, sí altos rangos de ansiedad y con calidad de vida deteriorada (8). Relacionando desórdenes depresivos e inmunidad se concluye que la interacción mente-inmunidad es un componente esencial en las comorbilidades psiquiátricas y médicas con un alto impacto tanto en la salud como en la enfermedad (9). En un estudio con pacientes con asma severa, se encontró que éstos padecieron más distress psicosocial y dificultades en el afrontamiento emocional y de su comportamiento ante su enfermedad que aquellos que presentaban asma moderada (11). En pacientes con colon irritable, diagnosticados como alérgicos alimentarios, se encontró que tanto la ansiedad como la depresión eran frecuentes (12). Estableciendo una fuerte relación entre los mecanismos neuro-endócrinos de la disfunción inmune en pacientes con asma se pueden proveer nuevas direcciones terapéuticas para la evaluación y el manejo de los mismos, sumando además posibles estrategias profilácticas (14). Si hablamos de asma, rinitis, conjuntivitis o dermatitis atópica, la hipersensibilidad ambiental está presente, pero además hay factores psicosociales presentes, tales como ansiedad y depresión, lo que incrementaría la sensibilidad emocional (15). Estudiando la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades crónicas de la piel, en especial alergias, se asoció que los índices de ansiedad y depresión son más altos en pacientes con trastornos crónicos de la piel. Dentro de ese grupo se observó que, en pacientes alérgicos que presentaron altos índices de resiliencia, éstos estaban más protegidos de padecer enfermedades psiquiátricas (16). Vía PNIE se han logrado comprender los mecanismos subyacentes de la dermatitis atópica, como así también se han logrado detectar para su uso terapéutico agentes inmuno-modulares; ambos hallazgos mejorarían la calidad de vida de los pacientes (18). En pacientes con asma, la ansiedad y la depresión juegan inversamente en el control y calidad de vida de los pacientes, elevándose las posibilidades en su tratamiento si se atienden estas comorbilidades (19). Otro estudio en asma concluyó que se observó una alta morbilidad de ansiedad y depresión, independientemente de la severidad de la misma (20). En pacientes con rinitis alérgica estacional se determinó que el estado psicológico es evidentemente peor que en aquellos pacientes no alérgicos, impactando negativamente en la calidad de vida síntomas tales como obstrucción y el goteo nasal (13).

## Materiales y métodos

La investigación se llevó a cabo en pacientes que asistieron por primera vez a la consulta en el Centro de enfermedades alérgicas, psicosomáticas y por estrés de la ciudad de Villa María, provincia de Córdoba, República Argentina, durante un año, desde setiembre del 2010 a setiembre de 2011.

De la investigación participaron un total de 82 pacientes quienes, previamente informados de las caracte-

terísticas y objetivos de la misma, otorgaron su respectivo consentimiento informado (en el caso de ser menores de edad, contaron con la autorización de los padres).

En cada paciente se determinó el nivel o grado de la ansiedad y de la depresión, en base a sus respuestas a los cuestionarios correspondientes: para la depresión, las escalas BDI-II (2) y de Zung (10), y para la ansiedad se utilizó la escala de Hamilton (10). A todos los pacientes se les realizaron los exámenes clínicos correspondientes compatibles con el diagnóstico de enfermedad alérgica, y además se les realizó la prueba de hipersensibilidad cutánea, testificación total, para certificar hipersensibilidad a antígenos ambientales.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes de ambos sexos y libres de medicación psicofarmacológica y de tratamientos psicoterapéuticos.

Las variables de estudio fueron: edad, en años; el diagnóstico clínico de enfermedad alérgica; los niveles de ansiedad según puntuación para la escala de Hamilton; y el nivel de depresión, según puntuaciones para BDI-II y la escala de Zung.

El análisis estadístico consistió en la realización de un análisis descriptivo de las variables en estudio y se evaluaron las asociaciones entre los niveles de la ansiedad y de la depresión, respecto de los diagnósticos de enfermedad alérgica. Para establecer las asociaciones se utilizó la prueba del chi-cuadrado y el nivel de significación fue fijado en 0.005.

## Resultados

### Características generales de la muestra estudiada

La muestra de 82 pacientes estuvo conformada por 49 mujeres (60%) y 33 varones (40%).

La edad promedio fue de 42 años  $\pm$  19 años, con míni-

mo de 13 años y máximo de 76 años. En el 50% de la muestra las edades fueron menores o iguales a 40 años.

El diagnóstico de mayor frecuencia fue rinosinusitis (42% de los pacientes), siguiendo urticaria y dermatitis (30 y 28%, respectivamente). Se observaron también pacientes con asma (4 casos), conjuntivitis (1 caso) y prurito (1 caso), los que no fueron incluidos en el estudio de las asociaciones entre enfermedad alérgica y la ansiedad y la depresión, debido a sus escasas frecuencias.

De acuerdo a la escala de Hamilton, se encontró ansiedad en el 95% de los pacientes.

En cuanto a la depresión, los resultados del Inventario de Beck BDI-II, indicaron un 33% de pacientes con depresión mínima, 28% de pacientes con depresión moderada y cerca del 20% de pacientes, tanto con depresión leve como severa. Mayoritariamente los pacientes con edad menor o igual a 20 años presentaron depresión leve y los pacientes de más de 60 años, moderada. Entre los 21 y los 59 años, no se observó un nivel de depresión con frecuencia mayoritaria.

Cuando se utilizó la escala de Zung se identificó un 33% de pacientes sin depresión, un 33% de pacientes con nivel leve, un 24% de pacientes con nivel notable y un 10% de pacientes severos. Cabe mencionar, que en el 45% de pacientes con edad menor o igual a 30 años, no se determinó depresión, mediante la escala de Zung, y lo mismo ocurrió en el 54% de los pacientes con edad entre 51 y 60 años.

### Asociación entre enfermedad alérgica y ansiedad

En todos los pacientes con diagnóstico de dermatitis o de rinosinusitis y en el 83% de los casos de urticaria, se observó presencia de ansiedad (ver Tabla 1). La presencia de ansiedad resultó asociada al diagnóstico de enfermedad alérgica ( $p=0.007$ ).

**Tabla 1.** Porcentajes de cada categoría de ansiedad respecto del total de pacientes en cada diagnóstico de alergia.

Diagnóstico de alergia	Ansiedad (Escala de Hamilton)		Total (%)
	Ansiedad (%)	No - Ansiedad (%)	
Dermatitis	100	0	100
Rinosinusitis	100	0	100
Urticaria	83	17	100

### Asociación entre enfermedad alérgica y niveles de depresión según BDI-II

En los pacientes con dermatitis el 57% presentó depresión al menos moderada, mientras que en los

casos con rinosinusitis o con urticaria dicho porcentaje fue del 50% y del 40% respectivamente (ver Tabla 2). Los restantes porcentajes se correspondieron a niveles mínimos o leves de depresión. Estos resultados sugieren que la dermatitis y la rinosinusitis podrían estar

relacionadas a casos con mayores niveles de depresión, mientras que la urticaria sería más frecuente en casos de depresión mínima o leve. Sin embargo no se

detectó asociación ( $p=0.4094$ ) entre el tipo de diagnóstico de enfermedad alérgica y los diferentes niveles de depresión.

**Tabla 2.** Porcentajes de casos de depresión en cada diagnóstico de alergia.

Diagnóstico de alergia	Nivel de depresión (escala de Beck BDI-II)				Total (%)
	Mínima (%)	Leve (%)	Moderada (%)	Severa (%)	
Dermatitis	33	10	38	19	100
Rinosinusitis	28	22	22	28	100
Urticaria	43	17	30	10	100
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>17</b>	<b>29</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

#### *Asociación entre enfermedad alérgica y niveles de depresión según escala de Zung*

Posiblemente el tamaño de la muestra fue insuficiente para detectar asociación significativa entre el diagnóstico de los pacientes y los niveles de depresión determinados con el cuestionario de Zung ( $p=0.4406$ ). Sin embargo, cabe señalar que en todos los diagnósticos de alergia,

entre el 60 y el 65% de los pacientes presentaron síntomas de depresión. En los perfiles fila para los niveles de depresión según el tipo de diagnóstico (ver Tabla 3), se puede observar mayor similitud entre los resultados bajo los diagnósticos de dermatitis y de rinosinusitis, y que en dichos diagnósticos fueron más frecuentes los casos de depresión notable, mientras que en los diagnósticos de urticaria hubo mayor presencia de depresión leve.

**Tabla 3.** Porcentaje de casos de depresión en cada diagnóstico de alergia.

Diagnóstico de alergia	Nivel de depresión (escala de Zung)				Total (%)
	Normal (%)	Leve (%)	Notable (%)	Severa (%)	
Dermatitis	38	19	33	10	100
Rinosinusitis	34	22	28	16	100
Urticaria	35	44	17	4	100

#### *Relación niveles de ansiedad y depresión*

En los 4 pacientes que fueron clasificados como “no ansiosos”, se determinó depresión mínima según el BDI-II, y no resultaron depresivos según el cuestionario de Zung.

En los pacientes ansiosos, con el BDI-II se determinó un 31% de casos tanto con depresión mínima como con depresión moderada, y cerca del 20% para sintomatología de grado leve o severo.

Usando el cuestionario de Zung se observaron similares porcentajes de pacientes para los niveles sin depresión, grado leve y grado moderado (cerca de un 30% en

cada caso), y un 11% de casos severos. La Tabla 4 contiene los porcentajes en cada nivel de depresión, según la escala, respecto del total de pacientes en cada nivel de ansiedad.

#### **Discusión**

Las enfermedades alérgicas son, básicamente, una reacción de hipersensibilidad a sustancias ambientales, antígenos, y se manifiestan en órganos del aparato respiratorio superior e inferior, en la piel, y en el aparato

**Tabla 4.** Relación niveles de ansiedad y depresión (expresados en porcentajes).

Ansiedad (Escala de Hamilton)	Depresión				
	Escala de Zung				
	Normal	Leve		Notable	Severa
Con ansiedad	32	29		28	11
Sin ansiedad	100	0		0	0
	Escala de Beck				
		Leve	Mínima	Moderada	Severa
Con ansiedad		18	31	31	20
Sin ansiedad		0	100	0	0

digestivo. Dentro de los pacientes afectados, una gran mayoría no responde favorablemente a los tratamientos convencionales. De acá surgen los interrogantes planteados en la introducción con respecto al papel que jugarían la ansiedad y la depresión. Muchos de los ensayos experimentales, que se han mostrado en nuestra introducción, asocian la enfermedad alérgica con la ansiedad y la depresión una vez instalada la enfermedad alérgica. Nuestro trabajo ha sido desarrollado con la originalidad de evaluar la presencia, o no, de la ansiedad, y la depresión en la primera consulta de nuestros pacientes, tratando de encontrar asociación, o no, entre la ansiedad y la depresión, y enfermedades alérgicas. Ubicaríamos a la ansiedad y a la depresión como un factor desencadenante más, dentro de otros en la enfermedad alérgica.

Todos estos interrogantes surgen del estudio y de la aplicación de la psiconeuroinmunoendocrinología, la cual, recordamos, hace hincapié en el accionar de la ansiedad, y la depresión en la manifestación de las enfermedades en general, y en este caso en particular, con la enfermedad alérgica.

La dermatitis, la rinosinusitis y la urticaria fueron los diagnósticos de enfermedad alérgica más frecuentes en los pacientes estudiados. En estos tres principales diagnósticos se observaron casos con sintomatología de ansiedad, pudiéndose establecer una asociación significativa entre la presencia de ansiedad y el diagnóstico: la ansiedad resultó más frecuente en pacientes con dermatitis y en aquellos con rinosinusitis.

Por otro lado, la depresión fue detectada tanto al usar el cuestionario de Beck como el de Zung. Si bien al evaluar la asociación entre los diagnósticos y los niveles de depresión los resultados no fueron significativos, para ninguna de las escalas de depresión, la construcción de perfiles fila para los niveles de depresión en cada diagnóstico mostró tendencias. Al usar la escala de Beck se observó que en dermatitis y en rinosinusitis hubo mayor porcentaje de casos (57% y 50% respectivamente)

con depresión al menos moderada, que el obtenido en pacientes con urticaria (40%). Con el cuestionario de Zung, también se observaron similitudes entre los diagnósticos de dermatitis y rinosinusitis, con más casos de depresión notable, mientras que en pacientes con urticaria fue más frecuente la depresión de grado leve. Estos hallazgos indican posible falta en las pruebas de asociación; es decir, el tamaño de la muestra resultaría insuficiente para detectar una asociación entre las variables depresión-alergias.

¿Qué es lo que sucedió cuando relacionamos ansiedad y depresión?, el hallazgo fue que pacientes sin ansiedad tampoco presentaron depresión según la escala de Zung, pero sí depresión mínima según el BDI-II. Para aquellos pacientes que sí presentaron ansiedad, en ambas escalas todos los pacientes presentaron algún grado de depresión. Existiría, quedando demostrada nuestras sospechas, la relación entre ansiedad, depresión y enfermedad alérgica.

Este hallazgo no hace nada más que demostrar la importancia de la complejidad en la enfermedad alérgica, debiendo ser muy cuidadosos de evitar los reduccionismos en éstas, tratando de que cuando un paciente asista a la consulta alergológica tengamos en cuenta no sólo los factores infecciosos, ambientales, sino también los factores emocionales (como la ansiedad y la depresión), pues ellos desempeñarían también un papel importante como desencadenantes, como ha quedado demostrado en este estudio ■

#### Agradecimientos

Profesor de lengua inglesa: Sr. Alan Gómez. Traducción.  
Ingeniera Agrónoma Master en Scs: Sra. Margot Tabalada. Estadística.

Lic. en Psicología: Sra. María Sofía Pedraza. Lectura y corrección.



## Referencias bibliográficas

1. Ader, R. Psiconeuroinmunoendocrinología. Introducción. *Vertex* 1995; VI (21): 175-177.
2. Beck AT, Steer RA, Brown G. BDI-II Inventario de depresión de Beck. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2006.
3. Beltrán de Paz C, Sandoval GF, Solano MO, Vera JG, Miranda ES, Flores PS, et al. Implicancias psicológicas, inmunológicas y endocrinológicas en la dermatitis atópica. *Rev Alerg Mex* 2003; 50 (2): 54-9.
4. Chida Y, Hamer M, Stepoe A. A bidireccional relation between psychological factors and atopic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med* 2008, 70: 102-116.
5. Di Marco F, Santus P, Centanni S. Anxiety and depression in asthma. *Curr Opin Pulm Med* 2011 Jan; 17 (1): 39-44.
6. Feldman JM, Pérez EA, Canino G, McQuaid EL, Goodwin RD, Ortega AN. The role of caregiver major depression in the relationship between anxiety disorders and asthma attacks in island Puerto Rican youth and young adults. *J Nerv Ment Dis* 2011 May; 199 (5): 313-8.
7. Gupta MA, Gupta AK. Chronic idiopathic urticaria and post traumatic stress disorders (PTSD): An under-recognized comorbidity. *Clinic in Dermatology. Clin Dermatol* 2012 May-Jun; 30 (3): 351-4.
8. Hassel J, Danner D, Hassel A. Psychosomatic or allergy symptoms? High levels for somatization in patients with drug intolerance. *J Dermatol* 2011; 38: 959-965.
9. Irwin MR, Miller AH. Depressive disorders and immunity: 20 years of progress and discovery. *Brain Behav Immun* 2007 May; 21 (4): 374-83
10. Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Tratado de psiquiatría. Buenos Aires: Editorial Intermédica; 1995. p. 581 y 587.
11. Lavoie KL, Bouthillier D, Bacon SL, Lemiere C, Martin J, Hamid Q, et al. Psychological distress and maladaptive coping styles in patients with severe versus moderate asthma. *Chest* 2010 Jun; 137 (6): 1324-31.
12. Lillestøl K, Berstad A, Lind R, Florvaag E, Arslan Lied G, Tangen T. Anxiety and depression in patients with self-reported food hypersensitivity. *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32 (1): 42-8.
13. Lv X, Xi L, Han D, Zhang L. Evaluation of the psychological status in seasonal allergic rhinitis patients. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec* 2010; 72 (2): 84-90.
14. Marshal G. Neuroendocrine mechanisms of immune dysregulation: applications to allergy and asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2004; 93 (2 Suppl 1): S11-7.
15. Michel FB. Psychology of the allergy patient. *Allergy* 1995; 50 (9): 775-6.
16. Ponarovsky B, Amital D, Lazarov A, Kotler M, Amital H. Anxiety and depression in patients with allergic and non-allergic cutaneous disorders. *Int J Dermatol* 2011, 50 (10): 1217-22.
17. Regueiro González JR, López Larrea C, González Rodríguez S, Martínez Neves E. Inmunología: biología y patología del sistema inmune. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 2006. p. 6.
18. Suárez AL, Feramisco JD, Koo J, Steinhoff M. Psychoneuroimmunology of psychological stress and atopic dermatitis. *Acta Derm Venereol* 2012; 92 (1): 7-15.
19. Urrutia I, Aguirre U, Pascual S, Esteban C, Ballaz A, Arrizubieta I, et al. Impact of anxiety and depression on disease control and quality life in asthma. *J Asthma* 2012, 49: 201-208.
20. Valenca AM, Falcao R, Freire RC, Nascimento I, Nascences R, Zin W, et al. The relationship between the severity of asthma and comorbidities with anxiety and depressive disorders. *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28 (3): 206-8.

# Actualización de los trastornos psiquiátricos específicos de las epilepsias

**Judit Epstein**

*Médica Psiquiatra.  
Secretaria del Capítulo de Psicofarmacología de APSA.  
Docente de la Residencia de Salud Mental del Servicio de Psicopatología del Hospital Parmenio Piñero.  
E-mail: juditepstein@gmail.com*

**Rodolfo Zaratiegui**

*Médico Psiquiatra.  
Vicedirector del Instituto Superior de Formación de Posgrado de APSA.  
Presidente Honorario del Capítulo Psicofarmacología de APSA.  
Director del Centro Psinapsys.  
E-mail: rzaratie@gmail.com*

**Alfredo Thomson**

*Jefe de Epilepsia del Instituto de Neurociencias, Fundación Favaloro.  
Médico Neurólogo del Hospital Británico.  
Docente de la UBA, Universidad Favaloro.  
E-mail: athomson@ciudad.com.ar*

---

## Resumen

Existe una importante evidencia acerca de lo distintivo de los trastornos psiquiátricos de las epilepsias. Sin embargo, éstos no tienen cabida en los sistemas clasificatorios vigentes. Para poder desarrollar una clasificación útil que dé cuenta de la psicopatología de la epilepsia, es importante abarcar no sólo el espectro de diagnósticos psiquiátricos, tal cual se reflejan en los sistemas ICD-10 y DSM-IV, sino también los diagnósticos relacionados con las crisis y las epilepsias en general, junto a la considerable experiencia clínica en el seguimiento longitudinal a largo plazo de esta población de pacientes para comprender dichas asociaciones.

En esta revisión exponemos la clasificación desarrollada por la comisión de Psicobiología de la Liga Internacional de Lucha Contra la Epilepsia. También describimos la bidireccionalidad entre depresión y epilepsia y sus consecuencias. La superposición entre síntomas depresivos relacionados con la epilepsia y sintomatología bipolar constituye un tópico de particular interés. Asimismo revisamos las psicosis de las epilepsias, tal como la clasificación de la Liga Internacional las considera. Finalmente, incluimos viñetas clínicas que ilustran lo que entendemos constituye la complejidad clínica y terapéutica en dichos casos.

**Palabras claves:** Epilepsia - Clasificación - Depresión - Trastornos del ánimo - Síndrome disfórico interictal - Psicosis postictal - Psicosis interictal.

PSYCHIATRIC DISORDERS IN EPILEPSY: AN UPDATE

## Abstract

Although there is good clinical evidence suggesting that the psychiatric disorders of epilepsy are clinically distinct, they do not find a place in the current classification systems. To develop a useful classification of the psychopathology of epilepsy, it is important to embrace not only the spectrum of psychiatric diagnoses as given by current psychiatric terminology, as in ICD-10 and DSM-IV, but also those diagnoses related to the classification of seizures and epilepsy. This should be combined with considerable clinical experience in understanding these associations. The Commission on Psychobiology of The International League Against Epilepsy (ILAE) has developed a classification which is shown in this revision. We also describe the bidirectionality between epilepsy and depression and its consequences. A special issue is the overlap between depressive epilepsy-related symptoms and bipolar symptomatology. The psychoses of epilepsy, in the way the ILAE classification considers them, are also reviewed. Finally, we include case reports that illustrate what we understand as the complexity for the clinical diagnosis and therapeutics.

**Key Words:** Epilepsy - Classification - Depression - Mood disorders - Interictal disphoric syndrome - Postictal psychoses - Interictal psychoses.

## Introducción

Las epilepsias constituyen un grupo de trastornos que reflejan una disfunción cerebral, teniendo en común una predisposición para generar crisis que pueden ser el resultado de diferentes causas. Las crisis son una manifestación de un proceso subyacente, implicando una alteración de redes neuronales de una región del cerebro, que está presente antes y después de su expresión clínica. Existen datos provenientes de múltiples modelos de epilepsia que sugieren una disrupción entre las redes excitatorias e inhibitorias y que tanto la composición sináptica excitatoria como su eficacia están aumentadas, ya sea en forma directa o indirecta (41).

Dicho proceso continúa en el tiempo presentando otros efectos, más sutiles, que las crisis: disfunción cognitiva, depresión, psicosis (23).

Si bien el foco de la atención clínica se centra en las crisis, los múltiples problemas cognitivos y conductuales asociados, interfieren junto con los eventos y a veces en mayor grado, con la calidad de vida del paciente y de su familia.

La epilepsia es, entonces, una enfermedad que se define más allá de la ocurrencia espontánea de crisis; existe una evidencia creciente acerca de que la epilepsia se relaciona a un espectro de trastornos psiquiátricos, cognitivos, conductuales, así como a la muerte súbita. La mitad de los pacientes con epilepsia presentan algún grado de disfunción cognitiva o psiquiátrica (23, 32, 39, 48).

Los mecanismos celulares y moleculares que subyacen a la modulación sináptica, son considerados centrales para los cambios ictales e interictales que ocurren en esta enfermedad. Los métodos diagnósticos actuales han avanzado para delinear mejor la naturaleza y el grado de la actividad ictal y, en un futuro no lejano, serán cruciales para identificar patrones distintivos de las así llamadas "comorbilidades cognitivas y psiquiátricas" (3, 23). Para explicar estas asociaciones se han propuesto algunas explicaciones: los efectos de las lesiones estructurales pueden afectar las funciones emergentes de dichas zonas del cerebro involucradas en la lesión; los efectos de la actividad de la crisis propiamente dicha pueden precederla y sucederla bastante tiempo, dando lugar a la pregunta acerca de qué se considera "interictal"; y, por último, existen mecanismos compartidos subyacentes a las crisis así como a los otros trastornos asociados, en ausencia de lesiones estructurales o enfermedades separadas del SNC. Los datos epidemiológicos y clínicos muestran un elevado riesgo de trastornos psiquiátricos, cognitivos y conductuales, no sólo durante el curso de la enfermedad sino en forma previa al inicio de la epilepsia (crisis), lo que sugiere fuertemente el reconocimiento de la epilepsia como parte de un espectro de trastornos.

Los estudios que exploraron la prevalencia de trastornos psiquiátricos en epilepsia se han caracterizado por su heterogeneidad tanto en cuanto al tipo de población explorada como a su diseño. Hasta el año 2004 (9, 16), en revisiones no sistemáticas de estudios en grupos seleccionados de pacientes de centros terciarios o clíni-

cas especializadas en epilepsia (en los cuales podía haber sobrerrepresentación de la psicopatología) y en pocos casos, en muestras poblacionales pequeñas, el porcentaje ascendía a 20% en el primer caso, por la mayor presencia de pacientes con epilepsia del lóbulo temporal o con epilepsias refractarias (actualmente denominadas resistentes), y del 6 % en epilepsia en población general.

El primer estudio (44) de prevalencia de epilepsia y trastornos psiquiátricos en una muestra poblacional general grande, de 36984 personas de 15 años de edad o más, muestra en forma consistente una mayor prevalencia de depresión (17.4%) y suicidabilidad (25%) en pacientes con epilepsia de cualquier tipo; los porcentajes, importantes, son aún menores que en el caso de las epilepsias focales y resistentes. Un estudio poblacional longitudinal recientemente publicado (20) que compara 3773 casos de epilepsia con 14025 controles, muestra el incremento de presencia de cuadros psiquiátricos (depresión, ansiedad, suicidabilidad, psicosis) en las epilepsias, hasta 3 años antes del diagnóstico y hasta 3 años después del mismo.

En un reciente artículo (25) acerca de la bidireccionalidad entre epilepsia y depresión (la manifestación psiquiátrica más frecuente), se revisan los probables mecanismos patogénicos en estudios experimentales con animales, así como con humanos, que operarían en ambos desórdenes: alteraciones del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA), así como de los sistemas serotoninérgicos, noradrenérgicos, GABAérgicos y glutamatérgicos.

Las consecuencias clínicas resultan evidentes: no solamente los pacientes con epilepsia presentan un riesgo incrementado de desarrollar depresión, sino que los pacientes con depresión presentan un riesgo aumentado (en 3 o 7 veces según los estudios) de presentar epilepsia.

El impacto de la actividad epiléptica en la cognición y la afectividad va a depender de la superposición entre la localización y distribución de la actividad epiléptica y del sustrato anatómico y fisiológico de la conducta en particular a considerar.

Nos proponemos en esta revisión efectuar una puesta al día de algunos de los aspectos psiquiátricos específicos de las epilepsias: depresión, trastornos del ánimo y psicosis, e ilustrarlos con casos clínicos que revelan cómo el reconocimiento de estos cuadros, fundamentalmente desde la clínica, más allá de los estudios complementarios, plantea una complejidad al psiquiatra y al neurólogo, tanto diagnóstica como terapéuticamente. Asimismo, realizamos en muchos de los apartados consideraciones históricas acerca de esta problemática, para su mejor comprensión.

## Clasificación

### *Antecedentes históricos*

Los psiquiatras europeos del siglo XIX y comienzos del siglo XX fueron los primeros en aproximar una clasificación de los trastornos psiquiátricos de las epilepsias. Desde Falret se reconocían básicamente diferencias entre las manifestaciones psicopatológicas propias de

las crisis, ictales, y los fenómenos clínicos que ocurrían temporalmente entre las crisis, interictales. Este criterio persistió a través del tiempo, aunque más focalizado en los estados psicóticos.

Desde 1950 el uso del electroencefalograma (EEG) comienza a influenciar en forma importante la clasificación de las epilepsias. Sin embargo, durante más de cincuenta años ni la *International League Against Epilepsy*/Liga Internacional de Lucha contra la Epilepsia (ILAE) ni la OMS, tuvieron en cuenta a la psicopatología en la clasificación de las crisis y las epilepsias. En los años que siguieron a un artículo anterior de dos de los autores (45), ha habido un importante desarrollo en el reconocimiento de las manifestaciones clínicas y de los mecanismos patogénicos de los trastornos psiquiátricos de las epilepsias. Tanto es así que desde el año 2002 se publica la revista *Epilepsy & Behavior*, creada para promover la difusión de la investigación sobre los problemas psiquiátricos vinculados a las epilepsias.

#### *Clasificación propuesta por la ILAE*

Finalmente, en el 2007 la ILAE creó una subcomisión de trastornos neuropsiquiátricos en el marco de la Comisión de Psicobiología de la Epilepsia (32). Dicha subcomisión ha propuesto una clasificación que intenta resultar útil y realista, o sea que abarca no sólo el espectro de diagnósticos psiquiátricos, tal como están enunciados en los sistemas clasificatorios actuales (DSM, ICD), sino también los diagnósticos en relación a la clasificación de las crisis y las epilepsias, y lo que es aun más relevante, la valoración de la experiencia clínica, para entender esas asociaciones, tópico dentro del cual el seguimiento longitudinal de los pacientes se considera crucial. Se va expandiendo la idea de que no obstante lo distintivo de los cuadros psiquiátricos de las epilepsias, los mismos no tienen cabida en los sistemas diagnósticos contemporáneos, limitados por criterios operacionales que restringen su riqueza fenomenológica y tienden a subsumirlos en categorías poco apropiadas (p. ej., trastorno mental orgánico).

Con el propósito de desarrollar una clasificación más aceptable, dicha comisión explicita de entrada el problema de la comorbilidad (13, 16): los pacientes con epilepsia pueden presentar trastornos psiquiátricos que no tengan características que los hagan distinguibles de aquellos referidos por la clínica descriptiva clásica (depresión, ansiedad, fobias, formas indiferenciadas de esquizofrenia, entre otros), o los presentes en otras enfermedades médicas crónicas. Todos ellos son abarcables por las clasificaciones psiquiátricas en uso. Luego se adentra en los fenómenos propios de las epilepsias (32).

1. Psicopatología como forma de presentación de las crisis epilépticas: es el primer grupo de esta clasificación. Los síntomas psiquiátricos son a menudo una característica de la crisis: las crisis focales sin pérdida de conocimiento (ILAE 2009) (antes llamadas auras o crisis parciales simples) pueden incluir síntomas como ansiedad y pánico, alucinaciones de varias modalidades, y aun

pensamientos anormales transitorios. La presencia de conductas anómalas (o bizarras) puede caracterizar a las crisis del lóbulo frontal y temporal, que a menudo, no se generalizan (o sea no presentan una crisis generalizada convulsiva tónico-clónica).

Los estados ictales no convulsivos tales como los status focales con compromiso de la conciencia, y los status focales sin compromiso de la conciencia, pueden presentarse con manifestaciones neuropsiquiátricas y síntomas catatónicos.

2. Trastornos psiquiátricos interictales específicos de las epilepsias: tienen descripciones clínicas distintivas y responden a tratamientos específicos.

a. Disfunción cognitiva: se observa fundamentalmente en pacientes con epilepsia resistente (antes llamada refractaria) al tratamiento: Incluye dificultades en la memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, capacidades visuoespaciales y funciones perceptuales y sensorio motoras.

b. Psicosis de las epilepsias:

i. Psicosis postictal

ii. Psicosis interictal

iii. Psicosis alternante

c. Trastornos afectivo-somatomorfo de las epilepsias: se presentan en forma frecuente en las epilepsias crónicas, de modo intermitente, con un patrón pleomórfico, incluyendo los síntomas que desde hace tiempo había postulado Blumer para el trastorno disfórico interictal (14, 36). Estos cuadros pueden ser, según su relación con las crisis:

i. Trastorno disfórico interictal

ii. Trastorno disfórico prodrómico (precediendo a las crisis por horas o días, con marcado compromiso funcional)

iii. Trastorno disfórico postictal

### **Epilepsia y depresión**

En la última década ha habido significativos progresos en la comprensión de la relación entre depresión y epilepsia, tanto en sus aspectos clínicos y epidemiológicos, como en los mecanismos patogénicos neurobiológicos y psicosociales (15, 30). El concepto de la depresión en la epilepsia como complicación de las crisis, en la actualidad ha sido reemplazado por el reconocimiento de una relación bidireccional entre ambas condiciones: no sólo la epilepsia predispone a la depresión sino que la depresión aumenta el riesgo para el desarrollo de epilepsia, tipo de comorbilidad que sugiere la existencia de mecanismos patogénicos comunes que operan en ambas condiciones. Esta compleja relación puede menoscabar la respuesta terapéutica de ambos trastornos.

En pacientes con epilepsia se ha encontrado una prevalencia de trastornos psiquiátricos en general del 35.5%, superior al 20.7% de la población general (44), incluida la ideación suicida cuya prevalencia casi se duplica en esta patología (25% vs. 13.3%). Respecto de la depresión en particular, se han encontrado cifras de 4 a 37% en la población general, 17 a 21% en ámbitos

neurológicos, y 24 a 37% en pacientes evaluados para cirugía de la epilepsia (7).

Se conoce desde hace tiempo la relación entre epilepsia y suicidio. Se estimaba, a partir de Barraclough (2), que la tasa de suicidio está aumentada 5 veces, llegando a 25 veces en el caso de la Epilepsia del Lóbulo Temporal (ELT). En un estudio poblacional danés de casos y controles de gran tamaño (6) que exploró el riesgo suicida en epilepsia, se identificó una triplicación del riesgo; la epilepsia constituía un factor de riesgo independiente (aun cuando se constataba un trastorno psiquiátrico además de la epilepsia, la tasa aumentaba por encima de la prevista para dicha patología psiquiátrica). La coexistencia de diagnóstico de epilepsia y trastorno afectivo aumentaba el riesgo; sin embargo a un número inferior de lo que sería la suma de ambos riesgos, sugiriendo factores compartidos.

El impacto negativo de los síntomas de ansiedad y del ánimo en pacientes con epilepsia ha sido demostrado en varios estudios (17, 26, 27, 46). Un estudio de 435 pacientes evaluó el impacto relativo de dichos síntomas en la calidad de vida (Quality Of Life In Epilepsy: QOLIE-31), así como variables relacionadas a las crisis y a factores sociales. La presencia de síntomas depresivos resultó el predictor más fuerte, y en forma directa, del empeoramiento de la calidad de vida (46). Más aún, en otros estudios con pacientes con epilepsia del lóbulo temporal fármaco resistente, los síntomas de depresión predijeron más fuertemente la pobre calidad de vida, más que la frecuencia o severidad de las crisis (5).

Algunos trabajos muestran (22) que pacientes con antecedentes de depresión, precediendo el inicio de la epilepsia (780 pacientes con epilepsia de reciente comienzo seguidos durante más de 20 años en el mismo centro especializado), tienen el doble de probabilidad de desarrollar una epilepsia resistente al tratamiento. Más aún, en pacientes con historia de ELT resistente al tratamiento con Drogas Antiepilépticas (DAE), con antecedentes de trastornos psiquiátricos (en su mayor parte depresión) a lo largo de la vida, tienen significativamente menor posibilidad de alcanzar un estado libre de crisis luego de una lobectomía temporal (28). La remoción del foco epileptogénico no logra en estos casos el control de crisis, por lo que se sugiere que el mecanismo subyacente a las crisis en dichos pacientes estaría interrelacionado con el de la depresión.

### *Clínica de la depresión*

A pesar de presentar criterios para Trastorno Depresivo Mayor (TDM), los pacientes con epilepsia, en estudios hechos desde el DSM-III (35), presentaban características atípicas, con más paranoia y síntomas psicóticos que, por lo general, eran periictales y se resolvían con ajuste de la medicación antiepiléptica. Además, tendían a tener un curso crónico más distímico entre los episodios, con mayor irritabilidad y emocionalidad. Blumer (15) ha enfatizado la presentación pleomórfica de los síntomas del ánimo en los pacientes con epilepsia, consistente con las observaciones de Kraepelin, Gastaut y

otros, y acuñó el término trastorno disfórico interictal, caracterizado más arriba a propósito de la clasificación.

Kanner (17, 25, 26, 27) ha clarificado aún más la semiología de la depresión en la epilepsia. Además de corroborar la presencia de sintomatología más atípica, el cuadro depresivo, más pleomórfico, ha sido caracterizado por él como trastorno distímico de la epilepsia, con un curso más ondulante y con mayor presencia de ansiedad, irritabilidad y escasa tolerancia a la frustración.

Cuando evaluamos un paciente con epilepsia y síntomas de depresión, hay que considerar dos cuestiones importantes. La primera, es evitar el falso concepto de la depresión a causa de "una buena razón" (haber recibido el diagnóstico de epilepsia) y que no merecería, por lo tanto, tratamiento. La segunda, resulta de la dificultad de diferenciar el impacto que las DAE pueden tener en producir efectos adversos como descenso de peso, letargia, dificultades en la concentración, etc. En ese sentido, la anhedonia es un buen marcador clínico para la presencia de depresión.

Los datos de Kanner (17, 25) muestran que los pacientes con epilepsia que presentan síntomas de depresión y ansiedad, así como síntomas depresivos subsindrómicos, continúan siendo subreconocidos y subtratados, a pesar del riesgo aumentado de suicidio que hemos comentado. La preocupación de muchos clínicos en cuanto al potencial proconvulsivante de los antidepresivos puede ser una de las causas. En la historia del uso de antidepresivos en pacientes epilépticos, debemos recordar que con los antidepresivos tricíclicos se reportó una mayor incidencia de crisis. Las mismas eran en el contexto fundamentalmente de sobredosis, o en pacientes con altas concentraciones plasmáticas, presumiblemente metabolizadores lentos. La clomipramina fue identificada con un mayor riesgo significativo de esta incidencia y junto a la amoxapina y a la maprotilina fueron contraindicadas en esta población. Sin embargo la seguridad del uso de antidepresivos (ISRS y otros más nuevos) en dosis terapéuticas ha sido demostrada en varias series de pacientes (27, 29). En cambio, se sugiere precaución en el uso del bupropión. Los ISRS se consideran fármacos seguros y al igual que los IRNS (venlafaxina, duloxetina), en los estudios regulatorios de aprobación para depresión (1), no está aumentada la incidencia de crisis respecto del placebo. En un estudio randomizado que ha comparado la eficacia de la sertralina hasta 200 mg versus Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en pacientes con epilepsia resistente y depresión mayor, la hipótesis de que la administración de un antidepresivo se asociaría a un aumento de crisis en comparación al grupo que recibía la TCC, fue refutada (18).

Existe una creciente evidencia que sugiere un mecanismo antiepiléptico mediado por mecanismos noradrenérgicos y serotoninérgicos (el déficit de noradrenalina y serotonina facilitaría una predisposición a las crisis, o sea ese déficit es proconvulsivante) (24, 42). Es en base a estos datos, que ha resultado razonable considerar la hipótesis acerca de si los antidepresivos ISRS e IRNS, poseen eficacia antiepiléptica, del mismo modo que los



agentes glutamatérgicos se exploran para el tratamiento de la depresión resistente (24).

## Epilepsia y otros trastornos del ánimo

### Marco histórico-conceptual

En este apartado revisaremos autores que han descrito cuadros psiquiátricos caracterizados por la presencia de síntomas del ánimo y en ocasiones psicóticos.

Esquirol, en 1840, describió la manía epiléptica antes, después, o en forma independiente de las clásicas crisis. La misma duraba algunos días.

Morel, en 1860, acuñó la expresión “*épilepsie larvée*” cuando la epilepsia se manifestaba solamente por síntomas de psicosis.

Falret estableció que la locura epiléptica podía preceder o suceder a una crisis, o podía ocurrir en forma independiente de las crisis, detectándose posteriormente ataques nocturnos acompañando el cuadro.

Kraepelin reconocía los fenómenos psiquiátricos en la epilepsia, similares tanto en las fases preictal, interictal y postictal, indicando así su parentesco. Asimismo, describió episodios disfóricos interictales (los más frecuentes), con irritabilidad, ánimo depresivo y por momentos eufórico, ansiedad, cefalea e insomnio. Ocurrían en forma repetitiva, intermitente y duraban horas a días. A veces estos episodios disfóricos se presentaban con síntomas psicóticos, tratándose en ese caso de eventos interictales con contenido alucinatorio o delirante, que se desarrollaban como expansión de los episodios disfóricos; ocurrían con plena conciencia y duraban algunos días, en algunos casos persistían y se parecían a la demencia precoz.

Para Bleuler, el ánimo disfórico e irritable tendía a ser ubicuo en los pacientes con epilepsia, pudiendo esos episodios anímicos comenzar y terminar bruscamente o tener inicio lento y durar horas o varios días. Se acompañaban de parestesias simples, cefaleas y dolores.

Más recientemente, Blumer (4) ha descrito el trastorno disfórico interictal compuesto por una tríada: 1) Síntomas depresivos lábiles: ánimo depresivo, anergia, dolor, insomnio; 2) Síntomas afectivos lábiles: miedo y ansiedad; 3) Síntomas específicos: irritabilidad paroxística y ánimos eufóricos alternantes. Este cuadro ocurre en forma intermitente y se requiere la presencia de por lo menos tres síntomas para realizar el diagnóstico.

La relación de las epilepsias y el Trastorno Bipolar (TBP) data desde la antigüedad, Hipócrates había descrito la bidireccionalidad entre melancolía y epilepsia.

El diagnóstico de enfermedad maniaco-depresiva era más infrecuente en pacientes con epilepsia previo al advenimiento del DSM-III. Evidencias más recientes plantean interrogantes acerca de la naturaleza de la asociación de ambos cuadros. Uno de ellos es si lo que se diagnostica en la mayoría de estos pacientes como TBP se trata realmente de una clásica enfermedad maniaco-depresiva, o se trata más bien de un trastorno disfórico interictal, diferente del TBP que, como expresáramos anteriormente, se carac-

teriza entre otros síntomas por presentar alternancias del ánimo, así como de cambios conductuales que ocurren temporalmente alrededor del ictus.

De todos modos, la interrelación es tal que, ambas condiciones comparten mecanismos bioquímicos y fisiopatológicos: alteraciones en los neurotransmisores, modificaciones en los canales voltaje dependientes/iones  $\text{Na}^+$ ,  $\text{Ca}^{2+}$  y el sistema de segundos mensajeros.

El modelo del *kindling*, que es un concepto propuesto en epilepsia, y es controvertido en humanos, ha sido tomado por autores como Post (40) para explicar un efecto de sensibilización con los episodios del TBP, afectando el curso de la enfermedad.

Las DAE son efectivas en ambas patologías (no todas en TBP) y se trata de condiciones episódicas con curso crónico.

En un estudio, ya devenido clásico, acerca de la presencia de síntomas bipolares en pacientes con epilepsia comparados con pacientes con enfermedades médicas crónicas y con controles sanos (12), el porcentaje de prevalencia era del 12.2% para pacientes con epilepsia, en comparación con 1.7% para controles sanos. En el caso de migraña la prevalencia fue 7.3%, en el de asma 5.9%, y 3.2% para diabetes. Un hallazgo interesante del estudio es que casi el 50% de los pacientes epilépticos había recibido alguna vez el diagnóstico de TBP y 25% de depresión, invirtiéndose esa proporción en el caso del resto de las enfermedades, incluida la migraña. Es para destacar que los diagnósticos psiquiátricos habían sido hechos según el sistema clasificatorio vigente que no conecta habitualmente presencia de epilepsia con síntomas psiquiátricos.

Un estudio europeo posterior vuelve a encontrar la prevalencia del 11.9%, porcentaje que llega a 14.7% usando el *Mood Disorder Questionnaire* (MDQ). Este estudio es el primer reporte de prevalencia de síntomas llamados bipolares, en pacientes con epilepsia, buscando específicamente diferencias de otras entidades clínicas, así como el amplio rango de manifestaciones conductuales que pueden acompañar a las crisis.

Al correlacionar con las crisis, el porcentaje de síntomas bipolares “puros” (sin relación con las crisis) se reduce al 2%, prevalencia en línea con la estimada poblacional; concluyendo los autores que la mayoría de los casos serían “copias fenotípicas” del TBP: trastorno disfórico interictal, estados maniacos/hipomaniacos postictales, disforia preictal (37).

La manía ha sido reportada luego de una lobectomía temporal, predominantemente derecha. En términos generales, es más frecuente observar episodios de excitación maniaca en ELT que en otras formas de epilepsia, y pueden ocurrir en forma periictal. De hecho, en muchas psicosis postictales, se puede constatar la presencia de síntomas maniacos o hipomaniacos (edad de inicio más tardío, crisis frontales, hemisferio derecho) (38).

En una reciente comunicación, a partir de los estudios descriptos previamente, en los que la prevalencia de síntomas bipolares en pacientes con epilepsia era marcadamente superior a la encontrada en población sana o con otras condiciones médicas crónicas, los auto-

res evalúan con el MDQ la presencia de síntomas bipolares en pacientes en un centro terciario de referencia de epilepsia, y concluyen que hay una superposición entre inestabilidad anímica (propia de la depresión de la epilepsia) que puede ser captada por el cuestionario como sintomatología bipolar, llevando al error diagnóstico de un trastorno bipolar formal (34).

Se trata pues, de situaciones de la clínica que plantean un desafío tanto para el epileptólogo como para el psiquiatra, en particular si no está entrenado en el reconocimiento de las manifestaciones en la esfera de la conducta de las epilepsias.

Las implicancias terapéuticas resultan obvias. Los fenómenos identificables ligados a las crisis, en principio, se corrigen optimizando el tratamiento con las DAE.

### Epilepsia y psicosis

Las psicosis de las epilepsias, que pueden ocurrir tanto en forma periictal como interictal, se caracterizan por la presencia de síntomas de los dominios afectivos, del pensamiento y cognitivo, tales como inestabilidad anímica, ansiedad, alucinaciones y delirios, y confusión.

La prevalencia varía del 2 al 7%, pero en la ELT el porcentaje asciende al 20%.

El principal diagnóstico diferencial es un Status Epiléptico No Convulsivo (focal complejo) (SENC).

A mediados del siglo XIX, algunos psiquiatras de Francia y Alemania, como Morel, Magnan, Griesinger y Kraepelin identificaron una asociación recurrente entre epilepsia y psicosis.

Según la filiación epistemológica de los psiquiatras,

estos cuadros psicóticos eran vistos tanto como fenómenos epilépticos o como parte de un espectro esquizofrénico.

Luego, hasta 1950, dominó el punto de vista neurológico, pero a partir de ahí se fueron redescubriendo los aspectos psiquiátricos de las epilepsias, resultando en un número creciente de estudios acerca de psicosis esquizofreniformes (*schizophrenia-like psychosis*) en pacientes con epilepsia.

Hill y Pond describieron “psicosis alucinatorias paranoides” en pacientes con ELT. Las diferenciaron de la esquizofrenia por la ausencia de tendencias esquizoides en la personalidad previa, el tono del afecto y la preservación de la interacción social (21). Slater reconoció las psicosis epilépticas sintomáticas, recomendando no realizar doble diagnóstico si la epilepsia precedía a la psicosis paranoide y enfatizando en la conservación del afecto como elemento clínico distintivo (43).

En un artículo más reciente se reafirma la idea de clasificarlas por cronología en relación a la/s crisis, concordante con la clasificación propuesta por la ILAE (ver más arriba) (8):

a. Psicosis periictales:

Status Epiléptico No Convulsivo (SENC)  
Confusiones periictales

b. Psicosis postictales: con intervalo lúcido luego de la/s crisis

c. Psicosis interictales:

Episódicas  
Crónicas

Reiteramos que estas psicosis específicas de las epilepsias, no están identificadas como tales en el DSM.



Tal como explicáramos anteriormente, a pesar de que la ILAE haya propuesto una clasificación de los trastornos neuropsiquiátricos de las epilepsias, todavía sigue faltando un consenso internacionalmente aceptado, acerca de como clasificar los síndromes psicóticos asociados a las epilepsias.

Por lo general se las clasifica, entonces, según su relación temporal con las crisis (psicosis ictal, postictal, interictal).

La psicosis ictal puede asociarse a un SENC, durar horas a días y asociarse con algún grado de deterioro de la conciencia.

La más común, la psicosis postictal, es la que sobreviene a un *cluster* de crisis (en forma más infrecuente luego de una sola crisis) o a un SENC, habitualmente después de 24 a 48 horas de un período de relativa calma (intervalo lúcido). El contenido del pensamiento es delirante, y puede presentar alucinaciones auditivas y visuales, con fuertes componentes afectivos y temática paranoide o mística. Son cuadros polimórficos, con presencia a veces de confusión y amnesia, o síntomas catatónicos. La duración del cuadro puede ser de algunos días a varias semanas, autolimitándose por lo general a las dos semanas (hay descripciones de hasta tres meses). La presencia de síntomas afectivos es preponderante y ocurren con frecuencia conductas bizarras y desorganizadas. Los episodios se resuelven espontáneamente, recurriendo con frecuencia, por lo general, con el mismo cuadro clínico.

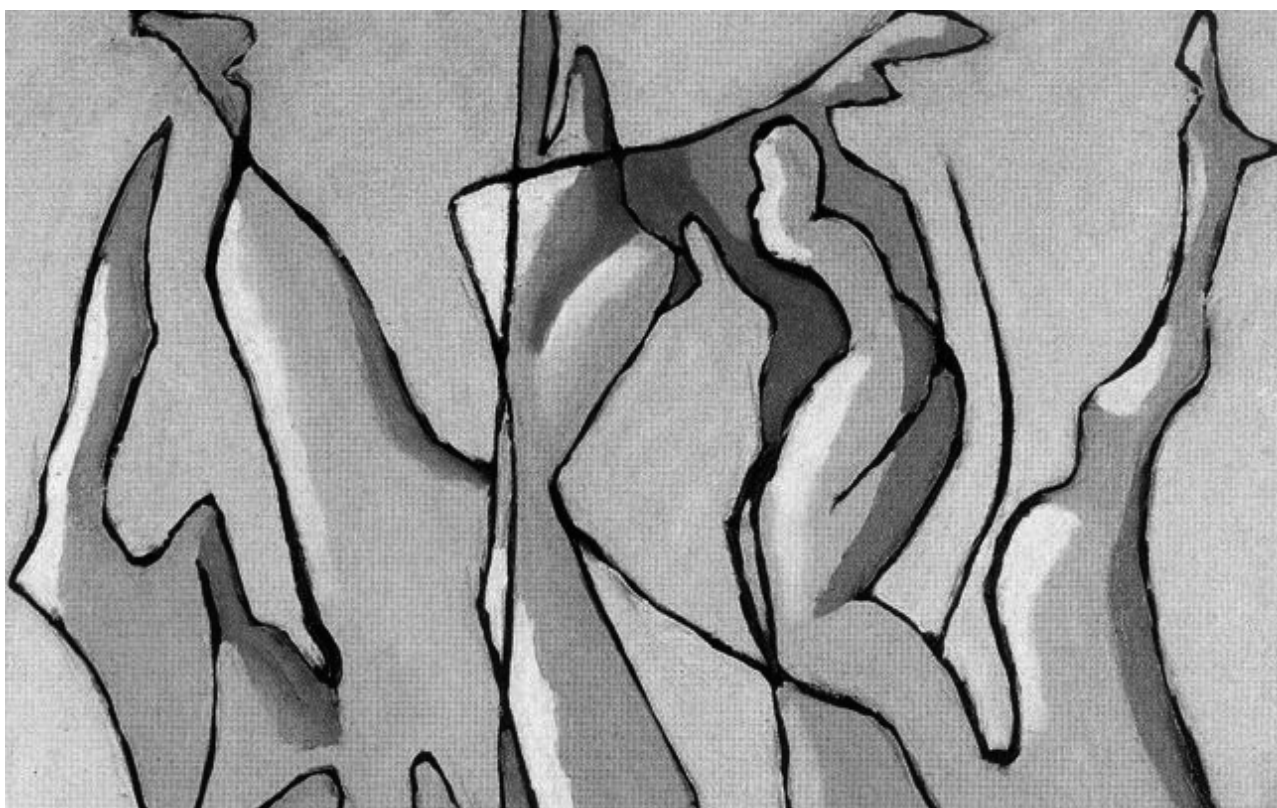
La psicosis interictal no tiene relación directa con la crisis, puede ser breve o crónica, y se caracteriza por ser un cuadro delirante con fuertes componentes afectivos,

por lo general sin aplanamiento, o un cuadro delirante más puro. Puede presentar alucinaciones auditivas de mando, y otro tipo de síntomas *schneiderianos* de primer orden. Hay preocupación por temas religiosos. Las formas crónicas pueden parecerse a la esquizofrenia.

En algunos pacientes, la supresión de las crisis puede provocar síntomas psicóticos y/o conductas desinhibidas. Esta condición fue inicialmente descrita por Landolt en 1953 (33), quien acuñó el término psicosis alternante, descrita luego como normalización forzada. La alternancia es entre períodos de presencia de crisis y conducta normal, y períodos sin crisis con trastornos conductuales acompañados, a menudo, de una paradójica normalización del EEG (normalización forzada).

En un reciente artículo de revisión histórica publicado en *Epilepsia*, se rescatan aquellas publicaciones que hayan sido señeras de la neuropsiquiatría y la neuropsicología de la epilepsia (19). Entre ellas, la contribución de Flor-Henry, que abordó el tema de la psicopatología en la ELT, focalizó su relación con la localización y lateralidad de patología cerebral focal (14).

Más recientemente, en un estudio clínico epidemiológico prospectivo a tres años, que explora el riesgo para el desarrollo de psicosis en pacientes con epilepsia y con otras enfermedades médicas crónicas (contrastando la hipótesis de la carga por enfermedad crónica en el origen de la psicosis, concepto de la OMS) frente al papel específico de la patología cerebral en el caso de las epilepsias para el desarrollo de psicosis, los autores demuestran que el riesgo está aumentado por 8.8 veces (5.4% en epilepsia y 0.17% en otras enfermedades) (47).





Dos artículos conceptuales actuales arrojan luz acerca de nuestro modo de comprender la psicopatología de las epilepsias, en particular los fenómenos psicóticos (10, 11). Según los autores, la mayor parte de la investigación en los fenómenos alucinatorios de las epilepsias proviene del campo de la psiquiatría, con su énfasis en la psicopatología descriptiva con el propósito de delinear síndromes psiquiátricos específicos y determinar hasta qué punto las manifestaciones psicopatológicas observadas en las epilepsias (anormalidades en la esfera del afecto, del pensamiento, de la percepción) son similares y difieren de los trastornos mentales mayores, como por ejemplo la esquizofrenia.

Por el contrario, la escuela neurológica en los últimos 50 años ha explorado las bases anatómicas y los mecanismos fisiológicos que subyacen a las alucinaciones en la epilepsia, demostrando que las mismas ocurren como consecuencia de la activación de un grupo localizado de neuronas. Este fenómeno se ha investigado con el registro cerebral profundo con estimulación estéreo electroencefalografía intracraneal o SEEG (registro EEG con electrodos de profundidad).

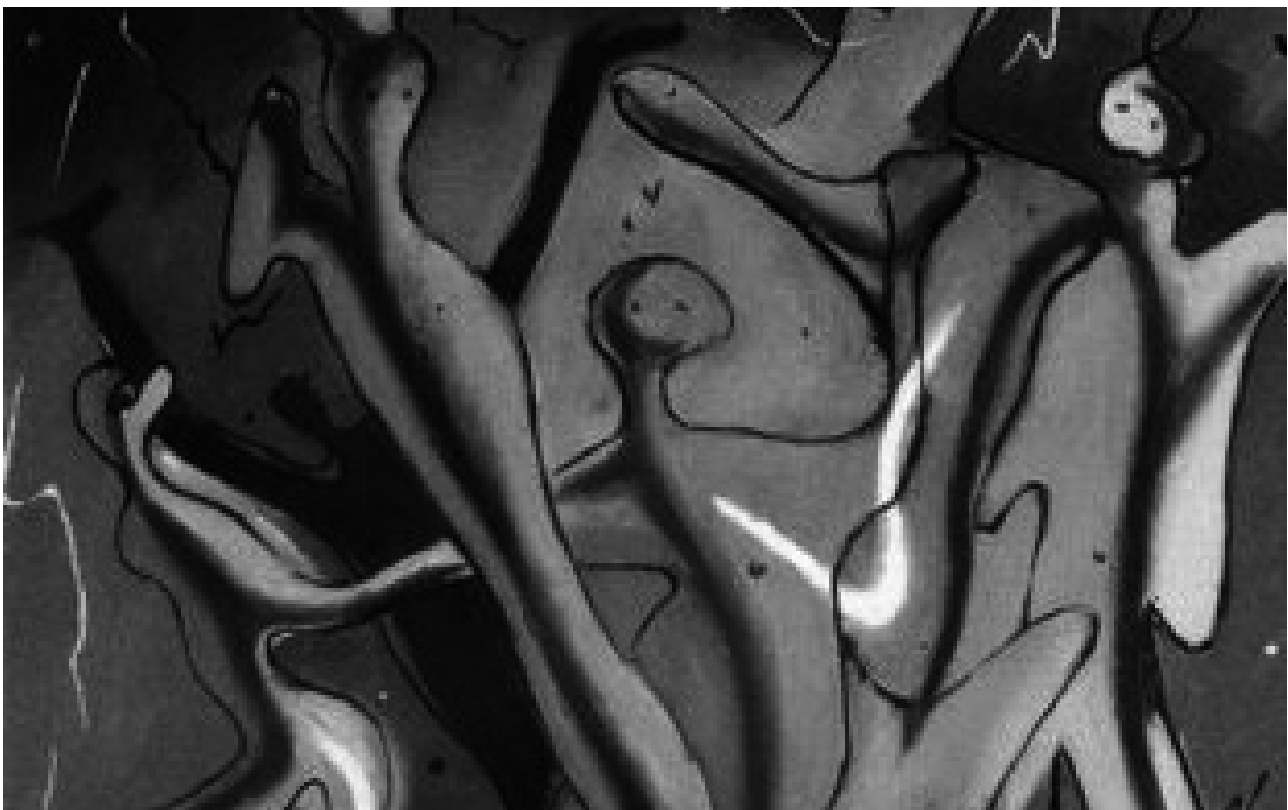
Durante ese período, la escuela psiquiátrica se hizo eco de la visión de Hughlings Jackson quien había afirmado que los estados mentales complejos no se podían deber a descargas epilépticas. En ese sentido, la alucinación "orgánica", que se describe clásicamente como una percepción sin estímulo de cuya naturaleza el paciente tiene cierto grado de crítica o *insight* (cuestión que entra dentro del concepto de alucinosis), y que se correlacio-

naría con una alteración localizada en el cerebro que evocaría una respuesta perceptual, se correspondería, según los autores, con los fenómenos alucinatorios elementales debidos a estimulación de áreas sensoriales primarias (auditiva, visual, y otras modalidades sensoriales y somáticas).

Sin embargo, existen importantes evidencias recogidas en la investigación anteriormente mencionada con SEEG a lo largo de décadas, que desafía el paradigma *jaksoniano* en ese punto, sugiriendo que algunos estados psicóticos complejos se deben directamente a los efectos de una actividad límbica no convulsiva o en forma indirecta a los efectos postdescarga.

La idea central de estos dos artículos es que las distinciones entre anormalidades del afecto, de la percepción y del pensamiento no se reflejan en diferencias anatómicas y electrofisiológicas que las justifiquen.

Por ejemplo, la estimulación de una misma área en la zona límbica puede producir síntomas pertenecientes a alguna o a todas las categorías, en tanto que la estimulación de zonas más extensas puede producir llamativamente una única respuesta mental similar. Por otra parte, esta falta de estricta especificidad anatómica se explica invocando la teoría de redes neuronales distribuidas en forma amplia. Todo lo anterior, según los autores, estaría en la base de cuadros psicóticos más complejos en las epilepsias, más difíciles de distinguir de las psicosis primarias, que ocurren en ocasión de status parciales complejos, de psicosis postictales, o en cuadros interictales.



Los autores citan un caso de Trimble de un SENC que produjo un estado que se parecía a un cuadro esquizofrénico en un hombre de 22 años con crisis focales con pérdida de conciencia o discognitivas (ILAE 2009) -antes llamadas parciales complejas- y crisis tónico-clónicas generalizadas desde los tres años de edad. Comienza súbitamente sintiendo que su cuerpo era atravesado por rayos que lo esterilizaban, así como escuchando voces en segunda y tercera persona que lo criticaban. Su conducta oscilaba entre tórpida y poca respuesta a períodos de marcada inquietud. Fue admitido en un hospital con diagnóstico de esquizofrenia. Se le realizó un EEG, que incluía electrodos esfenoidales, registrándose ondas agudas en el lado derecho que ocurrían durante el período florido de la psicosis paranoide. El estado mental revirtió rápidamente con diazepam intravenoso (10, 11).

### Casos Clínicos

Ilustraremos con casos clínicos lo que desarrollamos a lo largo de esta revisión.

#### Caso clínico 1

Sergio es un paciente del sexo masculino, de 34 años de edad, casado y con un hijo. Trabajaba como encargado de un kiosco que le había comprado la familia. Fue visto en interconsulta por presentar depresiones recurrentes con importante potencial suicida: tres

intentos el año anterior, uno de ellos muy serio (intento de ahorcamiento).

Su primera depresión fue a los 15 años de edad, tras la muerte de su padre, que declamaba no haber superado nunca. No tuvo nuevas depresiones hasta los 32 años. En dicha ocasión faltaba a menudo a su trabajo, lloraba, decía extrañar al padre. El desorden anímico no era de mucha intensidad y tenía muchas fluctuaciones. Sin embargo, seis meses antes de la consulta se hizo severo y decidieron consultar a un psiquiatra, quien lo medicó con escitalopram y clonazepam. Una Tomografía Axial Computada (TAC) de cerebro resultó normal. Al poco tiempo de tratamiento tuvo su primer intento de suicidio.

Las fluctuaciones se acentuaron y aparecieron períodos breves de discreta euforia y locuacidad, que se alternaban con ánimo normal y con depresiones disfóricas de corta duración. Eran de comienzo brusco, se instalaban en horas, se acompañaban de malhumor e ideas de suicidio. Ante un nuevo intento de suicidio, fue internado y cambiaron de psiquiatra.

El nuevo psiquiatra lo diagnosticó como TBP tipo II y lo medicó con olanzapina, litio y a veces antidepressivos. Las recurrencias no se podían evitar, la ideación suicida se acentuaba y se produjo otra interconsulta.

Para ese entonces, estaba medicado con olanzapina, litio, duloxetina y clonazepam. En el estado actual, tenía ánimo depresivo desde hacía un mes. Si bien expresaba un importante malestar, no presentaba todos los síntomas que configuran a una depresión





severa: no había retardo, pérdida de peso, insomnio o pérdida de energía. Había marcadas variaciones circadianas, inversas. Por las tardes le tomaba una "irritación terrible", se sentía cansado de todo, de sentirse mal, de sus dificultades, quería llorar, le aparecían las ideas suicidas y luchaba contra ellas hasta que se dormía. Las variaciones del ánimo podían ser "barométricas", por ejemplo, de estar trabajando sin mayor esfuerzo se volvía a su casa y se desplomaba en la cama, deprimido, en un lapso no mayor de 30 minutos.

Entre sus antecedentes destacaba una inteligencia fronteriza, que hacía que las demandas de su trabajo se le tornaran excesivas. Más aún, entre los 5 y los 11 años fue tratado por tener conductas de aislamiento en el jardín de infantes y luego dificultades de aprendizaje y dislexia. Le diagnosticaron "disfunción cerebral mínima" y lo trataron con carbamazepina. Tenía una tía con diagnóstico de TBP.

Interrogado sobre síntomas paroxísticos de epilepsia, no relató tener distorsiones sensoriales ni amnesias, sólo unos pocos e inespecíficos episodios de *déjà vu*. Sin embargo, reconoció tener interrupciones del flujo de conciencia que pudo describir como "quedarse colgado" por unos instantes en medio de una conversación, o como que se le "cortaba la corriente". En entrevistas posteriores se refirió a sensaciones inefables, que describía como "sucesión de cosas en la cabeza", "se viene el cortocircuito", o "es como un lavarropa que se prende en la cabeza". También tuvo episodios bruscos e inmotivados de angustia, sin referencia psíquica alguna.

Se solicitó interconsulta neurológica. El EEG mostró actividad paroxística fronto-temporal izquierda. Fue medicado con divalproato de sodio más amitriptilina debiéndose reemplazar por oxcarbazepina, debido a diarrea.

Los episodios depresivos se fueron espaciando, sin retorno de la ideación suicida.

Este caso muestra una presentación del trastorno disfórico interictal con clínica de tipo TBP tipo II, en el marco de un paciente con crisis focales de síntomas cognitivos.

#### Caso clínico 2

María es una joven de 21 años de edad, soltera, estudiante, que acudió en interconsulta por presentar una "depresión resistente".

Dos años antes empiezan sus tratamientos. Vivía sola en la ciudad donde estudiaba. Luego de unos meses con síntomas, en una visita sus padres la encuentran en un estado de importante abandono personal, desorden y adelgazamiento. Empezadas las consultas, realizó tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos y recibió diversos diagnósticos: trastorno bipolar, depresión vacía, trastorno por déficit de atención. El cuadro había comenzado con hipersomnia, pérdida de voluntad, mucho cansancio, anhedonia, tristeza. Habiendo sido una estudiante normal, se atrasó en el estudio y progresivamente fue abandonándose hasta en su higiene personal. Tenía cortas e importantes mejorías en los períodos estivales. Respondió a ISRS y a antidepresivos duales, pero nunca obtuvo una respuesta completa,

siempre quedaba un residuo de depresión entre leve y moderada. Decía que los antidepresivos le provocaban más sueño del que ya tenía, de por sí excesivo. Al momento de la interconsulta estaba en tratamiento sólo psicoterapéutico.

Sin antecedentes de trastornos del ánimo en la familia, de niña y adolescente había sido muy adaptada, de conducta excelente según los padres, quienes se separaron un año antes de la interconsulta. Tenía períodos de hiperactividad, pero no se acompañaban de otros síntomas de hipomanía, según la paciente y sus padres. Su madre es extremadamente exigente y controladora y en los tiempos previos a su enfermedad había habido problemas entre ellas. Se pensó en algún momento de la evolución que la persistencia de su sintomatología podía tener que ver con una manera de alejarse y protegerse de las exigencias maternas.

Cuando fue examinada se constataron síntomas residuales de depresión mayor: tristeza, desesperanza, autoestima baja, disminución de la capacidad de experimentar placer, cansancio, quejas cognitivas. Durante el interrogatorio comentó que durante su depresión tuvo un accidente automovilístico con traumatismos leves y sin pérdida de conocimiento. Al preguntársele cómo fue, relató que no sabía, ya que sólo "me di cuenta cuando estallaban los vidrios", haciendo sospechar un trastorno de conciencia previo al accidente y posiblemente causa del mismo. Como prácticamente no tenía lesiones, los médicos que la asistieron no la habían interrogado detalladamente en este aspecto.

Ante las preguntas orientadas a epilepsia, reconoció que la luz estroboscópica de los bailes la "desorientaba" y que tenía breves períodos en los que se quedaba "como en el aire", con el flujo de su pensamiento interrumpido. Tenía también sentimientos repentinos de "disgusto" sin ningún motivo presumible ni referencia psíquica, dejaba lo que estaba haciendo, se acostaba y se tranquilizaba.

Se le indicó EEG que mostró espigas centrotemporales bilaterales. Se trató con oxcarbazepina y amitriptilina 75 mg como antidepresivo, recuperándose progresivamente de su depresión. Dos años después continuaba bien, estudiaba y trabajaba, sólo se quejaba de un leve desgano.

Esta paciente presentó un cuadro de depresión fluctuante con importantes quejas cognitivas y apatía como fenomenología interictal.

#### Caso clínico 3

Oscar es un coreógrafo de 36 años, casado, con un hijo. La psiquiatra lo envió en interconsulta por su falta de respuesta a los antidepresivos y antipsicóticos, con el diagnóstico presuntivo de trastorno obsesivo compulsivo grave y posible bipolaridad atípica.

Dos años antes, luego de una serie de problemas y conflictos interpersonales en una obra que dirigía, decidió levantarla. La medida generó reproches del elenco y temió acciones de venganza. En ese marco sufrió un episodio diagnosticado como delirio agudo que cedió en

cuatro o cinco días, medicado con risperidona. Creía que estaba muerto y que su padre era un guerrero salvador al estilo de *Matrix*. Cinco meses después tuvo un episodio similar. Al poco tiempo le aparecieron ideas interpretadas como obsesivas; sentía que en las conversaciones no podía aprehender el significado de las palabras, que estaba enlentecido y que tenía "*pensamientos redundantes*". Su ánimo se tornó depresivo y empezó a presentar dificultades para conciliar el sueño y cefaleas.

Fue medicado en dos años sucesivamente con risperidona 2 mg, amitriptilina 25 mg, lamotrigina 100 a 150 mg, fluoxetina 20 mg, escitalopram 20 mg, clomipramina 100 mg, sertralina 100 mg, quetiapina 50 mg, trifluorperazina 5 mg. En el año previo a nuestra consulta se hicieron otras tres interconsultas, recibiendo tres diagnósticos diferentes: trastorno esquizoide de la personalidad, "*esquizotoc*" y trastorno bipolar.

Le efectuaron una Resonancia Magnética (RM), informada como normal, un mapeo cerebral, con "*leve actividad hipervoltada a predominio derecho*" y un Rorschach que lo describió como esquizoide.

Sin antecedentes familiares remarcables, tenía grandes condiciones para lo artístico, había recibido premios por su labor. En el colegio primario y secundario había tenido un rendimiento superlativo. Una sola vez en la adolescencia tuvo una agresión impulsiva hacia la madre, rompiéndole la ropa con un cuchillo. Más bien solitario, pero no desprovisto de amistades íntimas, se independizó a los 18 años de sus padres. Energético y muy activo, en general tuvo éxito en toda actividad que se propuso.

Al examen se mostró lúcido, con buena capacidad para expresar sus ideas y sentimientos. El ánimo era depresivo, desesperanzado, con gran tristeza y sensación de cansancio y pérdida de energía. Describió lo que él llamaba "*pensamientos redundantes*" de la siguiente manera: "*una parte de mi cabeza está pensando constantemente, distintos temas, recuerdos, imágenes de un fragmento cualquiera de mi vida*"; "*llegan a ser tan intensas que me abstraigo mucho por momentos*". Monitoreaba el fluir de su pensamiento y los movimientos de sus ojos. Los pensamientos lo perturbaban buena parte del tiempo y, como relató, interferían con su funcionamiento. Le era imposible controlarlos. En el interrogatorio dirigido resultaron las únicas ideas que podían conceptuarse como obsesivas de las presentes en la lista del Y-BOCS. Asimismo, tenía la sensación

de que su cerebro estaba lento, le costaba comprender lo que le decían, tardaba en "*generar el significado*", si le estaban dando un parlamento lo suficientemente largo, se perdía.

En su primer episodio "*psicótico*" creía que había muerto y estaba en el paraíso o en el purgatorio, en otros momentos iba a ser el padre del Mesías. Extrañado, lo combinaba con el argumento de "*Matrix*" y en otros momentos con "*2001 Odisea del Espacio*". Como se puede apreciar, parecía una experiencia oniroide. Los estados duraban uno o dos horas y desaparecían para luego de unas horas reaparecer. En los intervalos, pensaba "*estoy delirando*". Así estuvo dos o tres días y fue seguido por una sensación de cansancio extremo. Fue precedido brevemente por la intuición de que lo iban a matar. El segundo episodio habría durado unas cinco horas. Sintió que el tiempo se había enlentecido, o bien transcurría distinto para cada persona. Pensaba que la gente que no estaba en su campo visual se quedaba quieta, como congelada. Esta sensación se asociaba con un acrecentamiento de la dificultad para comprender la comunicación de los demás, previamente relatada. No tuvo exaltación afectiva, por el contrario se sentía en paz. Ambos episodios fueron precedidos de privación del sueño.

No fue capaz de identificar alteraciones sensoriales paroxísticas en ninguno de los sentidos ni otras alteraciones del campo de la conciencia.

En la interconsulta neurológica, durante el interrogatorio resultó claro que lo que el paciente llamaba "*me abstraigo por momentos*", eran breves pérdidas de contacto (relatadas por testigos familiares, que lo veían con frecuencia). Realizó un EEG con electrodos extratemporales que mostró frecuente actividad epileptiforme de espigas y ondas agudas en la región centrot temporal derecha; asimismo en el Tomografía Computarizada por Emisión de Fotón Único (SPECT) se observó hipoflujo temporal derecho.

Este paciente presentó síntomas psicóticos de características oniroides, de breve duración, que pueden conceptuarse como fenómenos ictales. Lo que él denominaba "*pensamientos redundantes*" podría representar un tipo de síntoma crítico del lóbulo temporal llamado aura dismnésica, con interferencias en la cognición, aunque no se ha podido documentar en este caso con registro EEG simultáneo ■

## Referencias bibliográficas

- Alper K, Schwartz K, Kolts R, Khan A. Seizure incidence in psychopharmacological clinical trials: an analysis of Food and Drug Administration (FDA) summary basis of approval reports. *Biol Psychiatry* 2007; 62: 345-354.
- Barraclough BM. The suicide rate of epilepsy. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76: 339-345.
- Berg AT. Epilepsy, cognition, and behavior: the clinical picture. *Epilepsia* 2011; 52: 7-12.
- Blumer D. Dysphoric disorder and paroxysmal affects: recognition and treatment of epilepsy-related psychiatric disorders. *Harv Rev Psychiatry* 2000; 8: 8-16.
- Boylan LS, Flint LA, Labovitz DL, Jackson SC, Stamer K, Devinsky O. Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy. *Neurology* 2004; 62: 258-261.
- Christensen J, Vestergaard M, Mortensen P, Sidenius P, Agerbo E. Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study. *Lancet Neurol* 2007; 6: 693-98.
- David A, Fleminger S, Kopelman M, Loveston S, Mellers J. Lishman's organic psychiatry: A textbook of neuropsychiatry. Oxford: Wiley-Blackwell; 2009.
- de Toffol B. Les psychoses postictales. *Rev Neurol (Paris)* 2009; 165: 769-773.
- Devinsky O. Psychiatric comorbidity in patients with epilepsy: implications for diagnosis and treatment. *Epilepsy Behav*. 2003; 4 Suppl 4: S2-10.
- Elliott B, Joyce E, Shorvon S. Delusions, illusions and hallucinations in epilepsy: 2. Complex phenomena and psychosis. *Epilepsy Res* 2009; 85: 172-18.
- Elliott B, Joyce E, Shorvon S. Delusions, illusions and hallucinations in epilepsy: 1. Elementary phenomena. *Epilepsy Res* 2009; 85: 162-171.
- Ettinger A, Reed M, Goldberg J, Hirschfeld R. Prevalence of bipolar symptoms in epilepsy vs other chronic health disorders. *Neurology* 2005; 65: 535-540.
- Feinstein AR. The pretherapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *J Chronic Dis* 1970; 2: 455-468.
- Flor-Henry P. Schizophrenic and affective psychosis associated with temporal lobe epilepsy. In: 1st Bulgarian Congress of Psychiatry, *Neurology and Neurosurgery*. 1967.
- Fuller-Thomson E, Brennenstuhl S. The association between depression and epilepsy in a nationally representative sample. *Epilepsia* 2009; 50 (5): 1051-1058.
- Gaitatzis A, Carroll K, Majeed A, Sander W. The epidemiology of the comorbidity of epilepsy in the general population. *Epilepsia* 2004; 45: 1613-1622.
- Gilliam FG, Barry JJ, Hermann BP, Meador KJ, Vahle V, Kanner AM. Rapid detection of major depression in epilepsy: a multicentre study. *Lancet Neurol* 2006; 5: 399-405.
- Gilliam FG, Black KJ, Carter J, Vahle V, Randall A, Sheline Y, et al. Depression and Health Outcomes in epilepsy: a randomized trial. In: 61st Annual Meeting of the American *Academy of Neurology*. USA; 2009.
- Hermann B. 100 years of Epilepsia: Landmark papers and their influence in neuropsychology and neuropsychiatry. *Epilepsia* 2010; 51(7):1107-1119,
- Hesdorffer DC., Ishihara L, Mynepalli L, Webb DJ, Weil J, Hauser WA. Epilepsy, suicidality, and psychiatric disorders: a bidirectional association. *Ann Neurol* 2012 Aug; 72 (2): 184-91.
- Hill D, Pond DA, Mitchell W, Falconer MA. Personality changes following temporal lobectomy for epilepsy. *J Ment Sci* 1957; 103 (430), 18-27.
- Hitiris N, Mohanraj R, Norrie J, Sills GJ, Brodie MJ. Predictors of pharmacoresistant epilepsy. *Epilepsy Res* 2007 Jul; 75 (2-3): 192-6.
- Jensen FE. Epilepsy as a spectrum disorder: implications from novel clinical and basic neuroscience. *Epilepsia* 2011; 52: 1-6.
- Jobe PC, Browning RA. The serotonergic and noradrenergic effects of antidepressant drugs are anticonvulsant, not proconvulsant. *Epilepsy Behav* 2005; 7: 602-19.
- Kanner AM. Depression and epilepsy: a bidirectional relation? *Epilepsia* 2011; 52: 21-27.
- Kanner AM, Barry JJ, Gilliam F, Hermann B, Meador KJ. Anxiety disorders, subsyndromic depressive episodes, and major depressive episodes: do they differ on their impact on the quality of life of patients with epilepsy? *Epilepsia* 2010; 51: 1152-1158.
- Kanner AM, Barry JJ, Gilliam F, Hermann B, Meador KJ. Depressive and anxiety disorders in epilepsy: do they differ in their potential to worsen common antiepileptic drug-related adverse events? *Epilepsia* 2012; 53: 1104-1108.
- Kanner AM, Byrne R, Chicharro A, Wu J, Frey M. A lifetime psychiatric history predicts a worse seizure outcome following temporal lobectomy. *Neurology* 2009; 72 (9): 793-799.
- Kanner A, Gidal B. The use of psychotropic drugs in epilepsy: a review of pharmacokinetic, pharmacodynamic, and safety issues. In: Ettinger A, Kanner A, editors. *Psychiatric issues in epilepsy*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- Kanner AM, Schachter SC, Barry JJ, Hersdorffer DC, Mula M, Trimble M, et al. Depression and epilepsy: epidemiologic and neurobiologic perspectives that may explain their high comorbid occurrence. *Epilepsy Behav* 2012; 24: 156-168.
- Karouni M, Arulthas S, Larsson PG, Rytter E, Johannessen SI, et al. Psychiatric comorbidity in patients with epilepsy: a population-based study. *Eur J Clin Pharmacol* 2010; 66: 1151-1160.
- Krishnamoorthy ES, Trimble MR, Blumer D. The classification of neuropsychiatric disorders in epilepsy: a proposal by the ILAE Commission on Psychobiology of Epilepsy. *Epilepsy Behav* 2007; 10: 349-353.
- Landolt H. Serial EEG investigations during psychotic episodes in epileptic patients and during schizophrenic attacks. In: Lorentz de Haas AM, editor. *Lectures on epilepsy*. Amsterdam: Elsevier; 1958. p. 91-133.
- Lau C, Ettinger AB, Hamberger S, Fanning K, Reed ML. Do mood instability symptoms in epilepsy represent formal bipolar disorder? *Epilepsia* 2012; 53: 37-40.
- Mendez MF, Cummings JL, Benson DF. Depression in epilepsy. Significance and phenomenology. *Arch Neurol* 1986; 43: 766-770.
- Mula M, Jauch R, Cavanna A, Gaus V, Kretz R., Collimeda-glia L, et al. Interictal dysphoric disorder and periictal dysphoric symptoms in patients with epilepsy. *Epilepsia* 2010; 51: 1139-1145.
- Mula M, Schmitz B, Jauch R, Cavanna A, Cantello R, Monaco F, et al. On the prevalence of bipolar disorder in epilepsy. *Epilepsy Behav* 2008; 13: 658-661.
- Nishida T, Kudo T, Inoue Y, Nakamura F, Yoshimura M, Matsuda K, et al. Postictal mania versus postictal psychosis: differences in clinical features, epileptogenic zone, and brain functional changes during postictal period. *Epilepsia* 2006; 47 (12): 2104-2114.
- Noebels J. A perfect storm: converging paths of epilepsy and Alzheimer's dementia intersect in the hippocampal formation. *Epilepsia* 2011; 52: 39-46.
- Post R, Weiss S. A speculative model of affective illness cyclicity based on patterns of drug tolerance observed in amygdala-kindled seizures. *Mol Neurobiol* 1996; 13 (1): 33-60.
- Rakhade S, Jensen FE. Epileptogenesis in the immature human brain: emerging mechanisms. *Nat Rev Neurol* 2009; 5 (7): 380-39.
- Richerson GB, Buchanan GF. The serotonin axis: shared mechanisms in seizures, depression, and SUDEP. *Epilepsia* 2011; 52: 28-38.
- Slater E, Baird AW, Glithero E. The schizophrenia-like psychoses of epilepsy. *Brit J Psychiat* 1963; 109, 95-150.
- Tellez-Zenteno J, Patten SB, Jetté N, Williams J, Wiebe S. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis. *Epilepsia* 2007; 48 (12): 2336-2344.

45. Thomson AE, Epstein AJ. Aspectos psiquiátricos de las epilepsias. *Vertex* 2002; 13 (49): 205-11.
46. Tracy JI, Dechant V, Sperling MR, Cho R, Glosser D. The association of mood with quality of life ratings in epilepsy. *Neurology* 2007; 68: 1101-1107.
47. van der Feltz-Cornelis CM, Aldenkamp AP, Adèr HJ, Boenink A, Linszen D, Van Dyck R. Psychosis in epilepsy patients and other chronic medically ill patients and the role of cerebral pathology in the onset of psychosis: a clinical epidemiological study. *Seizure* 2008; 17: 446-456.
48. Wiebe S, Hesdorffer DC. Epilepsy: being ill in more ways than one. *Epilepsy Curr* 2007; 7: 145-148.
- 



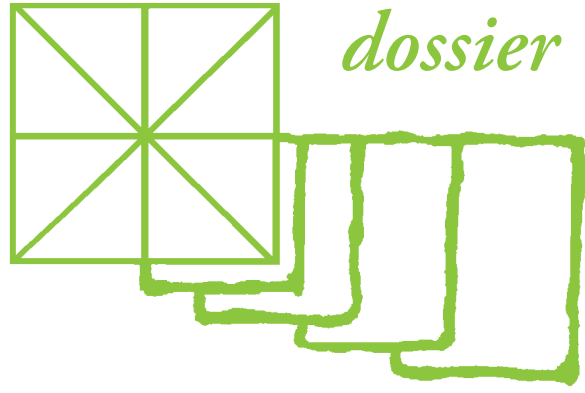
Desde 1989

CASA DE MEDIO CAMINO Y HOSTAL  
CON UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN  
Y RESOCIALIZACIÓN PSIQUIÁTRICAS

**Directores: Dr. Pablo M. Gabay - Dra. Mónica Fernández Bruno**

Paysandú 661 - (C1405ANE) Ciudad Autónoma de Buenos Aires -  
Tel. (011)4431-6396 Web: [www.centroaranguren.com.ar](http://www.centroaranguren.com.ar)  
Correo Electrónico: [info@centroaranguren.com.ar](mailto:info@centroaranguren.com.ar)







# SEXOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

## Coordinación

Patricio Alba  
Alexis Mussa

*La sexualidad humana es dinámica y cambiante, está presente en todas las etapas de la vida, se construye continuamente por la mutua interacción del individuo y las estructuras sociales, el entorno y la cultura.*

*Para la Organización Mundial de la Salud, el término "sexualidad" se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales.*

*Los inicios científicos en sexualidad tuvieron lugar a finales del siglo XIX y principios del XX, siendo sus pioneros Richard Freiherr von Krafft-Ebing, Magnus Hirschfeld, Henry Havelock Ellis, Albert Moll, Iwan Bloch y Sigmund Freud. El psicoanálisis marcó una diferencia entre su concepción de la sexualidad, entendida no sólo como las funciones y el placer que dependen del aparato genital, sino como toda una serie de actividades y excitaciones, presentes desde la infancia, que procuran un placer irreductible para la satisfacción de una necesidad fisiológica fundamental (respiración, hambre, funciones excretorias, etc.) y que se encuentran como componentes normales del amor sexual. Restringiendo la noción de sexualidad a la actividad genital, Bloch propuso en 1907 darle un nombre al estudio de las ciencias de la sexualidad: **Sexualwissenschaft**, que dio origen a lo que hoy llamamos sexología. Magnus Hirschfeld fundó en 1919 en Berlín el primer instituto de*

*sexología a nivel mundial **Institut für Sexualwissenschaft** (Instituto de sexología). Pero fue en la última mitad del siglo XX donde comenzaron los mayores aportes en relación al comportamiento y funcionamiento sexual, sus disfunciones y posibles tratamientos. Las contribuciones más importantes que formaron las bases de la sexología actual vinieron de la mano de Alfred Kinsey, y su informe sobre el comportamiento sexual de hombres y mujeres; William Masters y Virginia Johnson, quienes por primera vez en la historia estudiaron las reacciones sexuales humanas en un laboratorio y fundaron las bases de la terapia sexual; y Helen Kaplan, referente en los años sesenta en terapias psicosexuales, al integrar las intervenciones conductuales con abordajes psicodinámicos y relacionales ante la aparición de resistencias en el tratamiento.*

*Ha sido en las últimas dos décadas que comenzó a darse cada vez más importancia a la sexualidad en materia de salud y en los derechos a una sexualidad plena, libre y responsable. En 1997, en el 13° Congreso Mundial de Sexología realizado en Valencia, se formuló la **Declaración Universal de los Derechos Sexuales**, en la cual se declara que "la sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano y se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales y que para el desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social"; y para asegurar esto es necesario defender los derechos tales como el derecho a la libertad sexual, a la privacidad, a la equidad, al placer, a la información basada en el conocimiento científico, a la educación sexual. En el año 2000, la Organización*

Mundial de la Salud, junto con la Organización Panamericana de la Salud, y en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología, publicaron el documento **Promoción de la Salud Sexual**, en el cual se evalúan las estrategias de promoción de la salud sexual y el papel del sector salud en la consecución y mantenimiento de la salud sexual. En dicha publicación se da una definición de salud sexual: **“La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad”**. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social; no se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen. Incluye también una propuesta sobre las características de una persona sexualmente sana y sobre una sociedad sexualmente sana, la cual debe proteger la salud sexual mediante el compromiso político, con políticas claras y explícitas destinadas a la protección y promoción de la salud sexual y asegurar el acceso a educación sexual integral. Se reconoce la necesidad de implementar estrategias y acciones en relación a equidad e igualdad sexual, salud reproductiva, violencia sexual y enfermedades de transmisión sexual. Además se pone de manifiesto la importancia de reconocer la necesidad de abordar las preocupaciones sexuales, las disfunciones y los trastornos sexuales, para así, mejorar significativamente la salud y el bienestar de una población. En el 2009, la Asociación Mundial de Salud Sexual publica el documento **Salud Sexual para el Milenio**, en el cual plantea ocho metas que comprenden integralmente la promoción de salud, las dificultades que se presentan y las acciones necesarias para alcanzarlas. Estas metas son: 1) Reconocer, promover, garantizar y proteger los derechos sexuales para todos; 2) avanzar hacia la igualdad y la equidad de género; 3) condenar, combatir y reducir todas las formas de violencia relacionadas con la sexualidad; 4) proveer acceso universal a la información completa y educación integral de la sexualidad; 5) asegurar que los programas de salud reproductiva reconozcan el carácter central de la salud sexual; 6) detener y revertir la propagación de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual; 7) identificar, abordar y tratar las preocupaciones, las disfunciones y los trastornos sexuales; 8) lograr el reconocimiento del placer sexual como un componente de la salud y el bienestar total.

Ante esto, como profesionales de la salud, es nece-

sario comenzar a reconocer las necesidades, inquietudes y dificultades en relación a la sexualidad, a fin de garantizar el acceso a la información y a las intervenciones que se requieran en cada caso para dar solución a cada problemática particular. Es objetivo de este dossier ofrecer una serie de artículos, que nos inviten a pensar en relación a la sexualidad desde varias perspectivas.

El primer artículo a cargo de Adrián Sapetti, nos ofrece una actualización sobre la eyaculación precoz, desde un enfoque clínico. Siendo esta disfunción una de las consultas sexológicas más frecuentes, se revisan sus definiciones, manifestaciones clínicas y las diferentes alternativas terapéuticas tanto psicoterapéuticas como farmacológicas.

Como contrapartida, Marta Rajtman reseña a continuación los trastornos sexuales más frecuentemente observados en la práctica clínica. Pone especial énfasis en los trastornos del deseo sexual, de la excitación, del orgasmo y, también, los relacionados al dolor sexual y la aversión al sexo. Además de una reseña sobre los aspectos biológicos relacionados con la sexualidad femenina, enumera las distintas estrategias terapéuticas.

Patricio Alba y Mariana Kes nos muestran a la sexualidad en los trastornos de la conducta alimentaria. Considerando que varias investigaciones avalan que la imagen corporal y la percepción del propio cuerpo son un componente esencial en las experiencias de la sexualidad, especialmente en la sexualidad femenina; en este artículo se aborda la relación y la influencia de la imagen corporal en la sexualidad femenina, así como la sexualidad en mujeres con un trastorno de la conducta alimentaria.

A continuación, Andrés Flichman relaciona en su trabajo a la ansiedad y sus trastornos con la sexualidad, describiendo las complejas relaciones existentes entre los distintos tipos de ansiedad y su impacto en la sexualidad, y recordándonos que tanto la sexualidad como la ansiedad son universos vastos y controvertidos, siendo la relación entre ellas una dupla aún más difícil de abordar.

Carlos Seglin, desde su perspectiva de pediatra y sexólogo clínico, revisa las diferentes modificaciones biológicas, psicológicas y sociofamiliares que ocurren durante las diferentes etapas de la adolescencia, caracterizando cada momento evolutivo en sus distintos momentos evolutivos, al tiempo que recorre los aspectos más relevantes en las consultas de los adolescentes y sus padres.

Finalmente, Daniel Matusevich, a partir del análisis de algunos pasajes de la novela **“El animal moribundo”** del autor americano Philip Roth, examina aspectos de la relación entre genitalidad, sexualidad y narcisismo en la vejez ■

# La eyaculación precoz. Actualizaciones clínicas

**Adrián Sapetti**

*Médico psiquiatra.*

*Sexólogo clínico.*

*E-mail: adrian.sapetti@gmail.com*

La eyaculación precoz es una disfunción sexual, padecida por un 15 a 40% –según las distintas encuestas– de la población masculina (3), que consiste básicamente en una dificultad o imposibilidad para ejercer un razonable control sobre el reflejo eyaculatorio.

## **Algunas definiciones de eyaculación precoz**

DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales de la American Psychiatric Association, APA), 4ta edición: “( ... ) *la característica principal es la persistente o recurrente aparición del orgasmo y la eyaculación con un mínimo de estimulación antes, durante o*

*poco después a la penetración y antes que la persona lo desee. Esta disfunción causa marcado malestar (distress) o problemas interpersonales”* (1).

*American Urology Association (AUA), EE.UU, 2004: “( ... ) La eyaculación ocurre más rápido de lo deseado, sea antes o apenas penetra, causando malestar en uno o ambos miembros de la pareja”* (2).

*Academia Internacional de Sexología Médica (ASIM), Salvador da Bahía, Brasil, 2004: “Eyaculación rápida es la condición persistente o recurrente en la cual el varón no puede percibir y/o controlar las sensaciones propioceptivas que preceden al reflejo eyaculatorio, produciendo malestar en sí y en la relación con su pareja”* (4).

---

## **Resumen**

La eyaculación precoz (EP) o rápida es la consulta sexológica más frecuente en varones junto con la disfunción eréctil. En este artículo se hará una revisión de sus definiciones, sus manifestaciones clínicas que permitan un eficaz diagnóstico, su abordaje terapéutico con Terapia Sexual y, en ciertos casos, con fármacos como los Inhibidores de la 5-fosfodiesterasa (I-PDE5), antidepresivos tricíclicos, Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), o con dapoxetina.

**Palabras claves:** Eyaculación precoz - Disfunción sexual masculina - Terapia Sexual - EP - Dapoxetina.

PREMATURE EJACULATION

## **Abstract**

Premature ejaculation is the more frequent sexological consultation in men along with the Erectile Dysfunction. In this article a revision will become of its definitions, its clinical manifestations that allow to an effective diagnosis and its therapeutic boarding with Sexual Therapies and, in certain cases, with drugs like PDE-5 Inhibitors, tricyclic antidepressants, IRSS, or dapoxetine.

**Key words:** Premature Ejaculation - Male Sexual Dysfunction - Sexual Therapies - PE - Dapoxetine.

La Sociedad Internacional de Medicina Sexual (ISSM) redactó una definición para la eyaculación prematura para ser presentada durante la reunión anual de la Asociación Urológica Americana (AUA, 2008), la redactó un equipo de 21 expertos en el tema de Eyaculación Precoz después de repasar las investigaciones sobre el tema. Según el grupo: *“La eyaculación prematura (EP) es una disfunción sexual masculina caracterizada por la eyaculación la cual ocurre siempre o casi siempre o dentro del primer minuto después de la penetración vaginal; y, la inhabilidad de retrasar la eyaculación en todas o casi todas las penetraciones vaginales; y, consecuencias personales negativas, tales como señales de malestar, incomodidad, angustia, frustración, y/o la evitación de la intimidad sexual”* (1).

Puede aquejar tanto a los jóvenes como a los adultos, darse con una mujer y con otras no, ser algo situacional que aparezca en una determinada edad –ya que conflictos dentro o fuera de la pareja pueden alterar el control eyaculatorio– o existir desde el debut sexual (2, 4, 5, 6).

Veamos con algunas consultas cuáles son algunas de las dudas más frecuentes:

Jackeline, 32: *“¿es cierto que la eyaculación precoz esconde una hostilidad hacia las mujeres?”*.

Andrés, 30: *“( ... ) eyaculo muy rápido, apenas penetro. Además, cuando beso a una mujer a veces eyaculo sin darme cuenta. ¿La masturbación pudo haberme afectado?”*.

Ernesto, 34: *“( ... ) estoy casado desde hace tres años y mi pareja está por disolverse, creo que mi mujer no alcanza al orgasmo y soy eyaculador precoz. ¿Tengo solución?”*.

Carlos, 31: *“( ... ) en la primera relación yo creo que tengo un buen juego amoroso, pero al penetrar me voy a los pocos segundos; quiero intentar una segunda relación, pero no consigo la rigidez”*.

Gabriel, 30: *“( ... ) mi esposa me dice que ella no llega al orgasmo porque yo no le doy tiempo, pero estoy seguro que ella nunca lo tuvo antes ni sabe lo que es”*.

Se trató de definir al eyaculador precoz por: a) El número de bombeos que realiza luego de penetrar; b) por el tiempo que tarda en eyacular desde que penetra en la vagina (*Intravaginal Ejaculatory Latency Time: IELT*), hay quienes dicen que un tiempo normal serían unos 7 minutos; c) tomando el parámetro de que llega al orgasmo antes que su mujer en un porcentaje determinado de relaciones; d) si lo hace antes de penetrar (*ante portas*).

Según mi criterio el rasgo sobresaliente es que no se logra un control voluntario sobre la eyaculación, no importa lo que se tarde en llegar a ella o si se ha consumado o no la penetración: cuando se excita llega rápidamente al orgasmo sin poder demorarlo ni interrumpirlo. Hay varones que terminan en los juegos previos, apenas intentan penetrar, al besar a su pareja o con sólo sentir que le tocan el pene, inclusive antes de desvestirse. La pregunta sería si es posible ejercer un control racional sobre la sensación orgásmica una vez que se haya desencadenado y la respuesta es que, en la llamada fase de inevitabilidad eyaculatoria, esto no será posible. La mayoría de la gente piensa que este control puede ejercerse mentalmente, por una orden del cerebro (*“con la cabeza”*), al estilo de decirse *“no tengo que eyacular, por favor”*, pero ello no es viable. Podría hacerse una ana-

logía con los reflejos: si yo me clavo una aguja en cualquier parte del cuerpo no podré impedir el dolor; la única manera de evitarlo sería alejar mi cuerpo de la aguja. El eyaculador precoz no puede –o no sabe– detenerse a tiempo por propia decisión, ni reducir el ritmo de bombeos o buscar variantes en el juego sexual que desaceleren su excitación.

Para ser gráfico, podría decir que el control que no tiene sobre sí le impide enviar la orden de detenerse antes de comenzar a experimentar la vivencia orgásmica. Una vez que se ha ingresado a ella, ya no se puede volver atrás (8).

## Remedios caseros

Hay un criterio machista que nos enseñó que el *“varón bien plantado”* es aquel que, en cualquier circunstancia, penetra rápidamente a su compañera y también muy rápido termina su faena. Basados en el mito de la excitación desmesurada, estas personas, lamentablemente avaladas por algunos médicos, recurren a diversos *“remedios caseros”*, tales como: colocarse pomadas anestésicas o con corticoides; ponerse dos profilácticos; pensar en situaciones displacenteras; técnicas de distracción, como realizar cálculos matemáticos o decir el abecedario al revés; mirar televisión o escuchar la radio; tomar vino blanco; clavarse las uñas en las manos; evitar los juegos previos; pedirle a su pareja que no le toque los genitales; masturbarse antes del acto; fingir que no llegó al orgasmo para luego simular, más tarde, que sí terminó.

*“Me dijeron que tomara un medicamento llamado Retardín y que comiera muchos mariscos”*.

*Carta de un lector de la página [www.sexovida.com](http://www.sexovida.com)*

Un paciente mío refería dramáticamente que, *“para no irse rápido, pensaba en que lo corrían unos perros por un cementerio”*; otro recordaba al padre fallecido en el ataúd; otro pensaba en la madre enferma o *“en las facturas de mi negocio que tenía que confeccionar al día siguiente”*. La idea errónea es: más *antierótica* es la imagen, menos me excito y más alargo el tiempo coital. La realidad nos dice que es al revés, todos estos recursos lo único que consiguen es hacerlo terminar más rápido, ya que a mayor desconexión de la corteza cerebral los reflejos se dan, por vía subcortical, de una manera acelerada. Pensar en *“otra cosa”* lo único que logra es disminuir el control cortical sobre el reflejo y, en consecuencia, se da más rápido. Como ya apuntara, una vez que se descargó el orgasmo, nada ni nadie lo puede detener, porque los músculos comprometidos en la eyaculación comienzan a moverse de un modo espasmódico sin que se pueda ejercer ningún tipo de freno sobre ellos (8).

No es que el eyaculador precoz se excite mucho, sino que se acelera demasiado.

Daniel, 28: *“( ... ) había ido con una mujer de la calle, sentí tanto miedo y vergüenza que apenas quise bajarme los pantalones y sin que se me hubiera parado ya me había escurrido; encima esa mujer me dijo: ‘eso te pasa por masturbarte demasiado’”*.



Otro pésimo recurso es masturbarse antes del acto sexual, que apunta a controlar mejor el segundo orgasmo y lo consigue a expensas de aumentar el período refractario (o tiempo de espera) entre una eyaculación y la siguiente. Basados en el simple hecho de que más coitos se tienen en un encuentro, más se tarda en terminar en los posteriores al primero. Aun así, el problema básico del eyaculador precoz subsiste, él no puede controlar voluntariamente cuándo el orgasmo llega, aunque dure un poco más.

Ricardo, 38: "(...) *seguí con esa aceleración y comencé a tener eyaculación precoz. No le daba importancia porque luego lo hacíamos un par de veces más y sumado a que lo realizábamos varias veces por semana, aún la primera relación de cada sesión era poco duradera. Era muy breve, generalmente eyaculo precozmente ni bien la penetro (creo que no resisto 10 bombeos). Y aquí estoy, dándome cuenta que fui muy reprimido sexualmente, un poco asustado con eso de que a los 40 no se me va a parar como antes y entonces con ganas de aprovechar el tiempo que me queda y poder controlar mejor mi eyaculación*".

Por otra parte, hay que tener en cuenta que este método de masturbarse antes del acto puede resultar un paliativo para alguien de 20 o 30 años, pero pasados los 40 ya no será tan fácil obtener una erección si ha existido una masturbación previa al acto sexual. Es un varón que ya no logra el segundo o el tercero, con el cual antes conseguía paliar el fracaso del primero que "se le desaparecía", lo cual redundará en un agravamiento del conflicto y en la sensación de fracaso.

## Las causas del descontrol

La suma de fracasos puede llevar a un individuo a eludir el acto sexual y una manifestación puede ser la disfunción eréctil o un deseo sexual hipoactivo como formas de evitar la escena temida.

También a veces preguntan si hay causas orgánicas en su génesis, prácticamente son inexistentes. Podría observarse en algunos casos donde hubiese una alteración neurológica o prostática, pero esto ocurre en un mínimo porcentaje. En la mayoría es una mezcla de ansiedad mal canalizada, un deficiente aprendizaje o situaciones de conflicto con su pareja. Actualmente se están planteando propiedades alteradas de las vías oclotónicas y de ciertos receptores de la serotonina (8, 9, 10) –es en ellos donde actuaría el nuevo medicamento llamado dapoxetine–, lo que estaría hablando de factores neurobiológicos.

El Informe Kinsey destacaba que muchos varones asociaban virilidad y hombría con la cantidad de orgasmos y la rapidez con la cual arribaban a la eyaculación. Es el supuesto modelo del "gallo indomable", del "padrillo" aunque, como decía un paciente luego de resolver su problema en la terapia: "en realidad era el canario Tweety".

Cuando hablamos de mal aprendizaje nos referimos a que ese individuo no aprendió cómo demorar la eyaculación. En este sentido pueden hacerse muchas analogías con la masturbación. Por ejemplo, vemos aquel que en su adolescencia se masturbaba mirando una revista

pornográfica y lo hacía estimulándose sin solución de continuidad hasta eyacular. También vemos el otro que lo hacía con pequeñas paradas: ojeaba la revista, pero deteniendo la estimulación al pasar la página o bien cuando sentía la llegada del orgasmo. Muchos eyaculadores precoces responden al primer modelo, no saben adentrarse en las sensaciones previas al orgasmo y allí detener la intensidad del bombeo. El segundo modelo responde al individuo que fue incorporando e inscribiendo en su psiquis conductas de control, aunque fuera de modo inconsciente, las que luego lleva a la práctica en su vida sexual.

Relacionar la masturbación juvenil con la impotencia o la eyaculación precoz es totalmente errado, como tampoco es la causa ni el origen de homo o bisexualidad.

Es interesante detenernos en las reacciones que pueden tener las parejas de quienes no controlan el orgasmo y, como en muchos aspectos relacionados con la sexualidad del eyaculador precoz, dependerá de cada una de ellas. Hay un tipo de mujer que comprende el problema del compañero, no complicará la situación haciéndolo sentir obligado a cumplir y, en el mejor de los casos, se ofrecerá a acompañarlo a consultar con un especialista. Pero también existen las mujeres que ponen a sus parejas entre la espada y la pared diciéndoles que no pueden terminar si no es a través de la penetración, y que todo lo que él haga será en vano, lo cual es demoledor para un varón con las limitaciones de un eyaculador precoz o aquellos con dificultades eréctiles.

Observamos mujeres que fueron señaladas por los mismos varones como "las culpables de todo por ser lentas" y creyeron ciegamente estos dictámenes machistas y patriarcales cuando, en realidad, ellos eran muy "rápidos". Pero hoy ocurre que estas mujeres han aprendido, escuchado, leído libros, visitado páginas de Internet, hecho cursos, fueron a la universidad o tuvieron otras experiencias sexuales y se rebelan contra estas falsas acusaciones. No me canso de decir que las disfunciones sexuales en una pareja siempre hay que abordarlas como algo de a dos y nunca como: aquí está el culpable y enfrente la pobre víctima inocente.

Hay otros cuadros donde la combinación de la eyaculación *ante portas* con vaginismo (disfunción femenina que se caracteriza por un cierre involuntario de la vagina, cuando se intenta penetrar) configura una perfecta asociación para un matrimonio (o pareja) no consumado.

Algunos se colocan cremas anestésicas o penetran a sus parejas cubriéndose el pene con dos profilácticos con intención de reducir la sensibilidad, pero adormecer o pretender aislar la zona con látex no resuelve el problema. Las cremas o pomadas se desaconsejan, porque al anestesiar, inclusive la vagina de la mujer, atentan contra el placer y la percepción del momento previo al orgasmo. Que un varón pruebe estos recursos parte del hecho de relacionar al problema con la hipersensibilidad: el eyaculador precoz no siente más que otros, por el contrario le cuesta percibir sus sensaciones preorgásmicas.

Enrique es un profesional de 32 años, casado desde hace 8 y nos cuenta que su esposa no llega al orgasmo porque él tiene eyaculación precoz aunque piensa que



tal vez no siempre sea responsabilidad suya que ella no llegue al orgasmo porque *“nunca lo tuvo antes ni sabe lo que es, me pregunta a mí como es y yo no sé explicarlo”*. Y continúa diciendo: *“es verdad que yo termino rápidamente pero las pocas veces que pude demorar la eyacuación, mi esposa tampoco llega. Créanme que sé bastante bien la forma de estimular a una mujer y a pesar de ello no puedo hacerla terminar. Yo cada vez controlo menos la eyacuación y después de tener relaciones sexuales, me siento mal, como si fuese a dar un examen”*. En Enrique se mezclaba su propio problema con el hecho de hacerse cargo de ser el único responsable del orgasmo de su mujer. Es muy probable que, aunque un hombre crea conocer todas las técnicas de cómo estimular a una mujer, ésta no logre su orgasmo. Así, Enrique piensa que la anorgasmia de su esposa es consecuencia directa de su eyacuación precoz. Si bien un coito breve puede determinar que la mujer no alcance orgasmo por penetración, esto no debería inhibir la obtención del orgasmo por otras formas de estimulación, si ésta es prolongada en el tiempo, adecuada en su forma y aceptada por ambos miembros de la pareja.

Prefiero decir que son individuos particularmente ansiosos o impacientes, y muchas veces están más conectados con el deber que con el placer. Son personas muy *“ocupadas”*, poco dadas al ocio, comen apurados, son impacientes. Cosa que también lo trasladan a la cama. Recuerdo al autor argentino desaparecido, Haroldo Conti, quien hacía decir a un personaje: *“un padre tendría que enseñarle a un hijo a vagabundear, a perder el tiempo”*; cosa que el eyaculador precoz no suele aceptar.

Es cierto que hay varones que controlan bien con distintas mujeres y con una en particular no logran hacerlo lo que plantea una situación diferente pues se da en ese vínculo determinado y no en otros.

Alberto, 48: *“( ... ) siempre controlé bien con todas mis parejas, incluso con la que tengo ahora, pero con una chica joven con la que mantengo relaciones apenas introduzco me dan ganas de terminar. A veces lo relaciono con que ella no tiene hijos. También porque le llevo 25 años y me excita mucho ver ese cuerpo juvenil. Además me pasa que antes del orgasmo siento que quiero que se quede en mi casa, que no se separe de mí, hasta tengo fantasías de vivir con ella; luego del orgasmo no veo la hora de que llegue el taxi y quedarme solo”*.

### **Tratamiento de la eyacuación precoz. Un problema que se resuelve**

Uno de los recursos terapéuticos son las (Psico)Terapias Sexuales que entran en el campo de las Psicoterapias Focalizadas, de objetivos limitados. Planteamos esto porque nos sirve para enmarcarlas y definir las no como algo atípico y fuera de todo marco teórico (sólo basadas en el uso de unas cuantas técnicas probadas como eficaces) sino en un marco ideológico que, pudiendo ser variable de acuerdo a la formación del terapeuta, las sustenta y permite su instrumentación de manera sistemática y planificada. Hablamos de la formación del terapeuta ya que, éste podrá tenerla predominantemente psicoanalítica o gestáltica, tanto como conductista o sistémica, aunque luego sus intervenciones técnicas se alejen de la ortodoxia (4).

Podríamos definir las entonces como psicoterapias breves, entendidas así porque abarcan un lapso de unas 10 a 15 sesiones en la mayoría de los casos, con baja frecuencia (semanal o quincenal), focalizadas (ya que recortan el síntoma tratando de definir el problema con la mayor claridad posible), de objetivos limitados puesto que procuran la remisión sintomática, con un abordaje de la pareja desde un punto de vista sistémico, con la implementación de múltiples recursos técnicos (4, 5): suministro de información; señalamientos y redefiniciones; intervenciones paradójicas y prescripciones del síntoma; sugerencias específicas (“tareas”); juegos psicodramáticos o gestálticos; sueño dirigido; técnicas corporales y de relajación; interpretaciones desde una perspectiva psicoanalítica; uso de medicaciones específicas cuando esto se requiera.

Quizás no quisiéramos abundar en su tipificación pero si hacer una aclaración: nuestro país viene de una tradición terapéutica fuertemente influida por el pensamiento psicoanalítico en casi todas sus corrientes que, junto a sus aportes positivos, trajo una gran polémica en contra de las psicoterapias breves, a la que se veía como un subproducto, como una versión bastarda de las psicoterapias “profundas” y no como un instrumento terapéutico con dinámica propia, con una articulación técnica que le otorgaba una singularidad insoslayable y que, además, resultaban efectivas.

Esta polémica zanjada en casi todo el mundo aún hoy la escuchamos con respecto a las Terapias Sexuales, especialmente desde la ortodoxia, ya sea freudiana o laciana. Pero lo que no resuelven algunos psicoanalistas lo resuelven los mismos pacientes: ellos no suelen esperar tanto y se autoderivan o abandonan los tratamientos que no tienen en cuenta su problemática sexual. En el lado opuesto hoy vemos que muchos analistas nos envían sus pacientes, habiendo perdido, entre otras cosas, el miedo a que estos abandonen su terapia por derivarlo al Sexólogo (de la otra manera algunos analistas veían que cansados de esperar lo irrealizable, los pacientes desertaban sin mayores explicaciones) (6, 7, 8).

De todas maneras la Terapia Sexual es compatible, complementaria y sinérgica con el sildenafil (Viagra) en el caso de la disfunción eréctil y con tratamientos psicofarmacológicos –como es en el caso de las fobias sexuales, vaginismo, matrimonio no consumado, o cuadros psiquiátricos mayores como la depresión, esquizofrenia, enfermedad bipolar, trastorno obsesivo compulsivo–. Como bien es sabido, muchos de estos fármacos suelen producir disfunciones sexuales lo que suele abordarse en el marco de estas técnicas, que no deberían ser opuestas al psicoanálisis. En nuestra experiencia el uso conjunto del sildenafil, dapoxetina y las Terapias Sexuales contribuye a la efectividad y brevedad de los tratamientos en la disfunción eréctil y de la eyacuación precoz.

En otros casos, de ser necesario, terminada la Terapia Sexual se deriva a tratamientos de psicoterapia individual o vincular, para quienes sea necesario profundizar en otros aspectos de la vida personal.

Las Terapias Sexuales tienen como principal objetivo el alivio sintomático y el mejoramiento de la fun-

ción sexual del paciente, por lo tanto repetimos que sus objetivos se encuentran recortados, focalizando en los obstáculos que impiden una sexualidad satisfactoria. Su innovación técnica reside también en el suministro de información y la utilización de sugerencias específicas (tareas sexuales y comunicacionales) a realizar fuera de las sesiones. No vamos a caer en el simplismo de afirmar que con dar una tarea el paciente la realizará sin sortear ningún obstáculo: muchas veces lo que se busca es introducir un cambio en el sistema señalando las pautas de interacción de la pareja, y ya sea que las hagan o no, nos revelan aspectos estructurales o relacionales que lo meramente verbal no haría aparecer. Está en claro que en el curso de estas terapias se acostumbra atender otros conflictos psicológicos o familiares, así como los vínculos primarios o la relación transferencial, pero siempre apuntando al objetivo principal: la remisión de los síntomas sexuales. El uso conjunto de técnicas corporales y experienciales sistemáticamente estructuradas, que acompañan a las sesiones terapéuticas centradas en la problemática sexual, sumado a una comprensión psicodinámica y sistémica sobre la aparición o persistencia del problema es lo que constituye la especificidad y efectividad de las llamadas (Psico)Terapias Sexuales (5, 6, 7, 8, 9).

En el taoísmo se le da mucha importancia a la posibilidad de contener la eyaculación (“una eyaculación por cada 100 coitos”) como una manera de retener la energía, basados en la idea del Yin y el Yang, valorizando el goce de la mujer. Algo similar ocurre en el Tantra.

En ciertos casos es necesario explicarles que si no pueden controlar su ansiedad e impaciencia en el consultorio (“cúreme rápido, méqueme con algo, doctor, si no ¿qué hago mañana que tengo que salir?”) tampoco podrán hacerlo en el lecho. En otros casos, especialmente en ciertas personalidades fóbicas con intensa sensación de angustia o temor, es necesario recetarles medicación antifóbica o ansiolítica, generalmente mientras dure el tratamiento. Hay médicos que utilizan sin discriminación diversos antidepressivos y sedantes, sin saber que, con ciertas dosis y en ciertos pacientes, pueden inhibir el deseo, agravar o generar cuadros de impotencia, problemas prostáticos y urinarios, glaucoma, insomnio y sedación intensa, náuseas y diarreas, mareos o ansiedad.

No digo que no se puedan usar y, de hecho, los prescribimos en ciertos casos, pero es recomendable que los indique alguien que conozca lo suficiente de estos psicofármacos (ISRS: sertralina, paroxetina, fluoxetina; tricíclicos: clomipramina; o duales: venlafaxina) para no acarrear más problemas al paciente. Pueden utilizarse a demanda o toma diaria. También se emplea el tramadol 50 mg (es un analgésico) pero con propiedades –como efecto secundario– de retardar el orgasmo. El inconveniente de dar estos medicamentos sin un continente psicoterapéutico es que, cuando se suspenden, puede rebrotar el síntoma.

Algo que es fundamental en los tratamientos es el suministro de información verbal o escrita; por ejemplo, aconsejarle leer libros sobre el temas de sexualidad del varón (“biblioterapia”), incluso sobre sexualidad femenina, y esto suele ser tranquilizador.

Algo que particularmente se debería desaconsejar al eyaculador precoz es la utilización del *coitus interruptus*, de por sí un pésimo método de control anticonceptivo, ya que se basa en percibir las sensaciones previas al orgasmo y retirar el pene para eyacular fuera de la vagina. Como los individuos que lo padecen no tienen un control claro y voluntario de estas señales, la aplicación del mismo tiene resultados desastrosos: hay peligro de embarazo no deseado y además le aumenta la ansiedad por tener que estar pendiente de la situación en lugar de gozarla.

La eyaculación precoz librada a su curso natural suele terminar en una impotencia secundaria o en una evitación de los encuentros, aunque muchos piensan, como una manera de negar el problema: “con el tiempo se me va a pasar”.

Cuando continúa a lo largo de los años lo único que ocurre es que no logra la solución y se agravan los conflictos con las parejas. La mujer, por su parte, puede elegir entre palmear el hombro de su compañero deprimido y decirle “no te hagas problemas, no es nada, ya se va a solucionar”, mientras él piensa para sí “¿cómo que no es nada: esto es un desastre!”. En estos casos apuntan a una cura mágica que nunca llegará. Por eso, aunque a primera vista pareciera poco comprensiva, la mejor actitud que puede adoptar una compañera es ponerse firme y convencer a su pareja de consultar a un profesional, dado que la EP es una disfunción factible de tratar. Por supuesto que dependerá de cada caso pero, en general, se resuelven con 10 a 15 sesiones terapéuticas.

## Farmacoterapia de la EP

El fármaco ideal para la EP debería: a) ser bien tolerado con pocos efectos adversos; b) ser específicamente indicado y diseñado para EP; c) mejorar el control eyaculatorio; d) aumentar duración del Tiempo de permanencia en la vagina sin eyacular (IELT); e) tener rápida acción y corta vida media; f) ser de uso oral a demanda y efectivo desde 1ra toma; g) dar satisfacción del paciente y su pareja; y, h) presentar escasas interacciones farmacológicas (especialmente con los I-PDE5) (4, 8).

Desde los recursos naturales de la medicina complementaria o alternativa se ha usado el fitoterapéutico *Hipericum perforatum* ya sea en extracto seco o en *Tintura madre* (TM).

## Uso de antidepressivos

Tanto los antidepressivos Inhibidores de la Monoamino-oxidasa (IMAO) como los tricíclicos se utilizaron como tratamiento para la EP. Especialmente el tricíclico clomipramina en dosis de 25-50 mg, diariamente o a demanda 2-6 horas antes de la relación sexual (10). En uso diario deben conocerse algunas prevenciones: a) Efecto anticolinérgico: sequedad de boca, constipación, hipotensión ortostática; b) no es aconsejable en pacientes con problemas cardiovasculares; c) puede dar disfunción eréctil y disminución de la libido, aumento ponderal.

Tener en cuenta que son efectos secundarios de estos fármacos sobre la esfera sexual, es una indicación para la EP, que está fuera del prospecto (“*off label*”).

Los ISRS pueden tener una latencia de 1-2 semanas para el efecto de retardar el orgasmo, para el efecto anti-depresivo es más larga:

a. Sertralina: 25-50 mg, diariamente, o a demanda, algunos propugnan en tomas aisladas a las 17 horas (“*as needed at SPM*”) (10), a causa de que el pico plasmático se da entre las 4-8 horas de su ingesta. Efectos secundarios dosis dependientes en casos de uso diario: síntomas serotoninérgicos (anorexia, irritabilidad, insomnio, dispepsia, diarreas, náuseas, mareos, ansiedad; con 100 mg aneyaculación, impotencia, libido disminuida) (10).

b. Fluoxetina: 10-20 mg. Recordar su larga vida media, podría usarse (una vez por semana (“*once a week*”). Efectos secundarios similares a sertralina, a veces mayor ansiedad, descenso de peso.

c. Paroxetina: 10-20 mg (en algunos casos 40 mg). Algo más ansiolítica pero, en toma diaria, por su inhibición del óxido nítrico y de la testosterona, como por la suba de la prolactina, hay mayor incidencia de disfunción eréctil. Puede dar aumento de peso (10).

También se puede usar Venlafaxina 25-50 mg, o Venlafaxina *retard* 37.5-75 mg.

Cuando hay gran ansiedad se pueden asociar con dosis bajas de benzodiacepinas (alprazolam, clonazepam).

#### *Inhibidores de la 5-fosfodiesterasa*

Sildenafil, vardenafilo y tadalafilo (los I-PDE5) pueden ser de utilidad en los tratamientos de eyaculadores precoces. Si bien no es una indicación dada por los laboratorios que sintetizaron las moléculas, puedo afirmar que es eficaz en aquellos que no pueden detenerse, para controlar el orgasmo, por temor a perder la erección cuando utilizamos técnicas de “parada y arranque” en las Terapias Sexuales. Por supuesto son útiles en quienes tienen, además, problemas eréctiles.

Mecanismos de acción propuestos de los I-PDE5 en la EP: a) Aumento del óxido nítrico reduciría tono simpático; b) efecto periférico con relajación del músculo liso

del deferente y las vesículas seminales; c) reducción de la ansiedad por el rendimiento dado que mejora la erección. Mas no hay estudios que lo demuestren de manera cierta (8).

#### *Dapoxetina*

Actualmente contamos con un nuevo fármaco, dapoxetina, que se toma entre una y media a dos horas antes de coito y es la primera droga específica para la EP. Estas son sus características principales: potente inhibidor del transporte de serotonina; efecto rápido (rapid onset), menor a 1 hora; pico plasmático lo alcanza a las 1.5-2 horas; corta vida media, rápida eliminación (a las 24 horas sólo queda un 4%); efecto dura 4-5 horas; las comidas y el alcohol no interfieren su absorción; mínimo efecto acumulativo; sin efectos en el ECG ni en valores de presión arterial; puede usarse con I-PDE5 (sildenafil, tadalafilo, vardenafilo); uso oral a demanda –una hora y media a dos horas antes del coito– 30 y 60 mg (en mi experiencia la mejor respuesta es con esta última dosis); aumento del tiempo de permanencia (latencia) intravaginal (IELT) en 4 minutos; mejoras en escalas de satisfacción y control; efectos secundarios: náuseas (5.6%), cefalea (4.3%), diarrea (5%), ansiedad e insomnio (3%) (2).

#### **Conclusión**

Los tratamientos sexológicos, que basan su eficacia en combinar técnicas psicoterapéuticas breves, centradas en la resolución del síntoma, con sugerencias específicas (tareas) a realizar fuera de las sesiones, a veces asociadas sinérgicamente a la medicación que retarde la eyaculación (sea dapoxetina, un ISRS o un antidepresivo tricíclico, y sildenafil, vardenafilo o tadalafilo cuando se asocia con disfunción eréctil –hecho bastante frecuente de ver– son altamente eficaces para encontrarle solución a algo que se vive y sufre tan dramáticamente. Muchas veces lo más difícil de vencer es la vergüenza de pedir la primera entrevista sexológica (“la consulta vergonzante”), pero logrado esto tiene muy buen pronóstico y eficaz resolución ■

#### **Referencias bibliográficas**

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
2. American Urological Association. 100th Annual Meeting of the AUA. In: 100th Annual Meeting of the AUA, 2005, San Antonio, Texas, USA. *J Urol* 2005; 173 (4 Suppl): 1-467.
3. Carroles JA, Sanz Yaque A. Disfunción sexual en el varón. Madrid: Momento Médico; 2003.
4. Grasso E, Sapetti A, Rodolico MC, Lebel D, Báez L. Eficacia de los tratamientos psicosexológicos en la eyaculación precoz. En: Medicina sexual basada en la evidencia. Buenos Aires: SAU; 2006.
5. Kaplan HS. The New Sex Therapy. New York: Brunner-Mazel; 1974.
6. Kaplan HS, Kohl N, Pomeroy WB. Group Treatment for Premature Ejaculation. *Arch Sex Behav* 1974, 3: 443.
7. Masters W, Johnson V. Respuesta sexual humana. Buenos Aires: Intermédica; 1972.
8. Sapetti A. Los senderos masculinos del placer. Buenos Aires: Galerna; 2006.
9. Semans JH. Premature Ejaculation: new approach. *South Med J* 1956; 49: 353.
10. Waldinger MD. The Neurobiological Approach to Premature Ejaculation. *J Urol* 2002; 168: 2359-2367.

# Trastornos sexuales femeninos en la actualidad

**Marta Rajtman**

*Médica especialista en Ginecología.*

*Sexóloga Clínica.*

*Presidente de la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana (SASH).*

*Directora del Curso de formación en Sexología de la SASH.*

*E-mail: mrajtman@gmail.com*

## Introducción

Los trastornos sexuales femeninos no fueron atendidos con la misma intensidad que los masculinos hasta la actualidad. Se los consideraba sin importancia. Solo se le prestaba atención en las áreas que comprometían la reproducción. El goce no era tomado en cuenta. Los trastornos sexuales femeninos son complejos y multicausales. Ambas respuestas sexuales, femenina y masculina, aunque presentan algunas similitudes, no son idénticas, a pesar que por años se pensó a la sexualidad femenina por analogía desde la masculina.

Freud consideró al deseo una característica masculina, y desarrolló el concepto de la envidia del pene. También centralizó el orgasmo femenino en la vagina desestimando el obtenido por estimulación clitoridiana. Innumerables años de represión condicionan hasta el día de hoy la aparición de la anorgasmia femenina, siendo un síntoma connotado muy negativamente pero preponderante motivo de consulta. La mujer actual se preocupa cada vez más por lograr una sexualidad plena y saludable, y esto ha llevado a que se intente conocer,

---

## Resumen

En el presente artículo se realiza una breve reseña de los trastornos sexuales femeninos más frecuentemente enfrentados en nuestra práctica. Se resalta el incremento de consultas por deseo sexual hipoactivo y el esfuerzo que los profesionales realizamos por ayudar a nuestras pacientes. Este artículo también señala las estrategias farmacológicas que son investigadas para solucionar estas disfunciones.

**Palabras claves:** Trastornos sexuales femeninos - Deseo sexual hipoactivo - Trastorno de la excitación - Trastorno del orgasmo - Tratamiento farmacológico.

FEMALE SEXUAL DISORDERS NOWADAYS

## Abstract

This article makes a brief overview of the most frequent female sexual disorders seen in our clinical practice. It highlights the increasing number of women presenting with hypoactive sexual desire and the efforts practitioners put on helping these female patients. The article also shows the pharmacological strategies that are investigated to solve these dysfunctions.

**Key words:** Female sexual disorders - Hypoactive sexual desire disorder - Sexual arousal disorder - Orgasmic disorder - Pharmacological treatment.



entender mejor y dar una respuesta ante las dificultades que se presentan para alcanzarla.

### Respuesta sexual femenina

El término respuesta sexual designa los cambios hormonales, vasculares, neurofisiológicos y psicológicos que acompañan al encuentro.

En la mujer, el fenómeno equivalente a la erección es la lubricación vaginal. Por mecanismos neurológicos se produce una vasodilatación refleja con aumento del flujo sanguíneo y vasocongestión del plexo venoso circunvaginal que rodea el tercio inferior de la vagina (12).

En los últimos años el conocimiento sobre sus mecanismos ha avanzado. Se identificaron mensajeros intercelulares que median la respuesta de excitación en el clítoris y la vagina (óxido nítrico, péptido intestinal vasoactivo, prostaglandina E). Todos ellos, liderados por la acción de los estrógenos, que mantienen permeable la pared vaginal. Esto condiciona, el fenómeno de trasudación de plasma en las paredes vaginales (11, 12).

Los estrógenos en el epitelio vaginal, estimulan el bombeo de protones por las células basales, lo que acidifica la vagina y la transferencia de líquidos, que facilita la lubricación. Esto explica el importante efecto de los estrógenos en la funcionalidad vaginal (12).

La nueva y reciente aplicación de técnicas de neuroimagen funcional en el estudio de la respuesta sexual femenina comienza a revelar sus mecanismos cerebrales. Estas técnicas muestran que durante la excitación sexual y el orgasmo se activan áreas, como el cíngulo anterior, la ínsula/claustro, el caudado/accumbens y diversas áreas neocorticales de modo similar a lo observado en los varones. En otras, como el hipotálamo y la amígdala, se encuentran algunas divergencias en las respuestas de ambos sexos. Esto sugiere un procesamiento diferente de los estímulos sexuales (11, 12).

Queda todavía mucho por aclarar, a pesar de los importantes avances en el conocimiento de la respuesta sexual femenina. Debemos investigar más todos los aspectos, desde la anatomía de la vulva (como la continuidad o no de los bulbos con el glande del clítoris), hasta una definición más precisa del papel fisiológico de los andrógenos en la función sexual femenina, y su manipulación farmacológica como posible tratamiento de la disfunción sexual femenina.

### Las disfunciones sexuales femeninas

Se estima que las disfunciones sexuales en la mujer son comunes, con una prevalencia entre 30 a 60% según diferentes estudios (3, 6, 10). Los diferentes autores acuerdan que las dificultades para determinar la prevalencia están en el uso de diferentes definiciones sobre el funcionamiento sexual normal o anormal.

De acuerdo al DMS-IV-R (1) la clasificación de las disfunciones sexuales femeninas sería la que sigue:

a. Trastornos del deseo sexual: Deseo sexual hipoactivo: disminución o ausencia de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente.

b. Trastornos de la excitación femenina: incapacidad persistente o recurrente para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual.

c. Trastornos del orgasmo femenino: es el recurrente o persistente retraso o ausencia del orgasmo, luego de una fase de excitación normal.

d. Trastornos de dolor sexual: Dispareunia: dolor genital recurrente o persistente asociado a la relación sexual; Vaginismo: aparición recurrente o persistente de espasmos involuntarios del tercio anterior de la vagina que interfiere en la relación sexual.

e. Trastornos por aversión al sexo: aversión extrema persistente o recidivante y con evitación de todo o casi todos los contactos sexuales genitales con una pareja sexual.

En este texto se focalizará en los trastornos del deseo, excitación y orgasmo.

### Deseo sexual

El deseo es el punto de arranque para una relación sexual consensuada, tiene que ver con fantasías y buena predisposición. Podría decirse que hoy en día constituye la consulta más frecuente en la consulta sexológica, y en los estudios la prevalencia va de 10 a 46% (5, 6). Es decisiva en la aparición de este problema la calidad de la relación de pareja (enojo, falta de intimidad y confianza, ausencia de fantasías), y la situación personal de cada uno (autoestima) (9).

La falta de deseo puede producirse a cualquier edad. Sin embargo, es más notorio, a partir de la menopausia o perimenopausia, y estaría relacionado a los cambios hormonales, especialmente con la disminución de andrógenos. La testosterona es la hormona responsable del deseo sexual en los dos sexos (8) En la mujer se produce en la corteza suprarrenal y ovárica, actuando en el desarrollo tisular y en el sostenimiento de la energía vital y libido (9). En algunas ocasiones los niveles bajos de testosterona (postmenopausia, ablación quirúrgica) impiden la aparición del deseo y, por ende, inhiben esta fase.

A los factores biológicos debemos sumarle las causas socioculturales y psicosexuales. En nuestro ámbito, transitando ese momento de la vida, el físico ha cambiado, no hay capacidad reproductiva, y parecieran disminuir los proyectos en común con la pareja.

También contribuyen, influyendo en la disminución del deseo sexual, los posibles cuadros clínicos de ansiedad, depresión, trastornos del sueño y sus tratamientos. Del mismo modo influyen negativamente algunos fármacos utilizados en el tratamiento de enfermedades como hipertensión arterial, diabetes, trastornos digestivos, y algunos anticonceptivos orales (6).

### Trastornos de la excitación femenina

El trastorno de excitación sexual en la mujer se define como la incapacidad de completar la actividad sexual con lubricación adecuada. La incapacidad o ausencia de respuesta genital a la estimulación sexual es el criterio diagnóstico esencial para el DSM. Más recientemente, se



ha sugerido que este trastorno podría ser mejor entendido si se lo divide en subtipos: trastorno de la excitación subjetiva (falta de sensaciones de excitación y placer, pero la lubricación y demás signos físicos están presentes), trastorno de la excitación genital (no hay componente fisiológico de excitación pero sí el subjetivo), y trastorno de la excitación combinado (ausencia de excitación subjetiva y fisiológica) (2, 8).

Uno de los puntos más importantes, pero también de los más difíciles es evaluar si una estimulación inadecuada subyace al problema de excitación (4). Ante esto, es necesario obtener una descripción detallada de la actividad sexual de la paciente, las condiciones en la que se lleva a cabo y sus sentimientos sexuales y emocionales hacia la pareja. La entrevista inicial debe darnos la información para configurar el problema y definir que tipo de tratamiento o evaluaciones serían las más indicadas. Es fundamental investigar: a) la motivación sexual de la paciente; b) la intimidad emocional de la pareja; c) las habilidades sexuales; d) la estimulación sexual y el contexto, incluyendo, la interacción en las horas previas, los factores psicológicos, las distracciones y los factores biológicos (fatiga, depresión y medicaciones); e) la pérdida anormal de andrógenos y cualquier otro factor negativo, como el dolor.

## Trastornos del orgasmo

El orgasmo es un pico de intenso placer. Se puede entender como un reflejo con contracciones rítmicas de los músculos perineal, bulbocavernoso y pubococcígeos (4). El propósito de las contracciones en el orgasmo femenino no son del todo claras, se han sugerido cinco posibles funciones: 1) eyectar secreciones glandulares de la uretra (eyacuación femenina, reportada en un pequeño grupo de mujeres); 2) crear sensaciones de placer; 3) para retornar los tejidos pélvicos congestivos al estado basal; 4) estimular al hombre para la eyacuación (creando un aumento de presión en el ingreso del pene, así el hombre es llevado al umbral eyaculatorio y descarga el semen en la vagina); y 5) finalizar la excitación sexual, dado que las mujeres son multiorgásmicas y un sólo orgasmo no necesariamente finaliza la excitación (12). La hipoactividad de estos músculos (bajo tono) lleva a una función sexual pobre y a una falta de placer durante el coito y el orgasmo; en contraste, la hiperactividad (alto tono) puede relacionarse fisiopatológicamente con la dispareunia y el vaginismo (12).

Un alto número de mujeres son orgásmicas de manera situacional. Estas mujeres pueden alcanzar el orgasmo ante formas específicas de estimulación. Las mujeres frecuentemente pueden llegar al orgasmo por estimulación manual o cunnilingus, pero no mediante penetración. De hecho, hay que remarcar que la penetración no es un método muy fiable para que las mujeres alcancen el orgasmo (4).

Es importante rescatar en la entrevista posibles situaciones y circunstancias que pueden funcionar de causas de anorgasmia: a) autoobservación del propio comportamiento durante el acto sexual; b) poca estimulación

clitorídea; c) poca o nula historia de masturbación; d) imposibilidad de fantasear; e) pensamientos distractores; f) pensamientos obsesivos; g) defensas contra la percepción de sensaciones eróticas, reforzadas por un mal aprendizaje; h) desinformación y falta de permiso; i) tratamientos farmacológicos (especialmente antidepresivos y antipsicóticos).

## Tratamiento

Ante una paciente disfuncional, y antes de pensar en su tratamiento, se debe hacer un diagnóstico preciso. No hay tratamientos únicos. Cada paciente y cada caso son diferentes y existen distintas alternativas. Es muy importante la historia personal.

Las mujeres que responden mejor a los tratamientos son aquellas que en algún momento han estado satisfechas con su vida sexual, pero ahora, por razones médicas, psicológicas o sociales ya no son capaces de responder como en el pasado. La medicación puede formar parte del tratamiento pero no solucionará el problema hasta que se trate el mismo en forma integral.

### Tratamiento no farmacológico

Uno de los pilares principales y puntos de inicio de cualquier terapia sexual es la educación (6). Muchas pacientes pueden presentar alivio simplemente con entender sobre qué les pasa, sobre qué es normal en relación a su cuerpo, sus deseos, sus sensaciones, sus miedos. Entender que la sexualidad normal es muy amplia y variable.

En relación al abordaje psicológico suele realizarse mediante terapia sexual tradicional o terapia cognitiva conductual (3). El abordaje tradicional es el que implementaron Masters y Johnson y Helen Kaplan, que incluye una serie de ejercicios y tareas (focalización sensorial, estimulaciones, indicaciones para llevar a cabo el acto sexual) y sesiones psicoterapéuticas con la mujer y su pareja. La terapia cognitiva conductual intenta abordar los pensamientos negativos y mal adaptativos y las conductas que resultan problemáticas para focalizar en los estímulos y sensaciones durante el encuentro sexual.

### Tratamiento farmacológico

#### *Deseo sexual hipoactivo y trastorno de excitación*

#### Terapia hormonal de reemplazo

Las estrategias terapéuticas para las disfunciones sexuales en peri y postmenopausia han incluido la terapia estrogénica sistémica o vaginal. El reemplazo hormonal sistémico utilizado en el manejo de mujeres en la postmenopausia alivia el síndrome vasomotor que ocasiona malestar, insomnio y cambios de carácter (irritabilidad y depresión) y disminuye los síntomas de sequedad vaginal y la atrofia urogenital facilitando el aumento en el deseo sexual. De manera similar, la terapia estrogénica vaginal (estriol) es efectiva en el tra-

tamiento de la sequedad vaginal debido a los cambios tróficos. De todas formas, no existe evidencia concreta que sugiera un efecto significativo de la terapia de reemplazo estrogénica sobre el deseo sexual, la excitación o la respuesta orgásmica (5).

#### Andrógenos

**Testosterona:** La mayoría de los estudios sobre terapia androgénica han sido sobre terapia con testosterona (oral, inyectada, implantes subcutáneos, parches transdérmicos, crema, gel). Estos estudios, en su mayoría fueron realizados en mujeres menopáusicas por ablación quirúrgica de los ovarios, indicándose testosterona combinada con estrógeno. Esa combinación se asoció con mejora significativa en la satisfacción sexual y el deseo. Se han realizado algunos estudios con testosterona en mujeres con menopausia natural, y en general se reporta una mejoría en el funcionamiento sexual. Los síntomas adversos reportados son importantes (acné, hirsutismo). Lograr niveles fisiológicos de testosterona minimiza los efectos adversos. Las críticas a los estudios y sus resultados son la presencia de una fuerte respuesta a placebo, pocos datos en relación a mujeres premenopáusicas y la falta de datos sobre efectos a largo plazo (3, 5). No hay aprobados por la FDA productos con testosterona para uso en mujeres. La *North American Menopause Society* recomienda el uso de andrógenos en mujeres postmenopáusicas con deficiencia de los mismos (7). En Europa se aprobó el uso de un parche transdérmico para mujeres menopáusicas quirúrgicamente con deseo sexual hipoactivo (5). Las contraindicaciones absolutas incluyen el presentar riesgo elevado para cáncer de mama, cáncer de endometrio y enfermedad cardiovascular (3).

**Dehidroepiandrosterona (DHEA):** Si bien ha sido descrita una relación entre los niveles de DHEA y el deseo, excitación y respuesta sexual, los estudios controlados contra placebo no han reportado una mejoría en la función sexual en mujeres tratadas con dosis fisiológicas de DHEA. A pesar de la falta de eficacia en estudios clínicos, la DHEA se utiliza habitualmente para mejorar la función sexual y otros parámetros de bienestar general (5).

#### Inhibidores de la fosfodiesterasa

De los inhibidores de la fosfodiesterasa, solo el sildenafil ha sido evaluado en distintos protocolos y cohortes de pacientes. De estos estudios se obtuvo que el sildenafil podría ser útil para tratar el trastorno de excitación sexual genital en pacientes que se demuestra disminución de la vasocongestión por pletismografía vaginal (10), pero parecería no beneficiar a la mayor parte de las mujeres (6).

#### Bupropión

El bupropión es un antidepresivo con acciones principalmente de recaptación de dopamina y secundaria de recaptación de noradrenalina, pero sin ningún efecto sobre la recaptación de serotonina ni sobre la actividad de los receptores de serotonina. Se encontró una significativa mejoría sexual en los pacientes tratados con bupropión, consistente, en un retorno a lograr un deseo sexual y un funcionamiento sexual normal (9).

La dosis adecuada del mismo para mujeres tratadas por una disfunción sexual, una depresión o por ambas es de 150-300 mg/día, y la mayoría de los estudios se realizaron con fórmulas de liberación prolongada.

#### Trastorno orgásmico

La indicación de la autoestimulación, en conjunto con educación sexual, técnicas de reducción sexual y terapia cognitiva continúan siendo la terapia más efectiva.

En un estudio con pacientes que presentaban anorgasmia por uso de ISRS, el uso de sildenafil mejoró notablemente la función orgásmica. No se encontró la misma evidencia para pacientes con anorgasmia primaria (3, 6).

#### Conclusión

La sexualidad femenina deberá seguir siendo investigada, dada la diversidad de respuestas obtenidas con los diferentes tratamientos psicosexológicos y farmacológicos, utilizados en las mujeres. Y sin duda alguna adaptarlos al momento de la vida que las mismas estén transitando, evitando el uso de formulaciones rígidas y universales ■

#### Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4a ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
2. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ* 2005; 172: 1327-33.
3. Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, Brotto L. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *J Sex Med* 2010; 7: 314-326.
4. Brotto LA, Bitzer J, Laan E, Leiblum S, Luria M. Women's sexual desire and arousal disorders. *J Sex Med* 2010; 7: 586-614.
5. Davison SL. Hypoactive sexual desire. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2012; 24: 215-220.
6. Frank JE, Mistretta P, Will J. Diagnosis and treatment of female sexual dysfunction. *Am Fam Physician* 2008; 77: 635-642.
7. Hobbs K, Handler L, Mounsey AL. Which treatments help women with reduced libido? *J Fam Pract* 2013; 62: 102-103.
8. Kingsberg S, Althof S. Evaluation and treatment of female sexual disorders. *Int Urogynecol J* 2009; 20: S33-S43.
9. Maclaran K, Panay N. Managing low sexual desire in women. *Womens Health (Lond Engl)* 2011; 7: 571-583.
10. Mayer ME, Bauera RM, Schorscha I, Sonnenberg JE, Stiefa CG, Uckert S. Female sexual dysfunction: what's new? *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007; 19 (6): 536-540.
11. McKenna KE. The neurophysiology of female sexual function. *World J Urol* 2002; 20: 93-100.
12. Salonia A, Giraldo A, Chivers ML, Georgiadis JR, Levin R, Maravilla KR, et al. Physiology of women's sexual function: basic knowledge and new findings. *J Sex Med* 2010; 7 (8): 2637-60.

# Trastornos de la conducta alimentaria: imagen corporal y sexualidad

**Patricio Alba**

*Médico especialista en Psiquiatría.  
Médico de Planta del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear.  
E mail: patricio.alba@gmail.com*

**Mariana Gabriela Kes**

*Médica especialista en Psiquiatría; ex Residente del Hospital Piñero.  
Jefa del Sector de Psiquiatría del ITCC.  
E mail: mariankes@yahoo.com.ar*

Los trastornos de la conducta alimentaria son hoy una problemática creciente en salud. Se estima que la prevalencia de la anorexia nerviosa oscila entre 0.1% y 2.1 %. Por su parte, la prevalencia de la bulimia nerviosa oscila entre 0.5 y 3% (2, 14). Es un trastorno que se da principalmente en mujeres (sólo 5 a 10% de los afecta-

dos son varones (16)), y el grupo con mayor incidencia son las adolescentes entre 15 a 19 años (13).

Los síntomas que suelen evidenciar un trastorno de la alimentación, y ser el motivo de consulta más habitual, son las conductas alteradas en relación a la comida (restricción, purga, ayunos). Sin embargo, estos son

---

## Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria son una problemática creciente en salud. Las conductas alteradas en relación a la comida son consecuencia de cogniciones y emociones generadas por una baja autoestima y por una con la imagen y esquema corporales. Es posible que una imagen corporal negativa, y en muchos casos distorsionada, sea el punto más difícil de abordar y mejorar en estos trastornos. Pero la insatisfacción en relación al propio cuerpo no sólo estaría ligada a la alteración en los patrones alimentarios. Varias investigaciones avalan que la imagen corporal y la percepción del propio cuerpo son un componente esencial en las experiencias de la sexualidad, especialmente en la sexualidad femenina. En este artículo se aborda la relación y la influencia de la imagen corporal en la sexualidad femenina, así como la sexualidad de una mujer con un trastorno de la conducta alimentaria.

**Palabras claves:** Trastornos alimentarios - Anorexia - Bulimia - Imagen corporal - Sexualidad femenina - Trastornos sexuales.

EATING DISORDERS, BODY IMAGE AND SEXUALITY

## Abstract

Eating disorders are a growing problem in healthcare. Altered eating behaviors are a consequence of cognitions and emotions generated by low self-esteem and dissatisfaction with body image and schema. It is possible, that a negative body image, and in many cases, distorted, may be the most difficult feature to approach and improve in this disorders. But the dissatisfaction to one's own body would not be related only to altered eating behaviors. Several studies show that body image and one's own body perception are an essential feature in sexual experiences, especially in women's sexuality. This article describes the relation and influences between body image and women's sexuality, and the sexuality in women with eating disorders.

**Key Words:** Eating disorders- Anorexia - Bulimia - Body image - Female sexuality - Sexual disorders.

consecuencia de cogniciones y emociones generadas por una baja autoestima y, fundamentalmente, por una disconformidad con la imagen y esquema corporales. Es posible que una imagen corporal negativa, y en muchos casos distorsionada, sea el punto más difícil de abordar y mejorar en estos trastornos, ya que, no es infrecuente que persista aun luego de lograr un peso saludable y una alimentación adecuada.

Pero la insatisfacción en relación al propio cuerpo no sólo estaría ligada a la alteración en los patrones alimentarios. Varias investigaciones avalan que la imagen corporal y la percepción del propio cuerpo son un componente esencial en las experiencias de la sexualidad, especialmente en la sexualidad femenina.

Ante esto cabe preguntarse: ¿Cómo es la relación y de qué forma ejerce influencia la imagen corporal en la sexualidad femenina?, ¿cómo es la sexualidad de una mujer con trastorno de la conducta alimentaria, cuya imagen corporal está evidentemente afectada?

### Imagen corporal y sexualidad

La forma en la que uno percibe y evalúa el propio cuerpo parecería estar íntimamente ligado a la forma en la que se experimenta la sexualidad. Sin embargo, la investigación empírica en relación a esto se ha realizado en muestras no clínicas, mostrando que las mujeres con mayor insatisfacción en relación a su cuerpo presentan menor frecuencia de actividad sexual y menor estima en relación a su propia sexualidad (18).

La imagen corporal se describe como la manera en que uno percibe su propio cuerpo. A pesar de que esta defini-

ción simple es usualmente utilizada, la investigación ha mostrado que hay un significado mucho más complejo debajo de este término. Algunos autores hablan de un constructo multidimensional o multifacético (11, 20). El modelo multidimensional se refiere a la imagen corporal como la experiencia de incorporación de las percepciones y actitudes respecto a nuestro propio cuerpo, especialmente las relacionadas a la apariencia física. Las tres dimensiones específicas son la evaluación, la inversión y el afecto. La evaluación denota los sentimientos de satisfacción o insatisfacción con los distintos aspectos de la apariencia. La inversión se refiere a la importancia que uno le da a la apariencia física y el esfuerzo que uno está dispuesto a realizar por conseguir el físico deseado. Finalmente, el afecto se refiere a las experiencias emocionales que resultan de las evaluaciones de la apariencia corporal. Dicho en otras palabras, cómo nos pensamos, qué hacemos al respecto y cómo nos sentimos con nuestro cuerpo.

La imagen corporal ha sido explorada como la satisfacción por distintas partes del cuerpo (satisfacción por el vientre, los brazos, la cintura), preocupación por el talle o el peso, y comodidad con el propio cuerpo frente a otros. Estos sentimientos y percepciones por el propio cuerpo, con frecuencia son influenciados por la mirada sociocultural e interpersonal. Así como con la imagen corporal, la sexualidad femenina es algo fuertemente dependiente de los significados, las normas sociales, y expectativas, más que solo una respuesta fisiológica (20).

Pujols y colaboradores examinaron la relación entre las variables de la imagen corporal y el funcionamiento y satisfacción sexual en 154 mujeres, de 18 a 49 años que mantenían relaciones sexuales de manera activa. En sus





resultados resaltan que la estima corporal se asoció positivamente con la satisfacción sexual: mayores niveles de estima estaban relacionados a mayor satisfacción. Esto es, a mayor estima que la mujer siente por las partes de su propio cuerpo y su funcionalidad, mayor es la satisfacción sexual con su pareja. Fue novedoso también para este estudio, que la satisfacción sexual estaba relacionada en forma significativa con la estima de las diversas partes del cuerpo que pueden ser alteradas por medio del ejercicio, como los muslos, el abdomen y el peso, así como las partes del cuerpo que no pueden ser fácilmente modificadas por el ejercicio, como la cara y el busto. La satisfacción sexual también fue asociada a cualidades corporales que son menos propensas a estar bajo el escrutinio público, como la resistencia física, el nivel de energía y la coordinación. En cuanto a la funcionalidad sexual, se mostró que la imagen corporal negativa lleva a evitar experiencias sexuales, mientras que una imagen corporal positiva se asocia con una frecuencia notablemente mayor de actividad sexual (11).

Ackard y colaboradores, por su parte, evidenciaron que la satisfacción con la imagen corporal se asoció con mayor comodidad con el propio cuerpo durante el acto sexual, mayor frecuencia de comportamientos sexuales, incluyendo mayor iniciativa sexual por parte de la mujer, mayor comodidad en desnudarse delante de la pareja, tener relaciones sexuales con la luz encendida, probar nuevas experiencias sexuales y mayor frecuencia de orgasmo (1). Se demostró que la relación entre las variables de la imagen corporal y la sexualidad existe más allá del tamaño real del cuerpo, sugiriendo que las percepciones y cogniciones de la mujer sobre su pro-

pio cuerpo, más que las dimensiones reales, son las que influyen las experiencias con la sexualidad (11).

Woertman y van den Brink, en una revisión sobre la influencia de la imagen corporal en el funcionamiento sexual, señalaron que los problemas con la imagen corporal también pueden impactar a nivel de conductas sexuales riesgosas, como el uso menos frecuente de preservativo. En su revisión, incluyeron estudios donde se reflejaba que las mujeres adolescentes que estaban más insatisfechas con su imagen corporal presentaban con mayor frecuencia temor al abandono como resultado de la negociación del uso de condón (20).

### **Funcionamiento sexual en los trastornos de la conducta alimentaria**

La sexualidad es una dimensión fundamental en una pareja saludable, y la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria y sus consecuencias, pueden generar un fuerte impacto negativo, además del que ya genera en otras áreas (social, laboral, salud física, etc.). El funcionamiento sexual raramente es tomado en cuenta como un componente del tratamiento, excepto en el contexto de abuso sexual o historia traumática (9).

Los estudios de investigación en relación a los trastornos de la conducta alimentaria y su impacto e influencia sobre el funcionamiento sexual son escasos y con hallazgos poco uniformes. Las tasas de disfunción sexual entre mujeres con trastornos de la conducta alimentaria son relativamente elevadas y lamentablemente, la disfunción sexual parece persistir más allá de la recuperación del trastorno alimentario (18).



Las pacientes que padecen anorexia nerviosa reportan dificultades en sus relaciones sexuales y disminución del deseo y la libido, algo que podría deberse a la desnutrición y el hipogonadismo inducido por sus conductas (3, 9). Con el tratamiento y la consiguiente recuperación de peso, el deseo sexual parece aumentar (8). Sin embargo, las pacientes con bulimia no suelen presentar estas alteraciones fisiológicas y reportaron insatisfacción y disfunción sexual (18). Esto toma mayor sentido al pensar en las otras características claves del trastorno, como la distorsión de la imagen corporal y la insatisfacción sobre el propio cuerpo, que pueden comprometer el buen funcionamiento sexual, aún en mujeres sin el trastorno, como mostramos anteriormente. También es necesario no perder de vista la comorbilidad de este trastorno con cuadros depresivos y ansiosos, que de por sí presentan un impacto negativo en la sexualidad (7, 10, 15).

Ya en el inicio de la descripción clínica de los trastornos alimentarios, los problemas con la sexualidad eran hipotetizados como factores causales. El inicio de la pubertad, la menarca y el inicio de la actividad sexual se observaron como un factor de riesgo potencial de trastornos de la conducta alimentaria (17, 19) Sin embargo, se estudió que no era la pubertad en sí, sino la imagen corporal negativa asociada con ésta el factor crítico (6).

En un estudio realizado por Pinheiro y colaboradores en el año 2010, se evaluó el funcionamiento sexual de 242 pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, comparando con mujeres sin este trastorno. La vasta mayoría de la muestra reportó haber experimentado relaciones íntimas (98%), con un 55% refiriendo relaciones con coito, y un 87% reportando relaciones significativas

de grados variables de estabilidad. Cerca de dos tercios de las mujeres con trastornos alimentarios reportaron pérdida de deseo y ansiedad sexual. Comparado con el grupo control, más mujeres con trastornos alimentarios reportaron pérdida de la libido, ansiedad sexual y relaciones de pareja sin sexo. Estos hallazgos indican que las mujeres con trastornos de la alimentación experimentan más dificultades en el ámbito sexual y de las relaciones. Este estudio mostró, además, diferencias en el funcionamiento sexual entre los distintos subtipos de trastornos alimentarios: las mujeres con anorexia nerviosa restrictiva o purgativa reportaron mayor prevalencia de pérdida de libido que las mujeres con bulimia nerviosa o trastorno alimentario no especificado. La pérdida de libido era casi 5 veces mayor en pacientes con anorexia que en el grupo de bulímicas. Un hallazgo consistente fue la asociación de un Índice de Masa Corporal (IMC) mínimo a lo largo de la vida y la pérdida de libido y la ansiedad sexual (9). Estos hallazgos son consistentes con la explicación que un bajo peso perjudica el funcionamiento fisiológico de los órganos sexuales y con la evidencia de que las fluctuaciones en el IMC estaban directamente relacionados a los cambios en el interés sexual. Una explicación alternativa es que, independientemente a los cambios físicos, los individuos con IMC más bajos experimentan un trastorno de la alimentación de presentación más severa. La mayor severidad podría asociarse a insatisfacción corporal, distorsión, depresión y discomfort con el contacto físico más intensos, lo cual estaría asociado a mayores niveles de falta de deseo y de ansiedad sexual.

Castellini y colaboradores, realizaron un estudio reciente en el cual se evaluó el funcionamiento sexual en



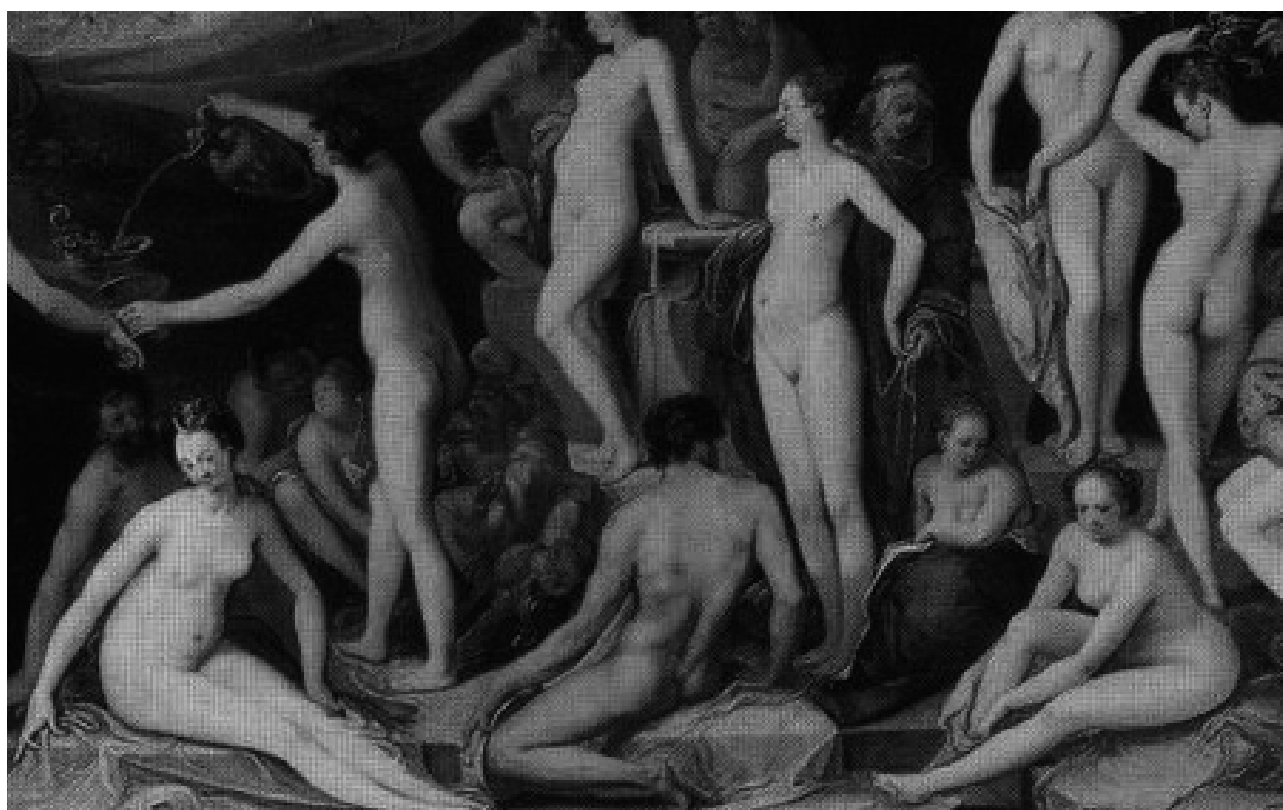
una muestra de pacientes mujeres con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa (44 anoréxicas y 44 bulímicas), y en un grupo de controles sanos (72 mujeres). Investigaron la posible asociación entre las características psicopatológicas del cuadro alimentario y la disfunción sexual en los diferentes subtipos del trastorno. El funcionamiento sexual fue medido a través del Índice de Función Sexual Femenina (FSFI), que evalúa la actividad sexual en el último mes, con seis puntos específicos: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Las pacientes anoréxicas reportaron tasas más altas en relación a no tener ningún tipo de pareja, comparadas con las bulímicas y los controles. Tanto las mujeres con anorexia nerviosa como las pacientes con bulimia, puntuaron más bajo en la escala FSFI que el grupo control. Entre los subgrupos de trastornos alimentarios, las anoréxicas de tipo restrictivo mostraron menor puntaje que las bulímicas. Por otro lado, las anoréxicas de tipo purgativo no mostraron diferencias significativas con las pacientes bulímicas. Ante estos resultados, los autores remarcan que la disfunción sexual encontrada fue asociada a la conducta alimentaria alterada (restricción vs. atracón/purga) y no al diagnóstico según DSM (anorexia nerviosa vs. bulimia nerviosa), y que esta disfunción se asocia a distintas características psicopatológicas del trastorno según el subtipo. La disfunción sexual se asoció a la preocupación por la forma corporal en las pacientes con anorexia nerviosa restrictiva, mientras que en las pacientes con anorexia nerviosa purgativa y pacientes con bulimia nerviosa, con la desregulación emocional que lleva al atracón y las purgas. Las pacientes con anorexia nerviosa tenían menor probabilidad de presentar una pareja estable en compara-

ción con las pacientes con bulimia; de hecho se reportó una alta tasa de múltiples parejas en comparación con la anorexia. De acuerdo a esto, los autores concluyen que se podría hipotetizar que las pacientes con trastorno de la alimentación con características controladoras y restringidas emocionalmente reportan un funcionamiento sexual limitado, mientras que las que presentan desregulación emocional y falta de control reportan un perfil sexual más impulsivo y caótico (3). Esto concuerda con datos publicados previamente (17, 19).

## Conclusiones

La forma en la que se percibe y evalúa el propio cuerpo parecería estar íntimamente ligado a la manera en la que se experimenta la sexualidad; por lo cual resulta evidente que una imagen corporal negativa provoque insatisfacción, y en muchos casos disfunción en la esfera sexual.

Un punto cardinal en los trastornos de la conducta alimentaria es la insatisfacción de la imagen corporal; incluso la distorsión de la misma. La sexualidad de estas pacientes inevitablemente se ve afectada en forma negativa, aunque no siempre sea motivo de preocupación para la paciente, ni una pregunta habitual en el equipo tratante. Las investigaciones en mujeres que se han recuperado de estos trastornos muestran que los problemas de imagen corporal, la forma del cuerpo y la insatisfacción con el mismo, frecuentemente persisten aun después de la recuperación, e incluso parece ser el último síntoma en remitir (4, 5, 12, 18, 21). Por tanto, si la imagen corporal es central en la sexualidad, no es



extraño que las mujeres que presentaron un trastorno alimentario continúen experimentando disfunciones sexuales a pesar de haberse recuperado de su trastorno alimentario (18).

Por otro lado, debido a la alta comorbilidad de ansiedad y depresión en estas pacientes, es importante tener en cuenta la sintomatología de éstas y su efecto sobre la sexualidad. Sumado a esto, los fármacos que suelen utilizarse para el tratamiento de los trastornos de la alimentación y sus comorbilidades, habitualmente antidepressivos

y antipsicóticos pueden afectar la sexualidad.

Como podemos ver, resulta imprescindible incluir en la evaluación de las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria de qué manera viven su sexualidad atravesando un trastorno que impacta directamente en el cuerpo y su imagen, tan importantes para la expresión y experimentación de una vida sexual saludable y plena, así como hacer hincapié en las formas de abordaje de esa problemática multifactorial ■

## Referencias bibliográficas

- Ackard DM, Kearney-Cooke A, Peterson CB. Effect of body image and self-image on women's sexual behaviors. *Int J Eat Disord* 2000; 28: 422-9.
- Capasso A, Petrella C, Milano W. Recent Clinical aspects of eating disorders. *Rev Recent Clin Trials* 2009; 4: 63-69.
- Castellini G, Lelli L, Lo Sauro C, Fioravanti G, Vignozzi L, Maggi M, et al. Anorectic and bulimic patients suffer from relevant sexual dysfunctions. *J Sex Med* 2012; 9: 2590-2599.
- Carter JC, Blackmore E, Sutandar-Pinnock K, Woodside DB. Relapse in anorexia nervosa: a survival analysis. *Psychol Med* 2004; 34: 671-9.
- Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Linna MS, Raevuori A, Sihvola E, Bulik CM, et al. Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychol Med* 2009; 39: 823-831.
- Mangweth-Matzek B, Rupp CI, Hausmann A, Kemmler G, Biebl W. Menarche, puberty, and first sexual activities in eating-disordered patients as compared with a psychiatric and a nonpsychiatric control group. *Int J Eat Disord* 2007; 40: 705-10.
- Mischoulon D, Eddy KT, Keshaviah A, Dinescu D, Ross SL, Kass AE, et al. Depression and eating disorders: treatment and course. *J Affect Disord* 2011; 130: 470-477.
- Morgan JF, Lacey JH, Reid F. Anorexia nervosa: changes in sexuality during weight restoration. *Psychosom Med* 1999; 61: 541-5.
- Pinheiro AP, Raney TJ, Thornton LM, Fichter MM, Berrettini WH, Goldman D, et al. Sexual functioning in women with eating disorders. *Int J Eat Disord* 2010; 43: 123-9.
- Presnell K, Stice E, Seidel A, Madeley MC. Depression and eating pathology: prospective reciprocal relations in adolescents. *Clin Psychol Psychother* 2009; 16: 357-65.
- Pujols Y, Cindy MM, Seal Brooke N. The association between sexual satisfaction and body image in women. *J Sex Med* 2010; 7: 905-16.
- Sauro CL, Castellini G, Lelli L, Faravelli C, Ricca V. Psychopathological and clinical features of remitted anorexia nervosa patients: a six-year follow-up study. *Eur Eat Disord Rev* 2013; 21: 78-83.
- Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14: 406-414.
- Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 714-723.
- Swinbourne JM, Touyz SW. The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *Eur Eat Disord Rev* 2007; 15: 253-274.
- Weiselberg EC, Gonzalez M, Fisher M. Eating disorders in the twenty-first century. *Minerva Ginecol* 2011; 63: 531-45.
- Wiederman MW. Women, sex and food: a review of research on eating disorders and sexuality. *J Sex Res* 1996; 33: 301-311.
- Wiederman MW, Pryor T. Body dissatisfaction and sexuality among women with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1997; 21: 361-365.
- Wiederman MW, Pryor T, Morgan CD. The sexual experience of women diagnosed with anorexia or bulimia nervosa. *I J Eat Disord* 1996; 19: 109-118.
- Woertman L, van den Brink F. Body image and female sexual functioning and behavior: a review. *J Sex Res* 2012; 49: 184-211.
- Zemishlany Z, Weizman A. The impact of mental illness on sexual dysfunction. *Adv Psychosom Med* 2008; 29: 89-106.



# Ansiedad, trastornos de ansiedad y sexualidad. La compleja interacción entre ansiedad y funcionamiento sexual

Andrés Flichman

*Médico especialista en Psiquiatría (UBA).  
Sexólogo Clínico (Acreditado por FLASSES).  
Director del Curso de Postgrado de Trastornos de Ansiedad (AATA).  
E-mail: a-flichman@hotmail.com*

## Introducción

Si bien la ansiedad ha sido inicialmente descrita como si fuera un fenómeno unitario, la misma es reconocida en la actualidad como un constructo multifacético que incluye componentes cognitivos, comportamentales, fisiológicos y afectivos (3, 10).

La ansiedad normal comprende una respuesta adaptativa ante un desafío o peligro presente o futuro, cuya función es la de motivar conductas apropiadas para superar una situación dada. La duración de dicha respuesta habitualmente está en relación a la resolución del

problema que la desencadenó. A diferencia de esta, la ansiedad anormal, puede definirse como una respuesta exagerada, desadaptativa, no necesariamente ligada a un peligro, situación u objeto externo, que genera malestar, resulta incapacitante y condiciona la conducta de quien la padece. Asimismo, su aparición y desaparición es aleatoria, como suele suceder en los Trastornos de Ansiedad (TA).

El efecto de la ansiedad sobre la sexualidad puede variar significativamente según se trate de una ansiedad

---

## Resumen

La ansiedad y la sexualidad son en sí mismas universos tan inagotables como controvertidos. La relación entre ellas, una dupla más difícil de abordar aún.

Este artículo pretende describir las complejas relaciones existentes entre los distintos tipos de ansiedad y su impacto sobre la sexualidad.

**Palabras claves:** Ansiedad - Trastorno de Ansiedad - Sexualidad - Disfunción Sexual.

ANXIETY, ANXIETY DISORDERS AND SEXUALITY. THE COMPLEX RELATION BETWEEN ANXIETY AND SEXUAL PERFORMANCE

## Abstract

Anxiety and sexuality are in if same as inexhaustible as controversial universes. The relationship between them, a pair even more difficult to cover.

This paper aims to describe the complex relationships existing between the different types of anxiety and its impact on sexuality.

**Key words:** Anxiety - Anxiety Disorder - Sexuality - Sexual Dysfunction.

---

normal o patológica, de personas con o sin disfunción sexual, de hombres o mujeres, de individuos con TA, por nombrar solo alguna de las variables posibles.

Asimismo, existe una amplia variación individual de la respuesta sexual "*Las personas varían en su propensión tanto para la excitación como para la inhibición sexual*" (1), lo que se constituye en una de las dificultades básicas en el campo de la investigación en sexualidad.

### **Ansiedad y modelos**

En los sujetos disfuncionales pareciera que la ansiedad actúa de un modo bien distinto que en aquellos que no lo son, tanto en la ansiedad normal como en la ansiedad patológica propia de los TA.

En el modelo de Barlow, el componente cognitivo del proceso de excitación es central en la predicción de la respuesta. Este modelo sostiene que en las personas sexualmente funcionales la demanda de desempeño sexual lleva a un aumento de cogniciones positivas de control, que se traduce en un incremento atencional focalizado en señales eróticas y un aumento de la excitación autonómica.

Por otro lado, este modelo sostiene que en las personas con disfunción sexual el mismo tipo de demanda aumenta la "entrada" de cogniciones negativas y la atención se focaliza en el desempeño sexual y otras señales no eróticas, que llevan a una falla en el desempeño sexual (2).

El modelo de Barlow, que intenta explicar los mecanismos subyacentes a las disfunciones sexuales en relación a la ansiedad, difiere del modelo propuesto por Janssen y Bancroft (7). Este modelo sostiene que la excitación sexual y las conductas asociadas dependen de un mecanismo de control dual en el cerebro, que involucra el balance de sistemas excitatorios e inhibitorios. Una alta propensión para la inhibición sexual (y una baja propensión para la excitación sexual), estaría asociada a una vulnerabilidad a una disfunción sexual.

A su vez, estos investigadores dan cuenta de la tendencia paradójica a experimentar un incremento del interés sexual en estados de depresión o ansiedad característico de los grupos de individuos que presentan conductas sexuales de alto riesgo. Este paradójico incremento en el interés sexual en estados de ánimo negativo requeriría bajos niveles de inhibición de la respuesta sexual y altos niveles de excitación sexual. El modelo de "control dual", a diferencia del modelo de "distracción" de Barlow enfatiza el rol de la inhibición, donde las respuestas son suprimidas o no del mismo modo que la excitación, de modo tal que en el estudio de la excitación sexual tenemos que contemplar tanto las influencias excitatorias como inhibitorias.

Este modelo predice también que los individuos que tienen una alta propensión a la excitación sexual o una baja propensión a la inhibición sexual tienen mayor probabilidad de involucrarse en una "sexualidad problemática", como conductas fuera de control o conductas sexuales de alto riesgo.

### **Ansiedad y género**

La ansiedad en torno a la sexualidad, la respuesta sexual (fases de deseo, excitación y orgasmo) y el desempeño sexual son universos bien diferentes en el hombre respecto a la mujer. La ansiedad en los hombres se centra principalmente en cuestiones relacionadas a obtener y o mantener la erección, el control eyaculatorio, el tamaño del pene o que su pareja alcance el orgasmo. Las mujeres presentan preocupaciones que giran principalmente alrededor de aspectos emocionales del vínculo erótico, dolor a la penetración, dificultades para alcanzar el orgasmo, etc. No se requieren demasiados conocimientos para darse cuenta de la imposibilidad de homogeneizar las fuentes de ansiedad y la relación entre ansiedad y sexualidad de los hombres respecto a las mujeres.

Si bien algunas investigaciones encuentran que la ansiedad ejerce un efecto inhibitorio sobre la sexualidad en mujeres sexualmente funcionales, la mayoría de los estudios en mujeres concluyen que la ansiedad facilita la excitación sexual o a lo sumo no la afecta.

(9, 12, 13). En su investigación sobre la sexualidad en mujeres, Andersen y colaboradores concluyeron que sus estudios sugerían que la conceptualización clásica de Masters y Johnson respecto a que la ansiedad tiene un efecto adverso sobre la excitación sexual puede ser menos relevante para las mujeres (1).

### **Ansiedad en la clínica vs. ansiedad en el laboratorio**

Si bien generalmente los reportes clínicos muestran que la ansiedad afecta negativamente la excitación sexual, los estudios de laboratorio sugieren que bajo ciertas condiciones, la ansiedad puede facilitar las respuestas de excitación genital (9, 12). Estos estudios demostraron en mujeres sin disfunción sexual que la ansiedad inducida al observar una película que contenía escenas que evocaban ansiedad producía un aumento de la respuesta vasocongestiva vaginal. Las discrepancias encontradas entre los reportes clínicos y los que se obtienen en condiciones de laboratorio pueden atribuirse a diferencias entre las medidas fisiológicas (p. ej.: flujo sanguíneo vaginal) y medidas de autoreportes de excitación sexual. Los estudios experimentales que han evaluado tanto las medidas fisiológicas como los autoreportes de excitación sexual habitualmente arrojan correlaciones bajas entre ambas medidas en mujeres (11).

Otro motivo que da cuenta de esa discrepancia pueden deberse también al hecho de que la ansiedad en muchos estudios es tratada como un constructo vago y unitario.

### **Trastornos de ansiedad y sexualidad**

Los individuos con TA, particularmente los que padecen Trastorno de Pánico (TP), Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) presentan tasas más altas de disfunción sexual respecto a la población general (4, 8, 14, 15). No obs-

tante, las investigaciones sobre TA y disfunción sexual no determinan si los sesgos cognitivos<sup>1</sup>, como los que se describen clásicamente en los TA (preocupación excesiva, sobreestimación de la probabilidad de que ocurran eventos negativos, hipervigilancia, evitación cognitiva, baja tolerancia a la incertidumbre, etc.), son los mismos mecanismos involucrados en la etiopatogenia de la disfunción sexual. Uno de los principales problemas en la investigación reside en la dificultad para diseñar instrumentos de validación que permitan establecer si se activan esos sesgos. Parte de la dificultad se debe a la enorme dispersión que se produce respecto a los datos, en la medida que nos alejamos de las preguntas cerradas.

El neuroticismo, una dimensión de la personalidad caracterizada por la tendencia a experimentar sentimientos negativos y tener dificultades para manejar el estrés y los impulsos, dimensión presente en alto grado en los TA, ha sido moderadamente correlacionada con temores sexuales específicos y negativamente correlacionada con la motivación sexual (5).

Lo que observamos en la clínica es que en pacientes que padecen TA, aún en ausencia de preocupaciones sexuales específicas, altos niveles de ansiedad tiende a asociarse a cogniciones no sexuales, tales como ideas obsesivas, hipervigilancia de las sensaciones corporales, preocupaciones excesivas, etc., que de distintas maneras interfieren la respuesta sexual y/o llevan a la evitación de encuentros sexuales.

La hipervigilancia sobre las sensaciones corporales, por ejemplo, es un sesgo atencional que se activa particularmente en el TP, pudiendo interferir en la atención a la entrada de estímulos eróticos.

Un hombre que padece un TP puede interpretar erróneamente que el aumento de su frecuencia cardíaca y respiratoria y el temblor de su cuerpo son síntomas, o el pródromo de una crisis de pánico, en lugar de codificar estas sensaciones como las esperables de sentir durante el encuentro sexual. Esas atribuciones erróneas pueden llevarlo a perder la erección para luego, con la repetición de la escena, generar un circuito de ansiedad anticipatoria y finalmente evitar los encuentros sexuales.

Es claro que en este hipotético caso la disfunción eréctil o la evitación de los encuentros íntimos son secundarias a las cogniciones distorsionadas en juego de un TP comórbido. En estos casos debemos en un principio atender el trastorno ansioso, si no es nuestra intención fracasar en los intentos de hacer efectivas las técnicas clásicamente utilizadas en el tratamiento de la disfunción eréctil en la que no existe un TP asociado. Helen Kaplan lo expresaba del siguiente modo: *“Los enfermos que padecen fobias y aversiones sexuales con un sustrato de ansiedad normal suelen responder de forma muy positiva al método mencionado (se refería a las tareas de placereado<sup>2</sup> y a intervenciones breves de corte psicodinámico). En cambio, su aplicación a pacientes con un trastorno por angustia*

*subyacente, origina en ellos un estrés que moviliza resistencias. Por regla general no experimentan el efecto desensibilizador esperado, ni parece que la percepción de sus conflictos intrapsíquicos facilite su cura. Ocurre, ni más ni menos, que sus miedos y aprensiones son de una intensidad desacombrada. Más aún, en vez de reportar un beneficio, la terapia sexual agrava en ocasiones los estados de ansiedad sexual e intensifica las necesidades compulsivas de evitación” (8).*

Del mismo modo, un joven que consulta por eyacuación precoz en forma comórbida con un Trastorno de Ansiedad Social (TAS), deberá corregir en primer lugar los sesgos cognitivos propios de este TA tales como la desfocalización de la atención, el temor excesivo a ser evaluado negativamente al exponerse al juicio de los demás, etc.; antes de experimentar las técnicas específicas focalizadas en el tratamiento de su disfunción sexual.

### Ansiedad, evitación y deseo

Las conductas de evitación ya sean cognitivas o conductuales son síntomas característicos de los TA. Junto a las conductas de reaseguro, son factores que mantienen tanto la ansiedad normal como la ansiedad patológica.

Con frecuencia, las consultas por disminución del deseo sexual y baja frecuencia de contacto sexual en pacientes con TA suelen ser el resultado de la evitación progresiva del contacto sexual.

Del mismo modo, la evitación de fantasías sexuales como consecuencia de cuadros fóbicos o aversivos, puede ser el comienzo de la merma del deseo en un paciente que consulta por bajo deseo sexual. Siendo las fantasías sexuales previas y durante la relación sexual, como así también las fantasías masturbatorias, aspectos imprescindibles de evaluar en la consulta sexológica.

En las Fobias Sexuales (FS) que figuran en la nomenclatura del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), como Trastorno por aversión al sexo y Rechazo sexual respectivamente, los pacientes refieren ansiedad, miedo o asco cuando se encuentra confrontado con una situación sexual con su pareja.

La aversión al contacto genital puede estar focalizada en un particular aspecto de la experiencia sexual (secreciones, olores, penetración), si bien en muchos casos se experimenta una aversión generalizada a todos los estímulos sexuales, incluyendo los besos o caricias.

Estas personas construyen innumerables estrategias de evitación tales como quedarse hasta tarde hablando por teléfono, navegando en Internet, llevando trabajo a la casa, permitiendo que los hijos se “instalen” en la cama matrimonial, etc.

Del mismo modo que en otros TA, es fundamental reconocer en estos casos que la afectación del deseo es un fenómeno secundario a las conductas de evitación, secundaria su vez a la FS.

<sup>1</sup> Sesgo cognitivo: consiste en una preferencia sistemática en la selección de la información, basada en variables de tipo emocional, que opera automática e involuntariamente, sin conciencia o con pobre conciencia por parte de la persona. Esto significa que de acuerdo con el estado emocional presente, las personas tenderán a atender, interpretar o recordar más fácilmente un tipo de información sobre otra.

<sup>2</sup> Placereado: del inglés *pleasuring*, consiste en una técnica que se basa en dar y recibir placer con la pareja, en un encuentro en el que se proscribe el coito, con el objetivo de favorecer el encuentro íntimo y disminuir la ansiedad de rendimiento.

## Conclusiones

Los mecanismos subyacentes por los cuales la ansiedad y los TA impactan en el funcionamiento sexual son controvertidos y no están firmemente establecidos. Por lo tanto, es necesario avanzar en el conocimiento de los diversos tipos de ansiedad, para poder identificar cuáles son los que causan excitación o mayor deseo sexual y cuáles inhiben la respuesta sexual humana. Que fase de la respuesta sexual se ve más afectada y por que tipo de ansiedad (ansiedad como respuesta adap-

tativa, ansiedad de rendimiento, ansiedad patológica propia de los TA).

Asimismo, los estudios llevados a cabo en condiciones de laboratorio no tienen aún una aplicación clínica de utilidad, probablemente en parte, debido a la marcada diferencia que existe entre estos y la forma en que se presentan las consultas de ansiedad y sexualidad en la clínica. Es fundamental que aquellos profesionales que trabajan en el campo de la terapia sexual estén familiarizados con la clínica de los TA y la compleja interacción entre ansiedad y funcionamiento sexual ■

## Referencias bibliográficas

- Andersen BL, Cyranowski, JM. Women's sexuality: behaviors, responses, and individual differences. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 891-906.
- Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference. *J Consult Clin Psychol* 1986; 54: 140-148.
- Beck J, Barlow D. Current conceptualizations of sexual dysfunction: a review and an alternative perspective. *Clin Psychol* 1984; 4: 363-378.
- Fons CE. Impact of Sexual Dysfunction on Quality of Life Among Anxiety Disorder Patients [dissertation]. Michigan: Eastern Michigan University. 2008. Paper 189.
- Heaven PCL, Crocker D, Edwards B, Preston N, Ward R, Woodbridge N. Personality and sex. *Pers Individ Dif* 2003; 35: 411-419.
- Hoon EF, Wincze JP, Hoon PW. Sexual arousal in woman: a comparison of cognitive and physiological responses by continuous measurement. *Arch Sex Behav* 1977; 6: 121-133.
- Janssen E, Bancroft J. The dual control model: the role of sexual inhibition & excitation in sexual arousal and behavior. In: Janssen, E, editor. *The psychophysiology of sex*. Bloomington: Indiana University press; 2007.
- Kaplan HS. *Sexual aversion, sexual phobias, and panic disorder*. New York: Brunner/Mazel; 1987.
- Laan E, Evereard W, Aanhoud M, Rebel M. Performance demand and sexual arousal in women. *Behav Res Ther* 1993; 31: 25-35.
- Lange I, Wincze, J, Zwick W, Feldman S, Hughes P. Effects of demand for performance, self-monitoring of arousal, and increased sympathetic nervous system activity on male erectile response. *Arch Sex Behav* 1981; 10: 443-463.
- Meston CM, Gorzalka B. The effects of sympathetic activation on physiological and subjective sexual arousal in women. *Behav Res Ther* 1995; 33: 651-664.
- Palace EM, Gorzalka B. The enhancing effects of anxiety on arousal in sexually dysfunctional and functional women. *J Abnorm Psychol* 1990; 99: 403-411.
- Pawlowski W. Response to sexual films as a function of anxiety level. *Psychol Rep* 1979 Jun; 44 (3 Pt 2): 1067-73.
- Van Minnen A, Kampman M. The interaction between anxiety and sexual functioning: a controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sex Relation Ther* 2000; 15: 47-57.
- Ware MR, Emmanuel NP, Johnson MR, Brawman-Mintzer O; Knapp R, Crawford-Harrison M, et al. Self-reported sexual dysfunctions in anxiety disorder patients. *Psychopharmacol Bull* 1996; 32, 530-530.



# Sexualidad en adolescentes

Carlos Alberto Seglin

*Médico Especialista en Medicina del Adolescente por la Sociedad Argentina de Pediatría.  
Sexólogo Clínico acreditado por la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana y  
la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FLASSES).  
Jefe de la Sección Pediatría del Hospital Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar García, CABA.  
E-mail: cseglin@gmail.com*

La eclosión hormonal debida a los mecanismos que se inician en la pubertad produce dramáticas transformaciones biológicas, psicológicas y sociofamiliares en quien hasta ese momento transitaba la niñez (2, 6).

Hasta la pubertad si tenemos dos niños de sexo genéticamente femenino y masculino, solamente podemos distinguir sus cuerpos desnudos mediante los caracteres sexuales primarios (su sexo genital). Las demás características observables (arreglo, ropas, cabello) tienen una impronta social y familiar muy importante. Sus ropas nos dirán de su sexo de asignación, y mediante la observación de sus conductas podremos ubicarles en femenino/masculino/indiferenciado, de su autopercepción (identidad de género) y la forma en que se comporta y expresa hacia el exterior (identidad de rol sexual).

No debemos olvidar que nuestra mirada, también atravesada por determinantes socio-históricos, y situada culturalmente, es parte inevitable de las consideraciones que hacemos sobre la sexualidad de las personas. No somos, ni en el rol profesional, objetivos y ajenos a lo que observamos. La sexualidad nos atraviesa, estructura e interpela.

Las modificaciones hormonales transforman el fenotipo en esta etapa permitiendo la diferenciación sexual más allá de los caracteres sexuales primarios: crecimiento mamario, distribución de masa muscular y tejido adiposo, vello, es decir lo que denominamos caracteres sexuales secundarios.

La/el adolescente se verá transformada/o en un ser nuevo diferente, soñado, temido o despreciado, sujeto y objeto de deseo. Percibirá sensaciones corporales, ten-

---

## Resumen

Las diferentes modificaciones biológicas, psicológicas y sociofamiliares que ocurren durante las diferentes etapas de la adolescencia son revisadas en el presente trabajo, poniendo énfasis en el abordaje de este grupo etario en sus diferentes momentos evolutivos, al mismo tiempo que se revisan las alternativas más relevantes en las consultas de los mismos y sus padres.

**Palabras claves:** Adolescencia - Sexualidad - Etapas - Cambios hormonales.

SEXUALITY IN ADOLESCENTS

## Abstract

The various biological, psychological, family and social modifications that occur during different stages of adolescence are reviewed in this work. The emphasis is on addressing this specific age group at different evolutionary stages, while answering different questions formulated by parents and patients themselves.

**Key words:** Adolescence - Sexuality - Stages - Hormonal changes.

siones y posibilidades de descargas antes sólo esbozadas. Todo su potencial sexual y reproductivo se desplegará.

Quienes trabajamos con adolescentes sabemos de las conmociones subjetivas y familiares de esta etapa.

La eclosión de la sexualidad plantea desafíos para la familia y, demanda a quienes los asistimos respuestas que no son unívocas, donde “no hay recetas” o indicaciones categóricas (al menos deberíamos estar atentos a no expresarnos de forma que no dejemos margen a lo singular de cada situación). Es aconsejable una actitud de escucha, de acompañamiento, a la interrogación del paciente y de su familia, y solamente intervenir ante situaciones de riesgo para sí o terceros (1, 4, 5).

“¿Qué es lo normal en sexualidad?” se interrogaba Wardell Pomeroy en un texto sobre sexualidad del Dr. Roberto Gindín (4). Concluía que más allá de las normalidades estadísticas o de índoles moral, no existe una “normalidad” en sí misma que nos permita a modo de un baremo ubicar y calificar/clasificar las conductas sexuales humanas. La adolescencia agrega la variabilidad y transformación de un proceso de desarrollo intenso, tanto físico como psíquico y social.

Preguntas como “¿a qué edad es ‘normal’ iniciarse sexualmente?” deben quedar sin responder, pero nos debe llevar a planearnos frente a qué adolescente estamos, cuán es su historia personal, su contexto, su estructura psíquica. Como muchas preguntas sobre sexualidad deberían motivarnos a abrir en vez de cerrar con respuestas categóricas y, a veces, hasta imperativas. Nunca dejar de lado considerar el peso transferencial que está implícito en el rol profesional (3, 8).

Los consejos sobre sexualidad en adolescencia deben apoyarse en las prácticas del autocuidado y el respeto por sí y por los otros, y no prescripciones sobre cómo y cuándo debería ejercerse.

Si a los fines didácticos mantenemos la clásica clasificación de adolescencia el temprana, media y tardía las preguntas sobre la sexualidad y la pubertad/adolescencia suelen agruparse de esta forma (7, 9, 10, 11):

*Pubertad y adolescencia temprana (aproximadamente hasta los catorce años)*

Consulta la familia por preocupaciones sobre crecimiento y desarrollo, sobre todo frente a varones con pubertad tardía (generalmente por determinantes genéticos, familiares); subyace la pregunta por la capacidad sexual y reproductiva y a veces temores sobre la orientación sexual, ya que se liga imaginariamente la falta de desarrollo genital con homosexualidad.

En las púberes mujeres la consulta de la familia es desencadenada por la pubertad, temores a una pronta iniciación sexual, fantasías de riesgo de embarazo, consejería sobre anticoncepción.

Debe evitarse ocupar el lugar de experto que explique al/la adolescente sobre sexualidad. El /la paciente no tiene ningún interés en someterse a conversaciones sobre temas que tal vez lo/a abochornen. Respetar el pudor y propiciar encuentros con los padres para conversar sobre las dificultades para encarar los temas de la sexualidad sin que el/a adolescente esté presente es una estrategia más útil y adecuada.



En la pubertad se ponen de manifiesto las distintas formas de expresar su ser sexuado (rol de género), y cuando el/la niño/a lo hace en forma que no condice con lo esperable familiarmente, motiva consultas sobre orientación y/o identidad sexual.

Hoy día consideramos que tanto la orientación sexual, como la identidad de género, son procesos complejos que se configuran a partir de núcleos identitarios que están presentes desde la infancia temprana.

Considero que frente a una consulta en sexualidad manifestar una opinión "científica" que cristalice mediante este saber las posibilidades de autodescubrimiento y asunción del ser sexuado, es nociva en grado sumo para el pronóstico, mucho más si de la adolescencia hablamos.

Es de buena práctica plantear la necesidad de iniciar un espacio de contención y de reflexión para la familia y para el/la adolescente, ya que es necesario el tiempo para la transformación física y psicológica. Tiempo inevitable, necesario, en que debe sostenerse la tensión de los interrogantes, facilitando la aparición del sujeto en la mayor plenitud posible.

#### *Adolescencia media (14 a 16 años)*

Generalmente es el momento en que las mujeres y los varones alcanzan su aptitud reproductiva, y la pulsión sexual irrumpe plenamente llevando a exploraciones individuales y compartidas. Cuando la estructura psíquica no sostiene esta crisis, se producen derrumbes que manifiestan la imposibilidad: cuadros depresivos,

trastornos de la conducta alimentaria, episodios pseudopsicóticos, desencadenamientos psicóticos.

Es generalmente la etapa del inicio de las relaciones sexuales compartidas, y cuando los recursos psíquicos son adecuados ocurren sin más presiones que las sociales.

Debe intervenir enfáticamente ante la pregunta por la conveniencia de favorecer el inicio sexual del adolescente varón mediante la intervención de un adulto que tramite un encuentro prostibulario. Si nos encontramos frente a un adolescente con limitaciones en su capacidad intelectual o ante una estructura psíquica frágil, puede ser especialmente grave e imprevisible en sus efectos.

Habitualmente estas propuestas vienen de la vertiente paterna, o de quien detente ese lugar y es necesario plantear la importancia de que cada persona realice su deseo mediante sus posibilidades, desmitificando la creencia vulgar que relaciona malestar o ansiedad del paciente con necesidad de "descarga sexual", sin poder reflexionar que, proveer de una facilitación de esa descarga, planteará nuevas necesidades que el paciente podría incorporar como otra obligación familiar, así como la alimentación o el cuidado.

La negación familiar frente a un hijo psicótico, no les permite prever la devastación que puede producirse si se lo somete a una práctica que no puede agenciarse, y es función profesional advertirlos.

#### *Adolescencia tardía (desde los 16 a los 20 años)*

La mayoría de los/as adolescentes se han iniciado sexualmente y evaluando la singularidad de cada pacien-



te, es posible preguntarles en la consulta (sin la presencia de los adultos, claro está) sobre si se ha iniciado sexualmente. Si es un tema en el que nos permiten averiguar, podemos informarnos sobre uso de anticonceptivos, conocimiento de la anticoncepción de emergencia, y si percibimos empatía, sobre la calidad de sus relaciones en cuanto a libertad para decidir las y satisfacción obtenida.

Entramos aquí en un tema de suma delicadeza, en el que el respeto por la intimidad y el pudor del/la paciente es primordial. Suele ser necesario avanzar lentamente, en más de una entrevista y señalando la importancia que tiene para el profesional la satisfacción sexual como parte de la salud integral, así con el respeto hacia el paciente sobre su decisión de tener o no relaciones sexuales, o de hablar de ello en la consulta.

Hacia el final de esta etapa aparecen las preguntas sobre dificultades en la sexualidad; en los varones generalmente en relación a la eyaculación precoz, y en menor medida por disfunciones erectivas; y en las consultas ginecológicas o con profesionales de su mismo sexo, las jóvenes pueden expresar su dificultad en ser penetradas, o algias pélvicas, o síntomas genitourinarios como expresión indirecta de su padecimiento.

El orgasmo femenino puede ser una adquisición posterior en el descubrir de sus capacidades sexuales, y cuando no se alcanza si la profesional no lo interroga, no habilitará la posibilidad de incluirlo como tema de salud.

Es necesario destacar que los factores ambientales (tiempo y lugar de encuentros sexuales, temor a ser descubiertos, incomodidad, falta de privacidad) son muy importantes en esta etapa por la real dificultad en los jóvenes de disponer de espacios de encuentro adecuados. Sin embargo esta imposibilidad no es contemplada por los adolescentes o es minimizada, sin percibir cómo influye en las posibilidades de tener encuentros satisfactorios y "funcionalmente" adecuados.

### *Adulthood temprana*

En el reciente Congreso de Adolescencia realizado en mayo de 2013 en Buenos Aires se planteó esta etapa, que se extiende sobre todo en las sociedades urbanas hasta los 25 a 26 años como un momento intermedio entre la adolescencia y la plena adultez. En lo que a sexualidad se refiere las consultas sobre las dificultades de la sexualidad son más consistentes y puede iniciarse el tratamiento con mejores posibilidades terapéuticas.

### **A modo de síntesis y conclusión**

La adolescencia es una compleja y singular etapa que tiene como sustrato la biología del sujeto y que se desencadena mediante procesos de regulación hormonal que se inician entre los nueve y los quince años, siendo más precoces en las mujeres y que conllevan cambios psicológicos de apropiación del cuerpo sexuado en un contexto familiar, y socio histórico que no puede desconocerse si pretendemos acompañarlos desde nuestro rol profesional.

La revisión de nuestro propio sistema de valores sexuales es una herramienta imprescindible para realizar esta tarea de forma adecuada y respetuosa de la propia evolución de cada paciente. El respeto por las decisiones individuales y las formas diversas del ejercicio de la sexualidad debe ser la principal condición en la práctica profesional para favorecer las condiciones de realización libre, plena, responsable y placentera de las personas.

### **Agradecimientos**

A los Dres. Delia Zúccoli y Alexis Mussa quienes, compartiendo los interrogantes de su propia práctica clínica, motivaron y contribuyeron a plasmar estas líneas. Para ellos mi sincero agradecimiento ■

### **Referencias bibliográficas**

1. Abraham G, Passini W. Introducción a la Sexología Médica. Barcelona: Crítica; 1980.
2. Alzate H. Sexualidad Humana. Bogotá: Temis; 1982.
3. Caldiz L. Viviendo nuestra sexualidad. Buenos Aires: Estaciones; 1985
4. Gindín LR. La nueva sexualidad del varón. Buenos Aires: Paidós; 1987.
5. Giraldo Neira O. Explorando las sexualidades humanas. México: Trillas; 1981.
6. Gomensoro A, Lutz E. El dilema sexual de los jóvenes. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental; 1985.
7. Kornblit AL, Méndez Diz AM. Modelos sexuales en jóvenes y adultos. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1994.
8. Money J. Errores sexuales del cuerpo y síndromes relacionados. Buenos Aires: Biblos; 2002.
9. Money J. Lovemaps - Clinical concepts of sexual/erotic health and pathology, paraphilia, and gender transposition in childhood, adolescence, and maturity. New York: Prometheus Books; 1986.
10. Seglin CA. Sexualidad Adolescente. En: Pasqualini D, Llorens A, compiladores. Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral. Buenos Aires: OPS/OMS - Facultad de Medicina/Universidad de Buenos Aires; 2010. p. 380-387.
11. Seglin CA. La primera vez, una guía para los que inician su sexualidad. Buenos Aires: Planeta; 1996.



# Sexualidad, narcisismo y genitalidad en la obra de Philip Roth

Daniel Matusevich

Médico Psiquiatra.

E-mail: [daniel.matusevich@hospitalitaliano.org.ar](mailto:daniel.matusevich@hospitalitaliano.org.ar)

## Introducción

En el presente artículo examinaremos algunos aspectos de la relación entre genitalidad, sexualidad y narcisismo, en la vejez, a partir del análisis de algunos fragmentos del libro *El animal moribundo*, escrito por el novelista americano Philip Roth (8).

En dicha obra, el autor relata la relación entre un profesor de literatura de 62 años y su alumna, que acusa 24. Los detalles y las precisiones acerca de cómo estas dos personas se encuentran y comparten importantes aspectos de su vida, poniendo especial énfasis en el contenido sexual de los mismos, esperamos nos permitan echar algo de luz sobre una temática bastante poco explorada en el panorama psicológico actual, como es la genitali-

dad en la vejez masculina en aquellas personas en las que predominan los rasgos narcisistas de personalidad.

## Antecedentes

En una interesante producción con material escrito y fotográfico publicada en el diario *El País* de España en enero del 2011, Sánchez Mellado escribe que el sexo en la vejez es quizás uno de los últimos tabúes que permanecen intactos, después de todas las revoluciones sexuales del siglo XX y hasta bien entrado el XXI. La autora relata en dicha nota que ningún modelo de ninguna agencia de España (país de origen de la glosa) quiso aceptar un traba-

---

## Resumen

En el presente artículo examinaremos algunos aspectos de la relación entre genitalidad, sexualidad y narcisismo en la vejez a partir del análisis de algunos fragmentos del libro *El animal moribundo*, escrito por el novelista americano Philip Roth.

**Palabras claves:** Sexualidad - Vejez - Narcisismo - Genitalidad - Philip Roth.

SEXUALITY AND NARCISISM IN THE WORK OF PHILIP ROTH

## Abstract

The aim of this paper is to describe aspects of the relation between sexuality and narcissism in the elderly starting from some fragments of *The dying animal*, written by the american novelist Philip Roth.

**Key words:** Sexuality - Elderly - Narcissism - Philip Roth.

---

jo que implicaba posar desnudo tocándose, besándose y acariciándose con sus arrugas, sus carnes maduras y con las manchas atribuidas a la edad; tampoco ninguno de la docena de veteranos actores y actrices a los que se invitó a participar. Hasta llegaron a consultar a socios de clubes naturistas que también rechazaron la propuesta (13).

La propia Sánchez Mellado plantea que la respuesta a esta situación puede estar dada en que, si bien la sexualidad de los jóvenes y los adultos de mediana edad se da por supuesta, la de los mayores se da por extinta. Se tiende a pensar que en un determinado momento entre los sesenta y los setenta años se acabó lo que se daba, los abuelos, lo sean o no, pasan a considerarse seres asexuados. Los besos húmedos, la pasión, los orgasmos, las caricias íntimas, los gemidos son palabras mayores que la mayoría prefiere ignorar. Es dado por imposible, no entra en la cabeza o es de mal gusto pensarlo, siquiera; cosa de viejos verdes (13).

En esta línea, Flores Colombino sostiene en su texto clásico que la sexualidad del anciano siempre fue negada debido a su desvinculación con la función reproductiva; argumenta que la sexualidad es una función humana dinámica, de dimensión biopsicosocial, al igual que todas las conductas humanas, permitiendo que el ser humano actual pueda programar voluntariamente casi todos los detalles de su vida sexual, gracias a los conocimientos recibidos de sus mayores, de sus médicos, de sus amigos y, sobre todo, de sus lecturas. Escritas hace quince años, estas reflexiones conllevan la importancia de haber instalado el tema en el horizonte de nuestra especialidad, pero al estar caracterizadas por una mezcla de biologismo e ingenuidad, debemos considerarlas de manera relativa, valorándolas desde el punto de vista de la historia reciente pero intentando trascenderlas a partir de nuevas elaboraciones que vayan más allá de lo que el autor denomina la "*Edad del Erotismo*", haciendo referencia a una mirada romántica sobre la vejez distinguida por los mitos órficos de Platón, en donde Eros se presenta como el rayo divino que lleva a la búsqueda de la belleza en cuerpos y formas, a trascender hacia la belleza sublime, la hermosura perfecta, los valores últimos y la divinidad, llevando al hombre a volver a su origen celestial (3).

Poniendo nuevamente los pies sobre la tierra, en la tercera edición del Manual de Psiquiatría Geriátrica de la Asociación Americana de Psiquiatras, Ewald Busse detalla algunos matices de la cuestión que transcribiremos brevemente, ya que, independientemente del estilo de estudio longitudinal al que son afectos los autores anglosajones, conllevan un interés y una curiosidad valiosa para la causa que estamos tratando de presentar en este artículo. Este autor sostiene que el nivel de actividad sexual en la vejez está relacionado, entre otras cosas, con el nivel socioeconómico, que a su vez está ligado a la salud física; sabemos que, sin un buen estado de salud, llevar adelante una vida genital activa es prácticamente imposible. También plantea que socialmente es mejor aceptado la interacción entre hombre mayor y mujer joven que lo contrario, a pesar de que se registra un aumento de mujeres que están con hombres más jóvenes (2).

En un interesante artículo acerca de la resiliencia, Vaillant y Martin-Joy niegan de manera enfática que el gran tema al cual están enfrentados aquellos que atraviesan la barrera de los ochenta sea la muerte y sus múltiples variaciones; si así fuera, sostienen los autores, es probable que estemos frente a una persona deprimida. Proponen que los procesos de psicoterapia no estén centrados de manera casi exclusiva en los duelos, sino que incluyan la posibilidad de continuar descubriendo nuevas posibilidades y desarrollando la capacidad de continuar jugando. En esta línea, plantean que uno de los hallazgos del estudio Grant, llevado adelante por George Vaillant en la Universidad de Harvard, muestra que los médicos no preguntan lo suficiente acerca del sexo a sus pacientes. Avanzan aún más en esta línea argumental, ya que sostienen que la posibilidad del profesional de profundizar en estas cuestiones está directamente ligada a su propia vida sexual, específicamente a los logros y a los fracasos que la hayan caracterizado. Intuimos que le será muy difícil a aquel profesional que no esté conectado con su propia sexualidad poder acompañar a sus pacientes a través de un terreno imbuido de prejuicios, falsas creencias, estereotipos sociales y discriminación (4).

El clásico informe Kinsey acerca del comportamiento sexual humano no contribuyó en nada a mejorar el panorama, ya que sobre los 12.000 individuos encuestados solo 186 eran mayores de 60 años. Como consecuencia de este hecho, de las 1646 páginas del informe solo siete están dedicadas a la sexualidad en la vejez; a su vez, las preguntas formuladas y el enfoque propuestos para nada tienen en cuenta la complejidad del tema abordado (1).

### Philip Roth

En un artículo publicado en el año 2011 estudiamos el suicidio y el narcisismo en la vejez tomando como eje articulador otra obra de Philip Roth, en ese caso *La Humillación* (5, 10); ocurre que este autor ha dedicado los últimos años de su vida a profundizar en diferentes aspectos del envejecimiento (la muerte, los duelos, el suicidio, la sexualidad, la genitalidad, las relaciones intergeneracionales, la decadencia, los olvidos, las parejas, las enfermedades) utilizándose a sí mismo (tiene ochenta años) como objeto de análisis en lo que podríamos llamar la segunda trilogía compuesta por la mencionada *La humillación*, *Elegía* y *Sale el fantasma* (9, 12), tres obras breves pero de una profundidad sombrosa en las que bucea con agudeza en los temas mencionados anteriormente, construyendo uno de los trabajos más complejos e interesantes aparecidos en los últimos tiempos en relación al tema de la vejez y a lo que quizás son algunos de sus matices más complejos.

Otra obra de referencia del mismo autor, que es necesario mencionar aquí es *Patrimonio. Una historia de vida* (11), donde Roth escribe acerca de los últimos días de vida de su propio padre, de 86 años de edad, aquejado de un tumor cerebral; en este texto podemos apreciar cómo se va instalando la figura de cuidador familiar a medida que la devastación de la enfermedad, la decaden-

cia física y la muerte van tomando el control de la vida de Herman Roth, un agente de seguros retirado, vital y con un testarudo compromiso con la vida. Las conversaciones que tiene nuestro autor con su padre moribundo (el barrio de Newark, la madre, los deportes, etc.) van delineando un maravilloso fresco de la relación paterno filial a la altura de otros textos de referencia en relación a esas cuestiones, como los escritos por Martin Amis, Paul Auster o Hanif Kureishi.

En una entrevista aparecida en marzo del 2013, Philip Roth comenta que decidió dejar de escribir (“[ ... ] *mi batalla con la escritura terminó* [...] estuve varios meses tratando de empezar algo nuevo y no tuve ningún éxito [ ... ]”), lo que agrega aún más elementos de análisis a una obra singular escrita en un momento especial de la vida del autor (“[ ... ] en los próximos años tengo que afrontar dos calamidades, mi muerte y mi biografía, esperemos que la primera llegue antes”), quien actualmente solo trabaja en su biografía con Blake Bailey. Escribir acerca del final precisamente cuando se lo está atravesando equivale a ser corresponsal de guerra y enviar reportes desde el mismo frente de batalla, nos permite a los que no estamos allí ser testigos privilegiados de situaciones y momentos vitales excepcionales presentados de manera novelada pero con una potencia descriptiva que en ocasiones puede llegar a superar a los reportes de nuestros propios pacientes (6). Parafraseando a Nicholas Ray, en este caso las historias son más grandes que la vida misma y nos facilitan el acceso a significados y sentidos que de otra manera quedarían velados (7).

Por esta situación es que el modelo narrativo aplicado al trabajo con nuestros pacientes propone una combinación entre lectura y escritura como vía regia de acercamiento al mundo de aquellos que sufren, en tiempos en los que el modelo biotecnológico pareciera haber monopolizado todos los campos de nuestra especialidad y donde las historias han dejado de ocupar el lugar central que siempre tuvieron en la comprensión del mundo del paciente.

La decisión de volver a considerar los rasgos narcisistas de personalidad como elemento central de nuestras consideraciones se justifica en que la combinación de dichos rasgos con el proceso de envejecimiento amplifican algunas de las situaciones más difíciles de dicha etapa y su clínica, fundamentales para poder acercarnos al menos a la comprensión de las grandes dificultades que presentan las personalidades narcisistas para atravesar el capítulo final de sus vidas, caracterizado por la soledad, el aislamiento, la depresión, el vacío y a veces también por el suicidio.

A continuación transcribiremos algunos párrafos significativos de la novela e intercalaremos breves comentarios analíticos acerca de los mismos, intentando ampliar los alcances de lo escrito por nuestro autor.

### El animal moribundo

*“( ... ) no existe ninguna igualdad sexual y no puede existir, ciertamente, ninguna en la que las asignaciones sean iguales, el cociente masculino y el cociente femeni-*

*no en perfecto equilibrio. No existe ninguna manera de manejar métricamente esa cosa salvaje. Es un intercambio de dominio, un desequilibrio perpetuo. ¿Vas a eliminar la docilidad? ¿Vas a eliminar el dominio? La dominación es el pedernal que enciende la chispa y pone el asunto en marcha ( ... )”.*

En este primer párrafo seleccionado detectamos un elemento central en la cosmovisión del autor para comprender los procesos sexuales que pretende describir, la mujer joven que interactúa con el hombre viejo. Imagina el campo sexual como un campo de batalla donde los contendientes juegan juegos de dominación. Parece creer que la diferencia generacional lleva implícita diferentes escenarios (el intelectual, el económico), no solo el sexual, donde se libra una batalla por el control de la relación. Quizás la singularidad de este planteo radica en que la parte masculina del asunto necesita de manera urgente, desesperada, manejar la relación en vista de la conciencia que da el devenir de la imposibilidad de controlar la propia vida.

*“Pero, al mismo tiempo, la entrega íntima a un hombre mucho mayor aporta a esta clase de joven un tipo de autoridad que no puede tener en una relación sexual con un hombre más joven. Obtiene los placeres de la sumisión y los placeres del dominio. Que un muchacho se someta a su poder... ¿qué significa eso para una criatura tan patentemente deseable? Pero ¿qué este hombre de mundo se someta tan solo por la fuerza de su juventud y su belleza?... haberse convertido en la pasión devoradora de un hombre inasequible en todos los demás campos... eso es poder y es poder lo que ella quiere”.*

Por un lado tenemos a un intelectual reputado, a un profesor admirado, por el otro a una aristócrata cubana, a una belleza impar en su mundo, esos son los jugadores que juegan el juego; el autor parece creer en la existencia de un intercambio de valores, belleza y juventud en una esquina, magia intelectual en la otra. Nos sugiere que la diferencia de edad es aceptada y se sostiene en las características particulares de la pareja, que está dada por los valores que se intercambian para llegar al sexo. Nos sigue diciendo Philip Roth: *“( ... ) no importa cuánto sepas, no importa cuánto pienses, no importa cuánto maquinas finjas y planees, no estás por encima del sexo. El sexo es lo que desordena nuestras vidas normalmente ordenadas”.* Entonces para nuestro autor el nombre del juego definitivamente es sexo, entendiendo por sexo a la genitalidad más pura y dura, que es el valor de intercambio en la pareja que consideramos.

*“Lo único que entiendes acerca de los viejos cuando no eres viejo es que su época los ha marcado. Pero entender solo eso no hace más que inmovilizarlos en su tiempo, y por ello equivale a no entender en absoluto. Para quienes todavía no son viejos, ser viejo significa que has sido. Pero ser viejo también significa que, a pesar de haber sido, además de haber sido y aunque hayas sido en exceso, sigues siendo. Lo que has sido está muy vivo. Todavía eres, y te obsesiona tanto el*

*ser todavía y su plenitud como el ya haber sido, lo pretérito. Considera la vejez de este modo: que tu vida este en juego es un hecho cotidiano. Uno no puede eludir el conocimiento de lo que le aguarda dentro de poco. El silencio que le rodeara para siempre. Por lo demás todo es lo mismo. Por lo demás, uno es inmortal mientras vive”.*

Para nuestro autor, el significante que sobrevuela esta etapa vital es evidente, la muerte se despliega, silenciosa o escandalosa, pero omnipresente. Entonces debemos enmarcar tanto a la genitalidad como a la sexualidad en este contexto, el de la decadencia (“[ ... ] al tiempo que observas continuamente tu decadencia, en virtud de una vitalidad que no remite te encuentras a considerable distancia de la decadencia, incluso te sientes airoosamente al margen de ella. Es inevitable que haya una multiplicación de las señales que conducen a la desagradable conclusión [ ... ]”), quizás un último intento, desesperado, de negarla. Para la acabada comprensión de lo que estamos intentando describir es absolutamente fundamental no perder de vista en ningún momento que estamos hablando de aquellos en los que los rasgos narcisistas de personalidad marcan la pauta de la vida y, también, de la muerte. Es a partir de este detalle que debemos intentar comprender estos entrecruzamientos entre sexualidad, genitalidad y muerte.

*“Hasta no hace muchos años existía una manera preconcebida de ser viejo, como existía una manera preconcebida de ser joven. Ya no prevalece ni una ni otra. Ha tenido lugar una gran lucha por lo permisible y se ha dado un gran vuelco. De todos modos, ¿debería un hombre de setenta años involucrarse en el aspecto carnal de la comedia humana? ¿Ser un hombre mayor que rechaza sin disculparse la vida monástica, todavía susceptible de excitarse humanamente? No es esa la condición simbolizada en otro tiempo por la pipa y la mecedora. Tal vez todavía ofende un poco a la gente quien no se rige por el viejo reloj de la vida. Comprendo que no puedo contar con la consideración virtuosa de otros adultos. Pero, ¿qué puedo hacer ante el hecho de que, por lo que puedo decir, no hay nada, absolutamente nada que se apacigüe, por muy viejo que sea uno?”.*

Creo que la gran pregunta que es necesario formularse aquí es qué vemos cuando nos enfrentamos al cuadro del viejo que no rechaza “el aspecto carnal de la comedia humana”, porque es tan difícil para los más jóvenes representarse esa imagen digna de una pintura de El Bosco. Quizás los únicos viejos autorizados a participar son aquellos que “se conservan bien”, aquellos que tienen una apariencia juvenil, con lo que se volvería a cerrar el círculo acerca de que la genitalidad es una cosa de jóvenes. Es provocadora la idea de enfrentarnos a la caída de los modos preconcebidos en torno al “ser viejo”; pareciera que hoy, al menos en ciertos grupos sociales, económicos y culturales, se está comenzando a asistir a la posibilidad de elegir modos de transitar la ancianidad. Este fenómeno nos planteará interesantes interrogantes en torno a la sexualidad, de todas formas creemos que aún es temprano para analizarlos a fondo o sacar conclusiones definitivas. En cambio, si podemos examinar de forma un poco más detallada el prejuicio que existe

frente a las relaciones sexuales establecidas en las que la clave está dada por la diferencia generacional (el ejemplo extremo tal vez este dado por la combinación mujer vieja-hombre joven), en el texto de Roth mujer joven-hombre viejo; tema con múltiples aristas, aquí solamente escribiremos que en un número importantes de casos son los propios ancianos quienes consideran criticable los intercambios genitales entre personas de diferente edad, tal vez debido a que los mismos claramente se oponen a equilibrios establecidos prácticamente desde los orígenes de la modernidad.

*“¿Puedes imaginar la vejez? Claro que no. Yo no lo hice, no pude hacerlo, no tenía idea de cómo era. Ni siquiera una falsa imagen: ninguna imagen. Nadie quiere que sea de otra manera. Nadie quiere enfrentarse a nada de eso antes de que deba hacerlo. En la energía de la muchacha, en su entusiasmo, en su desconocimiento juvenil, en su conocimiento juvenil, la diferencia resalta de un modo dramático a cada instante. No es que te creas veinteañero porque juegues con ellos, sino que notas la diferencia en cada segundo del partido. Pero por lo menos no estas sentado en el banquillo”.*

Dos imágenes del narcisismo que dejan muy claro el sentido que se le adscribe al territorio representado por la vejez: el lugar al que ni siquiera uno se puede asomar, el espacio de la más absoluta imprevisibilidad y el destino que, tal vez, solo puede ser negado a través de un intercambio activo con aquellos más jóvenes. No se trata tanto de la creencia en una eterna juventud sino más bien de la convicción del rechazo de una zona de incertidumbre que se presenta ominosa amenazando el equilibrio presente. Esa amenaza puede presentarse de muchas formas, la genitalidad es una de ellas, tal vez una de las más complejas, ya que el lenguaje de los cuerpos envía un mensaje que el narcisismo no puede refutar, es entonces que el refugio en un cuerpo más joven puede ser una condena o una liberación, o las dos cosas al mismo tiempo, como es el caso del protagonista de nuestra historia y de tantos pacientes masculinos según el momento que estén atravesando.

*“Lejos de sentirte joven, notas el patetismo de su futuro ilimitado en contraposición con el tuyo, que es limitado, percibes incluso con más intensidad que de ordinario el patetismo de los dones naturales que has perdido. No deja de resultar interesante que sea la primera vez en toda tu vida en que te hallas totalmente fuera mientras estas adentro. Al tiempo que observas continuamente tu decadencia (si eres tan afortunado como yo), en virtud de una vitalidad que no remite te encuentras a considerable distancia de la decadencia, incluso te sientes airoosamente al margen de ella”.*

La historia de la sexualidad de nuestro profesor se escribe en clave de las pérdidas y de los duelos, sobre todo de aquellos que no pudieron terminar de elaborarse. Un elemento fundamental cuando predominan los rasgos narcisistas de personalidad es la cuestión de los duelos no resueltos y de cómo estos se reactivan en la vejez. Los cambios, sobre todo los físicos y los intelectuales, siempre son leídos en clave de decadencia y deterioro, lugares que no dejan espacio alguno para la elabo-



ración y sí para la depresión y el desasosiego. Cualquier alteración del equilibrio puede ser desastrosa, oscilando entre los polos de la angustia y la tristeza y el colapso narcisista como máxima expresión de lo que estamos tratando de analizar.

*“Porque en el sexo no existe un punto de estancamiento absoluto. No existe ninguna igualdad sexual y no puede existir, ciertamente, ninguna en la que las asignaciones sean iguales, el cociente masculino y el cociente femenino en perfecto equilibrio. No existe ninguna manera de manejar métricamente esa cosa salvaje. No es un cincuenta por ciento, como en una transacción mercantil. Estamos hablando del caos de Eros, de la desestabilización radical que es la excitación. Con el sexo vuelves a estar en el bosque, vuelves a estar en la ciénaga. Es un intercambio de dominio, un desequilibrio perpetuo. La dominación es el pedernal que enciende la chispa y pone el asunto en marcha”.*

En trabajos anteriores planteamos que los viejos en los que predominan los rasgos narcisistas de personalidad establecen relaciones basadas en el control; en la historia imaginada por Philip Roth es así como sucede y nuestro profesor vive permanentemente atribulado por la posibilidad de perderlo, más que nada en el ámbito sexual ya que su compañera lo sumía en un mar de dudas: *“( ... ) sin embargo, ese era el motivo de que el temor a perderla a manos de otro hombre nunca me abandonara, el motivo de que la tuviera siempre en mi mente, de que, a su lado o alejado de ella, nunca estuviera seguro de Consuelo. Nuestra relación tenía un lado obsesivo que era terrible. Los celos. La incertidumbre. El temor a perderla, incluso cuando estaba encima de ella. Unas obsesiones que pese a mi variada experiencia no había tenido jamás”.* Podemos decir, entonces, que una genitalidad activa en un caso como el que estamos analizando, y en otros semejantes, actúa como trampa, ya que en un sentido aleja al viejo de la muerte

pero lo sumerge en las incertidumbres de una genitalidad vertiginosa, que despierta pasiones e inseguridades muy difíciles de manejar.

*“¿Qué haces si tienes sesenta y dos años y el impulso de apropiarte de lo que aún puede ser tuyo es irresistible? ¿Qué haces si tienes sesenta y dos años y te das cuenta de que todos esos órganos invisibles hasta ahora (riñones, pulmones, venas, arterias, cerebro, intestinos, próstata, corazón) están a punto de empezar a hacerse penosamente evidentes, mientras que el órgano más sobresaliente durante toda tu vida está condenado a reducirse hasta la insignificancia?”.*

La comprensión del vínculo entre cuerpo y narcisismo es fundamental para poder acceder al significado que la genitalidad tiene para estas personas; la importancia asignada a la sexualidad es nula, casi inexistente, mientras que la genitalidad, representada en este caso por el pene, es prácticamente el único valor de intercambio. Tener que vivir con la posibilidad concreta de su desaparición implica estar condenado a ser testigo de cambios que son vividos inevitablemente como decadencia. Implica que nada esté por encima de la genitalidad por lo que su pérdida es casi imposible que pueda ser significada, ya que estamos frente a una vida marcada por la gratificación sexual, pero totalmente alejada de cualquier compromiso emocional.

**Agradecimiento:** este artículo jamás hubiera llegado a buen puerto si no fuera por la inspiración aportada por Marina. Todo mi agradecimiento para ella ■

## Referencias bibliográficas

1. Anzola Perez E, Sexualidad en los Ancianos. En: Anzola Perez E, Galinsky D, Morales F, editores. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington: Organización Panamericana de la salud; 1997.
2. Busse E. Somatoform and psychosexual disorders. In: Busse E, Blazer D, editors. Textbook of geriatric psychiatry. Washington: American Psychiatry Press; 1996.
3. Flores Colombino A. La sexualidad en el adulto mayor. Buenos Aires: Lumen; 1998.
4. Martin-Joy J, Vaillant G. Recognizing and promoting resilience. In: Depp C, Jeste D, editors. Successful cognitive and emotional aging. Washington: American Psychiatric Publishing; 2010.
5. Matusevich D. Suicidio en la vejez: análisis de *La humillación* de Philip Roth. *Vertex* 2010; 21 (92): 306-313.
6. McGrath CH. Goodbye, frustration: pen put aside, Roth talks. *New York Times*. Sábado 17 de noviembre de 2012.
7. Ray N. *Bigger than life* [DVD]. 1956.
8. Roth P. El animal moribundo. Buenos Aires: Sudamericana; 2010.
9. Roth P. *Elegía*. Buenos Aires: Mondadori; 2006.
10. Roth P. *La humillación*. Buenos Aires: Mondadori; 2010.
11. Roth P. *Patrimonio: una historia verdadera*. Buenos Aires: Seix Barral; 2003.
12. Roth P. *Sale el fantasma*. Buenos Aires: Mondadori; 2007.
13. Sanchez Mellado L. El último tabú. Sexo a partir de los 60. *El País Semanal*. Domingo 9 de enero de 2011; p. 50.

*el rescate y la memoria*



## Richard von Krafft-Ebing: las perversiones sexuales como problema médico y legal

Norberto Aldo Conti



### Biografía

Nació en Mannheim, Suiza, el 14 de agosto de 1840. Comenzó sus estudios de medicina en Heidelberg pero, a causa de una epidemia de tifus, debió continuarlos en Zurich lo cual le permitió conocer la enseñanza psiquiátrica que Griesinger impartía en el Bulghölzli. La enseñanza de Griesinger fue determinante en su elección profesional por la psiquiatría. En 1863 presentó una tesis doctoral sobre los *estados delirantes* tema al que aportó importantes conceptos y que orientó el pensamiento juvenil de Kraepelin sobre los mismos. Luego trabajó en el Asilo de Illenau, en el Ducado de Baden, durante cuatro años para posteriormente establecerse en Baden-Baden.

En 1870 es nombrado Profesor de Psiquiatría en la Clínica Universitaria de Estrasburgo y comienza una larga carrera institucional siendo en 1873 Profesor de Psiquiatría en Graz y Director del Asilo de Feldhof, en 1889 Director de la Clínica Universitaria anexa al Asilo de Viena y en 1892, a la muerte de Meynert, Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital General de Viena de donde se retira en 1902 para volver a Graz en donde fallece el 22 de diciembre de ese año.

Su pensamiento científico quedó plasmado en un gran número de artículos en revistas de la época y especialmente en sus tres libros: *Psicopatología Legal* (1875), considerado el primer manual sobre el tema en el mundo, en el cual se ocupa de la situación médico legal de los insanos en Austria, Alemania y Francia, *Manual de Psiquiatría* (1879) muy reconocido en el mundo francoalemán en él propone una psicopatología descriptiva y una nosografía etiológicamente determinada y su obra más famosa, motivo de esta presentación, su *Psychopatia Sexualis* (1886) que constituye el primer intento de una descripción integral de la patología sexual humana desde la mirada médico-psiquiátrica y médico-legal.

## Pensamiento psiquiátrico

Como dijimos anteriormente, el pensamiento de Griesinger fue un influjo importante en la formación de Krafft-Ebing y, a partir de él, adhirió a la *teoría de la degeneración* de Morel, de gran influjo en Francia, donde la adoptó, secularizada, Magnan, uno de los organizadores de la mirada clínica francesa en el último cuarto del siglo XIX, y también en Alemania donde la popularizó entre otros Krafft-Ebing teniendo vigencia hasta, por lo menos, la primera edición del *Tratado de Psiquiatría* de Kraepelin (1883).

La *teoría de la degeneración* lo lleva a adoptar una clasificación de la patología mental básicamente dual, según la enfermedad se exprese en un sujeto sano o en un *degenerado constitucional*, al igual que en la clasificación francesa de Magnan, pero Krafft-Ebing incluye otra dicotomía clasificatoria, inspirada en Georget, que diferencia a las *psicosis orgánicas* de las *psicosis funcionales*, de esa manera queda el siguiente ordenamiento nosográfico:

### 1. Psicosis Orgánicas

- Delirio Agudo
- Parálisis General Progresiva
- Demencia Senil
- Intoxicaciones

### 2. Psicosis Funcionales

- a. Psiconeurosis: curso típico procesal
  - Manía
  - Melancolía
  - Wahnsinn
- b. Degenerados constitucionales: estigmatología psíquica y física.
  - Curso atípico, desarrollo constitucional
  - Paranoia: delirio crónico, no diferencia formas alucinatorias y no alucinatorias.

Krafft-Ebing es el primer psiquiatra que utiliza el término *psiconeurosis* en forma amplia y sostenida para hacer referencia a toda aquella patología psicótica no degenerativa, este uso desaparece luego de Kra-

fft-Ebing para tomar el sentido divulgado por Freud. También aportó algunos conceptos importantes para la consolidación del término *paranoia*, en efecto, si bien *paranoia* se utilizaba en Alemania desde principios del siglo XIX se lo hacía para referir a *locura* en general, recién con Kahlbaum (1863) toma un sentido más específico como locura delirante, Krafft-Ebing define a la *paranoia* como una forma de alienación mental que actúa sobre el juicio y el razonamiento y que genera delirios sistematizados tanto en la infancia como en la adultez y, emparentados con estos estados francamente delirantes, define otras alteraciones dispuestas en las márgenes de los delirios: los *anormalmente suspicaces* y los *pleitistas*, para los cuales reconoce variados problemas medico-legales.

## Psychopathia sexualis (1886)

Como ya dijimos, esta obra es la primera mirada médico-psiquiátrica de conjunto sobre el universo de las alteraciones sexuales humanas, su línea interpretativa está montada plenamente sobre la *teoría de la degeneración* considerando a las perversiones sexuales de naturaleza congénita y degenerativa, se puede tener una desviación adquirida por circunstancias vividas (homosexualidad en cárceles y ejércitos) pero las perversiones verdaderas son siempre de etiología degenerativa.

Krafft-Ebing acuñó en esta obra una serie de términos que luego se impusieron en el lenguaje médico del siglo XX: llamó *sadismus* a la tendencia a sentir excitación y placer generando dolor físico y/o humillación moral en el partenaire inspirándose en las novelas del Marqués de Sade, llamó masoquismo a la tendencia a sentir excitación y placer a partir del propio dolor y humillación inspirándose en la novela *La Venus de las pieles* del escritor austríaco Leopold von Sacher-Masoch (1836-1895) a quien Krafft-Ebing conoció y de quien se dice que esa novela y otras similares eran autobiográficas, llamó fetichismo a la tendencia a sentir excitación y placer a partir de una parte del cuerpo femenino o una prenda de vestir femenina (fetichismo del cabello, fetichismo del calzado, etc.).

No con el mismo éxito que los términos anteriores llamó *paradoxia* a la manifestación del instinto sexual a edades en desarmonía con los procesos fisiológicos como ser la infancia y la vejez, siendo el primer psiquiatra en reconocer y describir actividad sexual en los niños.

También conceptualizó a las psicopatías sexuales según su manera de comportarse en dos grupos:

1. aquellas en las que el fin es perverso: sadismo, masoquismo, fetichismo y exhibicionismo.
2. aquellas en las que el objeto es perverso: gerontofilia, pedofilia, zoofilia y homosexualidad.

Como en esta presentación ponemos al alcance del lector una breve selección de casos clínicos que son, sin duda, el material más representativo de esta obra a continuación transcribimos el índice de la misma (que durante el siglo XX en sucesivas ediciones alcanzó el número de 807 páginas) para brindarles una mirada de conjunto ■

## **PSYCHOPHATIA SEXUALIS**

### INDICE

- I. Elementos de una psicología de la vida sexual
- II. Fisiología, psicología e instinto sexual
- III. Hechos biológicos
- IV. Generalidades sobre psicopatología de la vida sexual
- V. Paradoxia
- VI. Anestesia e hipoestesia sexual
- VII. Hiperestesia sexual
- VIII. Sadismo
- IX. Masoquismo
- X. Fetichismo
- XI. Exhibicionismo
- XII. La Homosexualidad
- XIII. Pedofilia erótica
- XIV. Gerontofilia
- XV. Zoofilia
- XVI. Tendencias amorosas singulares
- XVII. Autosexualismo
- XVIII. Anomalías sexuales distintas al instinto de tendencias contrarias
- XIX. Cuestiones teóricas y etiológicas
- XX. Diagnóstico
- XXI. Terapéutica y pronóstico
- XXII. Psicopatía sexual y medicina legal



# Psychopathia sexualis: estudio clínico y forense

Richard von Krafft-Ebing

1ra. Edición, Stuttgart, Enke, 1886

## Asesinato

“Una niñera asesinó a dos niños confiados a su cuidado uno detrás del otro; al uno, dándole a beber fenol; al otro, estrangulándole. Se pudo arrojar algo de luz sobre este oscuro caso cuando se descubrió que la muchacha tenía todo tipo de costumbres que recordaban no solo al sadismo, sino también al masoquismo. (Pues no es raro que estas dos anomalías tan opuestas se den simultáneamente en un mismo individuo). En más de una ocasión, la muchacha había empezado de repente a azotar sin motivo a otras chicas para a continuación abrazarlas tiernamente y masturbarse mientras lo hacía. O se levantaba las faldas y les pedía a sus amigas que la azotaran en el trasero para masturbarse a continuación.

Interpretaba escenas más extrañas todavía en las que se hacía la muerta. Se tumbaba en el suelo después de apagar todas las luces a su alrededor y se masturbaba en esta situación”.

## Sadismo y masoquismo en un homosexual

Sadismo y masoquismo en un homosexual. Señor A., electrotécnico, 27 años, procedente de una boda entre parientes carnales, diversos familiares de los padres sufrían de fuertes neurosis y psicosis. El padre era una natura frígida.

A. es delicado, endeble desde la infancia. Su primera excitación sexual tuvo lugar con seis años, con motivo de la contemplación de una estatua masculina. Poco después empezó a sentirse poderosamente atraído por algunos compañeros de clase. Le excitaba libidinosamente que un chico o el maestro le azotaran o tocaran ad podicem. Sabía ingeniárselas para obtener este placer frecuentemente. Este era mayor aún cuando un compañero se le sentaba en el regazo.

Con 18 años tuvo durante una temporada una inflamación de la primera mamma y notó que le salía un líquido lechoso.

Con nueve años tuvo episódicamente el impulso de vestirse con ropa de chica y disfrutaba con el punto de cruz. Esto desapareció totalmente a partir de los 11 años. A partir de los 13 practicó el onanismo psíquico. Imaginaba durante esta práctica figuras masculinas simpáticas. Pronto aparecieron las poluciones. Estas iban acompañadas de sueños en los que era flagelado ad podicem por hombres. También en estado de vigilia tenían tales imágenes tintes libidinosos. Con el tiempo se despertaron también deseos de flagelación activa. A partir de los 17 años A. se volvió neurasténico. Empezó a notar que su vita sexualis era anormal y trató de combatir sus deseos sensuales anormales poniendo gran

empeño en los estudios. Lo logró durante algún tiempo, también consiguió abstenerse de la masturbación.

Desde los 20 años en adelante se obligó a relacionarse sexualmente con personas femeninas. Le resultaban perfectamente indiferentes, pero el *podex nudus feminae* le hacía potente. Experimentaba sentimiento libidinoso, pero el acto le dejaba totalmente insatisfecho en lo espiritual. También le proporcionaba un cierto placer *puellam ad podicem verberare*. La *puella nuda* le excitaba para golpearla, pero no lograba decidirse a llevar a la práctica este impulso. La *flagellatio pasiva por manus feminae* nunca tuvo atractivo para él porque tenía la sensación de que no le podía proporcionar placer.

En cambio, la idea de la flagelación masculina activa o pasiva le excitaba siempre poderosamente, y lo mismo *adspetus podicis viri*, incluso el suyo propio en el espejo.

Si acaso leía en el periódico sobre castigos corporales, se excitaba enormemente. Lo mismo le ocurría con anuncios en los que se buscaban criados jóvenes y acompañantes para viajes. Su debilidad eran y siguieron siendo los hombres guapos, fuertes, no demasiado jóvenes. Sus fantasías oníricas y eróticas giraban exclusivamente en torno a la flagelación *ad nates* por hombres. Episódicamente se complacía también en ideas de flagelación activa. Hasta el momento ha conseguido evitar tanto lo uno como lo otro.

El paciente ha sufrido durante los últimos diez años de numerosos trastornos neurasténicos, probablemente *ex abstinentia*, pues se masturbaba cada vez menos. Si llevaba mucho tiempo sin eyacular, sus impulsos sexuales anormales se volvían intensísimos. Solo por ello frecuentaba el *lupanar*. Un día A. acudió a mí y me explicó que su perversión sexual le resultaba insoportable. Se repugnaba a sí mismo, no podía seguir viviendo así. Solo pedía que le librasen de sus abominables deseos. No quería casarse porque era incapaz de obligarse a engendrar a hijos tan desdichados como él.

A. está normalmente desarrollado, tiene abundante barba; quitando una neurastenia cerebroespinal moderada, no presenta nada de patológico. Es fácil hacerle caer en un estado de sopor, es muy sugestionable, recibe sugerencias contra el sentimiento sexual contrario, contra los impulsos sádicos y masoquistas, se libra pronto de todo ello y se marcha satisfecho a casa. Esta mejoría es poco duradera. A las pocas semanas, en unos baños, en parte por la visión de tanto hombre desnudo, sucumbió nuevamente al sentimiento sexual contrario. A. se dejó llevar por el arrebato de besar a un hombre y poco después, al presentársele la ocasión de un "*petit jeux*" en la capital, se produjo por primera vez el *concubitus cum viro*, durante el cual, con la mera *appositio corporum*, A. llegó a la eyaculación. Inconsolable tras este tropiezo, acudió nuevamente a mí. El único éxito del anterior tratamiento fue la desaparición duradera de los impulsos sádicos y masoquistas. Con unas cuantas nuevas sesiones se consiguió el éxito (probablemente solo temporal) de neutralizar sexualmente al paciente.

## Homosexualidad en transición hacia viraginidad

(Homosexualidad en transición hacia viraginidad). Señora von T., esposa de un industrial, 26 años, casada desde hace unos pocos meses, fue traída a consulta conmigo por su marido en 1896 porque tras una cena en un salón se había lanzado al cuello de una dama de la buena sociedad, la había besado, acariciado y provocado con ello un escándalo. La señora T. asegura que ya había advertido a su marido antes de la boda sobre sus sentimientos sexuales contrarios, así como que solo le apreciaba por sus cualidades espirituales. Aun así, T. se había sometido a las obligaciones sexuales en tanto en cuanto no le había sido posible evitarlas. Solamente ponía la condición de ser *incubus* y asegura incluso haber sentido algo de satisfacción echando mano de su fantasía e imaginándose a una mujer amada como *súcubo*. El padre de esta dama es neuropático, de tipo más bien femenino, sufrió ataques de histeria y, al parecer, nunca estuvo dotado de un gran apetito sexual; parece ser que la hermana se liberó del débito conyugal pagándole una cantidad al marido y dándole libertad para desquitarse en otro lugar. La madre de T. fue hipersexual, debió de ser una *Mesalina*. Dejó que la hija durmiera con ella en la cama hasta los 14 años. Hasta los 15 años no se separó de la madre. Comenzó entonces su educación en un instituto. Poseía grandes dotes intelectuales, aprendía con facilidad, desempeñaba un papel dominante en la clase. Con siete años sufrió un trauma psíquico cuando un amigo de la familia, en un arrebato, realizó ante ella un acto de exhibicionismo. Periodo con 12 años, a partir de entonces, con regularidad y sin síntomas nerviosos. T. asegura haberse sentido atraída por otras chicas ya con 12 años; pero que, así y todo, durante años siguió sin ser consciente de sentimiento sexual alguno, aunque desde el principio había percibido en esta atracción por el propio sexo una anomalía. Asegura que solo le daba vergüenza desnudarse ante personas del mismo sexo. El verdadero impulso sexual no habría despertado hasta los 20 años aproximadamente. Nunca se orientó hacia los hombres, sino que desde el principio estuvo dirigido a las chicas y las mujeres jóvenes. Vino a continuación una serie de amoríos de este tipo extremadamente sensuales. De vuelta en casa de sus padres tras el paso por el internado, se encontró con escasa vigilancia y abundante dinero, y no le resultó difícil satisfacer sus deseos. Siempre se ha sentido como hombre respecto de la mujer. Encontraba su satisfacción sexual en *masturbatio feminae dilectae*, más tarde, tras ser iniciada por una de sus primas en el amor lésbico, que hasta entonces desconocía, empezó a practicar también el *cunnilingus*. Su papel era en todas las ocasiones única y exclusivamente activo y era incapaz de permitirles a otras personas que obtuvieran satisfacción sexual en su propio cuerpo. Además, amaba tan solo a mujeres heterosexuales. Las mujeres homosexuales la horrorizaban. Únicamente le gustaban las damas solteras de elevada posición, con dotes espirituales destacadas,

bellezas más bien duras, figuras de Diana, castas, reservadas, nada sensuales.

Si daba con una personalidad de este tipo, T., persona hipersexual y con fuertes taras, se excitaba hasta tal punto que era incapaz de controlar su deseo y se abalanzaba impulsivamente sobre la persona en cuestión. Afirma que en tales momentos lo veía todo rojo y que se le nublaba la conciencia. La señora T. reconoció ser muy excitable y que le costaba trabajo dominar sus afectos.

Con 23 años, debido al contacto con una joven que al parecer no era homosexual pero sí hipersexual y que no podía obtener satisfacción por la impotencia de su marido, la homosexualidad y apetito de T. aumentaron extraordinariamente. Alquiló un picadero en el que celebraba verdaderas orgías, se satisfacía cum digito et lingua, incluso durante horas, hasta llegar a menudo al agotamiento absoluto. Durante un tiempo tuvo una relación estable con una maniquí y se hizo fotografiar vestida de hombre junto a ella, se presentaba también así vestida y acompañada de ella en locales públicos sin llamar precisamente la atención, excepto en una ocasión, ante el ojo avezado de un policía que la detuvo.

Escapó de aquella con una simple amonestación y a partir de entonces dejó de andar por la calle vestida de hombre.

Un año antes de la boda, T. pasó por una melancolía transitoria. Escribió, con intención de quitarse la vida, una carta de despedida a una antigua amiga, una especie de confesión, de la cual se puede reproducir aquí el siguiente fragmento, que resulta característico:

“Nací chica, pero una educación inadecuada hizo que mi encendida fantasía tomara pronto un camino erróneo. Ya con 12 años tenía la manía de hacerme pasar por chico y atraer la atención de las damas. Yo me daba cuenta de que esta manía era un disparate, pero fue creciendo con los años como si fuera mi sino. Se me agotaron las fuerzas que debían librarme de ella. Era mi hachís, mi felicidad. Se convirtió en una intensa pasión. Me sentía masculina y no me veía inclinada a entregarme pasivamente sino a la acción. Con mi temperamento desbordante, mi sensualidad encendida y este instinto perverso tan profundamente arraigado, me fui viendo subyugada paulatinamente por la denominada pasión lésbica hasta acabar sometida del todo. Tenía algún interés por los hombres, pero el más leve roce con una mujer bastaba para hacer vibrar a todo mi sistema nervioso. Sufría lo indecible con ello.

„La lectura de autores franceses y las amistades livianas hicieron que pronto me familiarizara con los misterios de un erotismo insano, con lo que el deseo sordo se convirtió en perversidad consciente. La naturaleza ha cometido en mi caso un error en la elección de sexo y ese fallo lo tendré que pagar durante toda mi vida, ya que me faltó la fuerza moral necesaria para asumir con dignidad lo inevitable, con lo que me vi arrastrada irremisiblemente por el torbellino de mis pasiones y engullida por ellas.

„Estaba sedienta de tu dulce cuerpo. Sentía celos de tu Viktor como un rival ante otro. Pasé por todos

los tormentos del infierno de los celos. Odiaba a aquel hombre y hubiera estado encantada de matarle. Maldecía mi destino, que no me había hecho hombre. Me conformaba con representar ante ti una absurda comedia, con ponerme un miembro artificial que encendía más aún mi deseo. No tenía valor para confesarte la verdad, porque hubiera sido patética y ridícula. Ahora lo sabes todo. No me despreciarás, únicamente te darás cuenta de lo que he sufrido. Todas mis alegrías se parecen más a una embriaguez pasajera que al verdadero oro del amor. Todo era oro falso y nada más. Me he burlado de la vida y ella se ha burlado de mí. Ahora estamos en paz. Me despido. Acuérdate solamente de vez en cuando en tus momentos de felicidad de esta pobre loca, tan ridícula, que te ha querido con un amor fiel y profundo”.

Por lo que respecta a la *vita sexualis* de esta contraria, ha de mencionarse aún que presenta rasgos de masoquismo y sadismo. Así, la señora T. explica que cada insulto de alguna de sus amadas le resultaba un placer y que incluso una bofetada la hubiera llenado de delectación. Además, cuando se hallaba sexualmente excitada habría preferido morder a besar.

Encontré en la señora T. una personalidad que podríamos calificar de “*dégénérée supérieure*”. Poseía una gran formación e inteligencia. La fatal situación en que se encontraba le resultaba penosa, pero, al parecer, solamente por su familia. Su comportamiento lo veía como un sino al que no se podía sustraer. Su inteligencia se mantenía intacta. Lamentaba su sexualidad contraria y afirmaba estar dispuesta a lo que fuera con tal de librarse de ella y convertirse en una mujer honesta y una buena madre que no educara a sus hijos de manera tan insensata como la habían educado a ella. Está dispuesta a cuanto sea necesario para reconciliarse con su esposo, tenerle contento y cumplir el débito conyugal (el bigote es lo único que le resulta insoportable). Dice que, sobre todo, necesita desprenderse de su desdichada e impulsiva manera de ser.

Los caracteres secundarios psíquicos y físicos son en parte masculinos y en parte femeninos. Es masculina la inclinación por el deporte, el tabaco, la bebida, la predilección por las prendas de corte más masculino, la falta de habilidad y gusto por las labores manuales femeninas, la preferencia por las lecturas serias, incluso filosóficas, los andares, la posición, lo marcado de las líneas de su rostro, la gravedad de la voz, el sólido desarrollo del esqueleto, la musculatura fuerte y desarrollada y la escasez de grasa corporal. También la pelvis (estrechez de caderas, *distantia spinarum* 22 cm, *cristarum* 26, *trochanterum* 31) tiende más hacia lo masculino. Vagina, útero y ovarios, normales; clítoris de gran tamaño. *Mammae* bien desarrolladas, *mons veneris* con vellosidad femenina.

Un colega experimentado logró durante una estancia de varios meses en un balneario librar a la paciente por completo de homosexualidad y hacer de ella una personalidad decente y por lo menos neutral en lo sexual, que lleva ya un tiempo considerable con su familia y se comporta de manera extremadamente

correcta. Esto se logró mediante una terapia hídrica y de sugestión.

### Masoquismo y sadismo

Señor X., 28 años. “Ya siendo un niño de 6 o 7 años tenía pensamientos de contenido sexual-perverso: me imaginaba que tenía una casa en la que mantenía cautivas a chicas jóvenes y guapas cuyas posaderas desnudas azotaba a diario. Poco después encontré a unos cuantos chicos y chicas con mis mismos gustos. Solíamos jugar a soldados y ladrones. A los ladrones a los que atrapábamos los subíamos a la azotea y allí les azotábamos las posaderas desnudas, tras lo cual a veces también se las acariciábamos. Soy perfectamente consciente de que en aquel entonces sólo sentía placer cuando azotaba a chicas. Al hacerme mayor (10-12 años), apareció en mí, sin que nada diera pie a ello, el deseo opuesto: me imaginaba que una chica me azotaba en el trasero desnudo. Muchas veces me quedaba parado ante los carteles de casas de fieras en los que aparecía una robusta domadora que lanzaba su látigo contra un león. Me imaginaba entonces que yo era el león y que la domadora me azotaba; me pasaba las horas muertas plantado frente a los anuncios de un grupo de indios donde se representaba a una india medio desnuda, y me imaginaba que yo era un esclavo y tenía que realizar para mi ama los servicios más repugnantes. Si me negaba a ello, recibía el más cruel de los maltratos posibles, lo que en mi caso significaba siempre recibir azotes en el trasero desnudo. En aquella época leía sobre todo historias de torturas y me detenía especialmente en aquellos pasajes en que se golpeaba a la gente. Hasta entonces nunca había sido golpeado de verdad, algo que me hubiera disgustado enormemente. Cuando cumplí los 15 años, un amigo me hizo caer en el onanismo, vicio al que me di a partir de entonces con bastante frecuencia, sobre todo en conexión con mis ideas sexuales perversas. El impulso de llevar a la práctica estas ideas mías iba siendo cada vez más poderoso, y con 16 años le pedí a una muchacha del servicio por la que sentía una cierta simpatía y con la que mantenía una relación de amor platónico, que me azotara con una caña. Lo que le dije fue que era mal estudiante, que mis padres no me castigaban nunca y que no me vendría mal un castigo suyo. Aunque se lo rogué de rodillas, se negó a mis pretensiones; pero me propuso, en cambio, acostarse conmigo, a lo que yo me negué por repugnancia. Aunque no conseguí que me azotara, sí que consintió en todas mis otras ideas: me ordenó *ad podicem lambere*, se puso terrones de azúcar entre las nalgas y me hizo comerlos, etc. Después jugaba siempre con mis órganos sexuales, y se los metía en la boca hasta que se producía la eyaculación. Al cabo de un año, poco más o menos, despidieron a la muchacha. Mi deseo, mientras tanto, iba en aumento hasta que llegó al punto en que ya no lo podía soportar, así que me fui a un prostíbulo, donde hice que una prostituta me trabajara el trasero desnudo con una vara. Hice que me tumbara sobre sus muslos

descubiertos y me reprochara mi maldad. A todo esto, yo insistía en que no lo haría más, que por favor me perdonara por esa vez. Otra vez hice que me sujetara la cabeza entre los muslos mientras me azotaba el trasero desnudo como se hace con los niños pequeños. Una vez hice que me ataran a un banco y me azotaran 25 veces con una caña. Como me dolía demasiado y pedí que pararan al llegar al golpe 14, a la siguiente vez le dije antes a la prostituta que no le daría ni cinco como no me plantara los 25 cañazos. El dolor que sentía y el alto precio que tenía que pagar me determinaron a renunciar en el futuro a castigos semejantes y empecé a partir de entonces a azotarme yo mismo en las nalgas desnudas con correas, varas, bastones e incluso alguna vez con ortigas. Me tumbaba para ello en un banco o me arrodillaba y me imaginaba que me azotaba mi ama por alguna falta que hubiera cometido. No contento con ello, solía introducirme en el ano jabón, pimienta, pimentón y también objetos angulosos. Alguna vez mi deseo se hizo tan imperioso que llegué a clavarme agujas en las nalgas llegando hasta 3 cm de profundidad. Así continué hasta el año pasado, cuando trabé conocimiento en extrañas circunstancias con una muchacha que también tiene una sexualidad perversa. Sucedió que fui a visitar a una familia conocida mía, pero no estaban y solo encontré en casa a la institutriz y los niños. Me quedé, y mientras hablaba con la muchacha los niños empezaron a portarse mal. Ella se llevó entonces a dos de los niños a la habitación de al lado y los azotó allí con una vara, tras lo cual regresó enormemente excitada. Le brillaban los ojos, tenía el rostro completamente enrojecido y le temblaba la voz. Esta acción también me había excitado mucho a mí. Empecé a llevar la conversación hacia castigos y palizas. Poco a poco nos fuimos acercando, hasta que al cabo de algunas semanas nos empezamos a entender. Ella dejó su puesto y nos fuimos a vivir juntos a un piso en el que satisfacíamos juntos nuestros vicios. Pero como esta mujer me desagradaba en todo lo demás, voy teniendo cada vez más momentos en los que recapacito y siento repugnancia de mí mismo y de lo que he hecho, y pienso a diario en cómo escapar de la perdición. Debo recalcar, asimismo, que he tratado de librarme de este vicio por diversos medios sin que ninguno de ellos me sirviera de nada. Y así contemplo mi futuro con apatía, puesto que mi fuerza moral es insuficiente para sustraerme a tal vicio”.

### Masoquismo femenino

Uno de los médicos del Hospital General de W. entró en contacto con una puella que, al parecer, había tomado como objetivo a los médicos del hospital. Durante el encuentro con este señor, ella estaba entusiasmada de tener ante sí a un médico y le pidió que procediera como si le estuviera haciendo un reconocimiento ginecológico. Ella se resistiría, pero él no tenía que hacer caso, sino mandarle que se estuviera quieta y no dar su brazo a torcer. X. accedió a sus deseos y todo ocurrió como había pedido la puella.



Ella se resistió –con lo que iba entrando en un estado de excitación sexual cada vez más intenso–, ofreció la mayor resistencia posible y, cuando el médico se iba a retirar, le pidió que no lo dejara. Estaba claro que el único fin de aquella situación era provocarle el mayor grado posible de orgasmo, lo que también se consiguió. Cuando el médico rechazó consumir el coito, ella se enfadó, ofreció venir de nuevo y se negó a aceptar dinero. X. me expresó su convencimiento de que el orgasmo no fue provocado por el *tastus genitalem* sino por la violencia, con la que se pretendía que el efecto de un equivalente del coito se sumase al de la violación. Se trataba aquí sin duda de una manifestación que se ha de encuadrar en el terreno del masoquismo femenino.

### Masoquismo femenino

Señorita de X., 35 años, de familia con graves taras, se encuentra desde hace varios años en el estadio inicial de una paranoia persecutoria. Esta se deriva de una neurastenia cerebro-espinal, cuyo origen reside en una sobreexcitación sexual. La paciente venía dándose al onanismo desde los 24 años. Una expectativa de matrimonio no consumada y una intensa excitación sensual la condujeron a la masturbación y al onanismo psíquico. La inclinación hacia personas del propio sexo no se dio nunca. La paciente afirma: “Con 6-8 años experimenté por primera vez el deseo de ser azotada. Nunca había recibido golpes ni presenciado cómo alguien era azotado, así que no me explico cómo fui a dar en tan extraordinario deseo. No me queda más remedio que pensar que me es innato. Estas fantasías de azotes me producían una sensación verdaderamente deliciosa y me pintaba en mi fantasía lo hermoso que sería que me azotara una amiga. Me deleitaba en esta idea sin intentar nunca poner en práctica mis fantasías, que desaparecen a partir de los 10 años de edad. Hasta que no leí las “Confesiones” de Rousseau, con 34 años, no tuve claro lo que significaba este deseo mío de ser azotada y que se trataba en mi caso de las mismas fantasías morbosas que en el de Rousseau. Desde que tenía 10 años no he vuelto a sentir impulsos de este tipo”.

Epicrisis. Este caso, por su carácter originario y por la referencia a Rousseau, se ha de considerar con seguridad como un caso de masoquismo. El que sea a una amiga a quien se representa azotando en esta fantasía se explica sencillamente porque los deseos masoquistas se presentan aquí en la conciencia infantil antes de que la vida sexual psíquica esté desarrollada y antes de que aparezca el impulso hacia el hombre. Queda descartado aquí expresamente el sentimiento sexual contrario.

### Masoquismo femenino

Señorita X., 21 años, desciende de madre morfinómana fallecida hace unos años de una enfermedad nerviosa. El hermano de esta mujer es también morfinómano.

Uno de los hermanos de la joven es neurasténico; otro, masoquista (desea que damas distinguidas y orgullosas le asesten bastonazos). La señorita X. nunca ha estado enferma de gravedad, sufre tan solo dolores de cabeza ordinarios. Se considera físicamente sana, aunque se tiene a veces por loca, a saber, cuando se le presentan las fantasías que se describen a continuación.

Desde su más temprana juventud se imagina que la castigan y la azotan. Se regodea literalmente en semejantes ideas. Su deseo más anhelado consiste entonces en ser golpeada reciamente con un bastón.

Dice que este deseo surgió a raíz de que un amigo de su padre, cuando ella tenía 5 años, se la puso encima de las rodillas y la azotó en broma. Desde entonces deseaba que se presentara la ocasión de ser azotada, aunque, muy a su pesar, no se cumplía este deseo. En sus fantasías se representa a sí misma desvalida, atada. Las palabras “bastón” y “azotar” producen en ella una poderosa excitación. Únicamente ha comenzado a poner sus ideas en relación con el sexo masculino desde hace un año aproximadamente. Antes de eso se imaginaba una maestra severa o simplemente una mano que la castigaba.

Ahora desea ser la esclava de un hombre al que ama; desea besarle los pies mientras la azota.

La dama no sabe que estos sentimientos son de índole sexual.

Algunos fragmentos de sus cartas resultan característicos en el sentido de una interpretación masoquista del caso:

“Antes pensaba seriamente en meterme en el manicomio si no conseguía librarme de estas fantasías. Esto se me ocurrió al leer la historia del director de una institución mental que había azotado a una dama con bastón y fusta después de sacarla de la cama tirándole de los pelos. Esperaba que me trataran a mí así también en una institución de ese tipo, así que inconscientemente me representaba mis fantasías con hombres. Pero sobre todo me gustaba imaginarme que me azotaban despiadadamente enfermeras groseras e incultas”.

“Pienso que estoy tumbada ante él y me pone un pie en la nuca mientras que yo beso el otro. Me deleito en tal idea, en la que no me golpea, pero varía mucho, y me imagino escenas completamente diferentes en las que me golpea. A veces pienso que los golpes son muestras de amor: él es muy bueno y cariñoso conmigo y a continuación me golpea por un exceso amoroso. Me imagino que su máximo deseo es golpearme por puro amor. Muchas veces he soñado también que soy un esclavo –es extraño, pero nunca una esclava–. Así, por ejemplo, me he imaginado que él es Robinsón y yo el salvaje que le sirve. Contemplo a menudo el dibujo en el que Robinsón le pone el pie en la nuca al salvaje. Ya tengo una explicación para la fantasía mencionada arriba: me imagino a la mujer en general como baja, inferior al hombre; aunque por lo demás tengo mucho orgullo y no me dejo dominar a ningún precio, por eso me veo como hombre (que por naturaleza es orgulloso y está por encima), la humillación

ante el hombre amado es así mayor. También me he imaginado que soy su esclava; pero no me bastaba, al fin y al cabo, cualquier mujer vale para servir a su hombre como esclava”.

### Masoquismo, fetichismo, coprolagnia

B., 31 años, funcionario, procede de familia con antecedentes neuropáticos, desde niño era nervioso, endeble, padecía temores nocturnos. Con 16 años tuvo la primera polución. Con 17 años se enamoró de una francesa de 28 no muy agraciada. Tenían especial interés para él sus zapatos. En cuanto tenía ocasión de hacerlo sin que nadie se diera cuenta, los cubría de besos y se estremecía de placer con ello. No llegaba a la eyaculación durante estas escenas con zapatos. B. asegura que por aquel entonces aún no tenía ni idea de la diferencia de sexos. Su admiración por los zapatos resultaba un enigma para él mismo. A partir de los 22 años practicaba el coito aproximadamente una vez al mes. B., aunque era libidinoso, se sentía siempre totalmente insatisfecho espiritualmente al hacerlo. Un día encontró a una hetera que le causó una extraña impresión por su orgullosa actitud, sus fascinantes ojos, su ser desafiante. Era como si tuviera que arrojarse al suelo ante esta soberbia criatura, besarle los pies y seguirla como un perro o esclavo. Especialmente le impresionó el “majestuoso” pie con su zapato de charol. La idea de servir como esclavo a una mujer así le hizo estremecerse de placer. Esa noche no pudo dormir pensando en ello, y mientras yacía boca abajo besando en su fantasía los pies de esta mujer, tuvo una eyaculación. Como B. era tímido por naturaleza, no confiaba demasiado en su potencia y además sentía repulsión hacia las meretrices, se sirvió en adelante de su descubrimiento de la masturbación psíquica para satisfacerse y renunció por completo a tener verdaderas relaciones con las mujeres. Durante esta satisfacción solitaria pensaba en el magnífico pie de la soberbia mujer, a cuyo recuerdo óptico se asoció con el tiempo la fantasía olfativa de un pie o zapato de dama. En sus éxtasis eróticos nocturnos cubría el imaginario pie de mujer con innumerables besos. En sueños eróticos seguía a autoritarias mujeres. Llovía. La dómina se levantaba mucho el vestido, él “veía el dulce pie, sentía casi su forma elástica, blanda y, sin embargo, firme y cálida, veía un trozo de pantorrilla cubierto por una media de seda roja”; llegaba entonces por lo general a la polución. Era todo un placer para B. salir a dar vueltas por la calle mientras llovía para ver así sus sueños hechos realidad; si lo conseguía, la persona en cuestión se convertía en objeto de sus sueños y fetiche de sus actos de masturbación psíquica. Para potenciar la ilusión de estos últimos, se le ocurrió ponerse en la nariz su propio calcetín impregnado de la secreción de sus pies. Con este auxilio, su fantasía casi adquiría realidad en la culminación del éxtasis: estaba embriagado por el olor del imaginario pie de dama, que con intenso deseo besaba, chupaba y mordía hasta que por fin se producía la eyaculación.

Pero concurrían también en el sueño o en el éxtasis libidinoso imágenes genuinamente masoquistas, por ejemplo, “la soberbia mujer, apenas cubierta y con un látigo en la mano, estaba en pie ante él, mientras que él, como esclavo, se arrodillaba en tierra ante ella. Ella empezaba a asestarle latigazos, le plantaba el pie en el cuello, en la cara, en la boca, hasta que accedía a *secretum inter digitos nudos pedis ejus bene olens exsurgere*”. Para completar la ilusión utilizaba *propria secreta pedum* llevándoselas a la nariz. Durante este éxtasis experimentaba un delicioso aroma, mientras que fuera del paroxismo encontraba *sudorem proprium non bene olentem*. Durante largo tiempo, estos fetichismos se vieron desplazados por fetichismo de podex, para lo que B. recurría en ayuda de su ilusión a unas bragas y *stercus proprium naribus appositum*. A esto le siguió una época en que su fetiche era *cunnius feminae* y en que practicaba cunnilingus ideal. Se ayudaba para ello con trozos de la zona axilar de un corpiño de punto de señora, medias, zapatos de la misma proveniencia. Tras 6 años, al aumentar la neurastenia y paralizarse la fantasía (?), B. perdió la capacidad para este tipo de onanismo ejecutado psíquicamente y se convirtió en masturbador normal. Así siguió durante varios años. El progreso de su neurastenia precisó un tratamiento en un balneario. Durante su convalecencia, B. conoció a una joven que respondía a sus sentimientos masoquistas, consumó finalmente el coito con auxilio de situaciones masoquistas y se sintió satisfecho. Pero a partir de entonces se reavivaron sus viejas fascinaciones fetichistas y deseos masoquistas y en la satisfacción de estas apetencias B. halló, con diferencia, más placer que en el coito, al que se había prestado únicamente honoris causa y como episodio de las mencionadas abominaciones. El fin de esta cínica existencia sexual fue... el matrimonio, por el que se decidió B. tras abandonarle su amante. B., que ya es padre de familia, asegura que procede con su esposa como con aquella y que tanto él como ella están satisfechos (!) con esta forma de relaciones conjugales (Zentralblatt für Krankheiten der Harn – und Sexualorgane, VI, 7).

Se han de incluir aquí también varios casos de Cantarano I. c. (*mictio*, en otro caso incluso *defaecatio puellae ad linguam viri ante actum*), degustación de dulce con olor a heces para ser potente; así como el siguiente caso, que me fue comunicado por un médico:

Un príncipe ruso completamente decrepito hacía que su amante se le sentara encima dándole la espalda y defecara sobre su pecho, siendo esta la única manera en que todavía se excitaban los restos de su libido.

Otro mantiene a una amante de forma insólitamente espléndida con la obligación de comer únicamente mazapán. *Ut libidinosus fiat et eiaculari possit excrementa feminae ore excipit*. Un médico brasileño me contó varios casos de *defaecatio feminae in os viri* de los que había tenido conocimiento.

Casos de este tipo se dan por todas partes y no son precisamente escasos. Todas las secreciones posibles, saliva, mocos, incluso el cerumen se utilizan a este propósito, se ingieren con ansia, se dan *oscula ad nates e*

incluso ad anum. (El Dr. Moll *op. cit.* p. 135 informa de esto mismo a propósito de personas de sexualidad contraria). El perverso deseo de realizar activamente el cunnilingus, que está muy extendido, podría también tener a menudo su origen en tales impulsos.

Se ha de incluir aquí probablemente el horrendo caso de Cantarano ("La Psichiatria", año. V, p. 207), en el que el coito va precedido de *morsus et succio* de los dedos de los pies de la puella, que debían llevar sin lavar el mayor tiempo posible, también un caso análogo del que yo mismo daba cuenta en la 8.ª edición de este libro (caso 68).

Stefanowski (Archives de l'Anthropologie criminelle, 1892, vol. VII) conoce a un anciano comerciante ruso *qui valde delectatus fuit bibendo ea quae puellae lupanarii jussu suo in vas spurunt.*

Neri, Archiv. delle psicopatie sessuali, p. 108: trabajador de 27 años, con importantes taras, con tic en la cara, fobias (sobre todo, agorafobia) y aquejado de alcoholismo. *Summa ei fit voluptas, si meretrices in os eius faeces et urinas deponunt. Vinum supra corpus scortorum effusum defluens ore ad meretricis cunnum adposito excipit. Valde delectatur, si sanguinem menstruaem ex vagina effluentem sugere potest. Fetichista de guantes de señora y botines, osculatur calceos sororis, pedes cuius sudore madent. Libido eius tum demum maxime satiatur, si a puellis insultatur, immo vero verberatur, ut sanguis exeat. Dum verberatur, genibus nixus veniam et clementiam puellae expetit, deinde masturbare incipit.*

### Hermafroditismo psíquico en una mujer

Hermafroditismo psíquico. Señora X., 26 años, padece de neurastenia. Presenta taras hereditarias, sufre episodios obsesivos. Lleva siete años casada, tiene dos hijos sanos: un niño y una niña de 6 y 4 años respectivamente. Se logra la confianza de la paciente. Esta reconoce haber sentido desde siempre una mayor atracción por las personas de su propio sexo. Respeta y quiere a su marido, pero las relaciones conyugales con él la repugnan. Ha logrado desde el nacimiento de la hija pequeña que deje de cohabitar maritalmente con ella. Ya en el internado para señoritas se interesaba por otras damas jóvenes de un modo al que solo puede referirse como amor. No obstante, también se ha sentido ocasionalmente atraída por algún caballero concreto y últimamente ha resultado especialmente peligroso para su virtud cierto compañero de balneario. A menudo tiene miedo de poder llegar a olvidarse de sí misma con él y evita por ello quedarse a solas con dicho caballero. Pero solo se trata de episodios pasajeros en comparación con su apasionada inclinación por las personas de su mismo sexo. Los besos y abrazos de estas, el trato íntimo con ellas constituyen su verdadero anhelo. La no satisfacción de estos impulsos la atormenta y tiene gran parte en su acentuado nerviosismo. La paciente no se siente en un papel sexual determinado respecto de las personas de su propio sexo, tampoco sabría hacer con ellas otra cosa que besarlas, abrazarlas, acariciarlas. La paciente se tiene a

sí misma por una naturaleza sensual. Es probable que se masturbe. Su perversión sexual le parece "innatural, enfermiza". Nada en la apariencia y comportamiento de esta dama delata semejante anomalía.

### Hermafroditismo psíquico

Señor K., 30 años, procede de una familia en la que se han dado varios casos de demencia por parte materna.

Ambos padres son neuropáticos, irritables, se alteran con facilidad y no hay buena relación en el matrimonio.

Desde la infancia, K. solo ha sentido simpatía por los hombres y más concretamente por gentes de la servidumbre.

Las poluciones aparecieron ya con 14 años. Pronto se vieron acompañadas de sueños homosexuales. Desde siempre le ha excitado sexualmente en gran medida el leer sobre combates con animales y otros tormentos infligidos a estos.

Con 15 años se dio a la automasturbación sin ser inducido a ello. Con 21 años inició las relaciones homosexuales con hombres (únicamente masturbación mutua). Repetidos chantajes. De vez en cuando, onanismo psíquico durante el cual pensaba únicamente en hombres.

Su inclinación por las mujeres fue siempre muy escasa. Cuando se le impuso casarse antes de terminar el año, no fue capaz de dar el paso.

Hasta ahora nunca ha intentado *coitus cum muliere*, en parte por desconfianza en su propia potencia y en parte por miedo a contagios.

Presenta desde hace años un elevado grado de neurastenia que le lleva incluso a incapacidad psíquica transitoria. Es una persona floja, sin energía, pero perfectamente viril en su apariencia y constitución. Genitales normales.

Consejo: tratar la neurastenia, luchar enérgicamente contra los deseos homosexuales, relaciones con damas, eventualmente, *coitus condomatus*. Matrimonio a la mayor brevedad posible, a lo cual está obligado K. por motivo de su posición.

A los cuatro meses K. me visita de nuevo. Ha seguido todos los consejos médicos, ha practicado el coito con éxito, sueña desde entonces con la mujer, le repugnan ahora los hombres de extracción inferior, aunque no es insensible hacia el propio sexo en general y todavía tiene que luchar contra sus impulsos homosexuales, sobre todo cuando sopla el siroco y, consecuentemente, se exagera la neurastenia.

Tiene intención de casarse pronto, está satisfecho con la transformación de su *vita sexualis* y está lleno de confianza en un futuro feliz.

### Hermafroditismo psíquico

Señor V., 29 años, funcionario, desciende de padre hipocondriaco y madre psicopática. Cuatro hermanos son normales, una hermana es homosexual.

V. aprendía bien, tenía grandes dotes, gozó de una

educación religiosa estricta y ejemplar, siempre ha sido nervioso, emotivo, fue a dar con unos nueve años en la masturbación sin ser inducido a ello, es consciente desde los 14 años de su inmoralidad y la combatió con cierto grado de éxito. Ya con 14 le apasionaban las estatuas masculinas, pero también los jóvenes. A partir de la pubertad empezó a interesarse también por las mujeres, aunque en escasa medida. Con 20 años, primer coito *cum muliere* sin obtener verdadera satisfacción, aun siendo plenamente potente. Posteriormente, relaciones heterosexuales (unas 6 veces) tan solo "*faute de mieux*".

Reconoce haber tenido multitud de relaciones con hombres (*masturbatio mutua, coitus inter femora, a veces también in os*). Unas veces se sentía en el papel pasivo y otras en el activo respecto de su amado.

V. acude a consulta presa de la desesperación y rompe a llorar. Su anomalía sexual le resulta horrible, ha luchado hasta rayar en la locura contra sus impulsos homosexuales, pero ha sido en vano. Se siente literalmente arrastrado hacia los hombres. Una mujer solo puede satisfacerle hasta cierto punto en su lado animal, pero de ninguna manera en el espiritual. Así y todo, le gustaría gozar de las dichas familiares.

El carácter y la apariencia externa de V. no presentan de modo alguno falta de masculinidad, a excepción de una pelvis anormalmente ancha (cf. 100 cm).

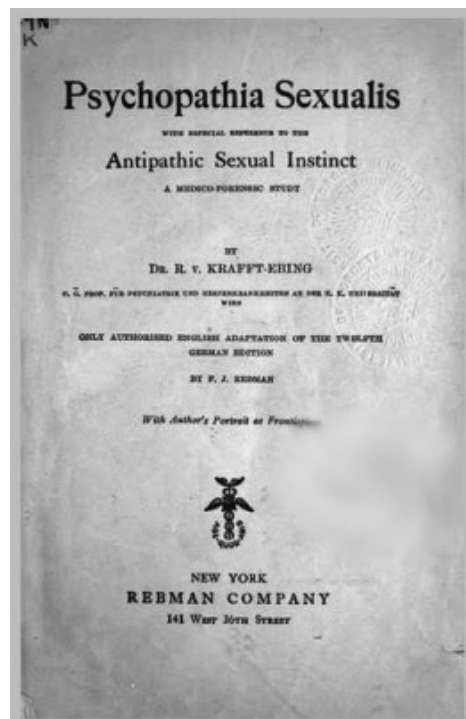
## Fetichismo de ropa mojada

Señor Z., 35 años, funcionario, hijo único de madre nerviosa y padre sano. Desde la niñez era "nervioso", durante la consulta llaman la atención sus ojos neuropáticos, su cuerpo delicado y flaco, sus rasgos delicados, su voz extremadamente fina, su escasa barba. Con excepción de una leve neurastenia, ausencia de hallazgos morbosos en el paciente. Genitales normales, funciones sexuales también normales. El paciente asegura haberse masturbado únicamente 4 o 5 veces, de niño.

Ya con 13 años, el paciente experimentaba una intensa excitación sexual con la visión de ropa de mujer húmeda, mientras que esa misma ropa pero seca no le excitaba lo más mínimo. Su máximo placer consistía en mirar a mujeres empapadas cuando llovía. Si daba con una y además la mujer en cuestión tenía un rostro que le resultaba simpático, experimentaba intensos sentimientos libidinosos, una potente erección y se sentía impulsado al coito.

Afirma no haber tenido nunca el deseo de hacerse con faldas mojadas o de echarle agua a una mujer. El paciente no fue capaz de dar ninguna pista sobre el origen de su afición.

Es posible que, en este caso, el impulso sexual surgiera por primera vez al ver a una mujer alzándose las fal-





das un día de lluvia y mostrando sus encantos. El oscuro impulso, que todavía no era consciente de su objeto, se proyectaría a continuación sobre las faldas mojadas, como en otros casos.

### Fetichismo de ropa de mujer

Z., 36 años, erudito, hasta el presente se ha interesado única y exclusivamente por el envoltorio de la mujer, pero nunca por la mujer en sí y a día de hoy no ha mantenido nunca relaciones sexuales con una de ellas. Junto a la elegancia y la distinción en general de la presencia de una dama, constituyen su fetiche específicamente la lencería y las camisas de batista con encajes, corsés de seda, enaguas de seda con finos bordados y medias de seda. Le resultaba todo un placer ver o, mejor aún, tocar tales prendas de vestir femeninas en tiendas de confección. Su ideal era una dama en traje de baño, con medias de seda, corsé, y por encima de estos un salto de cama con cola.

Estudió los vestidos de las "coureuses des rues", pero los encontró no ya faltos de gusto, sino perfectamente repulsivos. Mayor placer le proporcionaban los escaparares, pero la frecuencia con que se renovaban los géneros expuestos era demasiado escasa. Halló cierta satisfacción en la posesión y estudio de revistas de moda, así como en la adquisición de ciertas prendas-fetiche de especial hermosura. Toda su felicidad habría consistido en tener acceso al arreglo de las damas en el tocador o a los probadores de las tiendas de moda, o el poder ser "femme de chambre" de una elegante mujer de mundo y ayudarla a vestirse. No se constatan rasgos masoquistas o de sentimiento homosexual en este singular fetichista. Su aspecto es perfectamente masculino (Garnier, *La folie à Paris*, 1890).

### Caso 109: fetichismo de ropa de mujer

J., hombre joven, carnicero de oficio, fue detenido un buen día. Bajo el abrigo llevaba un corsé, un corpiño, una camiseta, una chaquetilla, un cuello, un suéter y una camisa de señora. Además llevaba puestas una medias finas con ligas.

Desde que tenía 11 años le acosaba el deseo de ponerse una camisa de su hermana mayor. En cuanto podía hacerlo sin que nadie se diera cuenta, se procuraba este placer y desde la pubertad llegaba a la eyaculación al ponerse estas camisas. Cuando empezó a vivir por su cuenta, comenzó a comprar camisas y otras prendas de señora. Se le encontró todo un vestuario femenino. Vestirse con tales prendas era alfa y omega de sus sentimientos e impulsos sexuales. Llegó a arruinarse por culpa de su fetichismo. En el hospital le suplicaba al médico que le dejara ponerse ropa de mujer. No se da en J. sentimiento sexual contrario (Garnier, *Les fétichistes*, p. 62).

### Fetichismo de ropa

X., hijo de general, se ha criado en el campo. A la

edad de 14 años fue iniciado por una joven dama en los placeres del amor. Esta dama era rubia y llevaba el cabello recogido en bucles. Para evitar ser descubierta, solo mantenía relaciones sexuales con su joven amante vestida con su ropa habitual: con polainas, corsé y sus vestidos de seda.

Cuando, al término de sus estudios, se le envió al ejército y quiso disfrutar allí de su libertad, descubrió que su impulso sexual solamente se despertaba en circunstancias muy determinadas. Así, una morena no lograba excitarle lo más mínimo, y una mujer vestida para irse a la cama conseguía apagar todo entusiasmo amoroso que pudiera haber en él. Para que una mujer despertara en él deseo, tenía que ser rubia y llevar polainas, corsé y traje de seda; en definitiva, tenía que ir vestida exactamente como la dama que primero había inspirado en él el impulso sexual. Se hurtaba siempre a todo intento de casarse con él porque sabía que sería incapaz de cumplir sus obligaciones conyugales con una mujer vestida con prendas de dormir.

Hammond informa, asimismo, p. 42, de un caso en el que el *coitus maritalis* solo se podía consumir recurriendo a un determinado vestido, y el Dr. Moll, *op. cit.*, menciona varios casos semejantes tanto entre heterosexuales como entre homosexuales. A menudo, se puede demostrar que la causa reside en una temprana asociación, y es de suponer que esto es siempre así. Solo de este modo se explica que una determinada vestimenta ejerza un efecto irresistible sobre tales individuos, siendo indiferente la persona portadora del fetiche. De este modo, resulta comprensible que, como relata Coffignon (*op. cit.*), los hombres exijan en los prostíbulos que las mujeres con las que mantienen relaciones se pongan un determinado traje: de bailarina de ballet, de monja, etc., y que estos establecimientos estén provistos a tal efecto de todo un vestuario de disfraces.

Binet (*op. cit.*) refiere el caso de un juez que estaba enamorado única y exclusivamente de las italianas que acuden a París como modelos de pintores y del vestido de estas. La causa subyacente residía aquí de forma constatable en una impresión recibida en el momento en que despertaba el impulso sexual.

### Fetichismo de mujeres cojas

X., 28 años, procedente de familia con importantes taras. Es neurasténico, se queja de falta de confianza en sí mismo y frecuente malhumor con impulsos suicidas, a los que muchas veces le resulta difícil resistirse. Con la más mínima tribulación cae en un desconcierto y desesperación totales. El paciente es ingeniero en una fábrica de la Polonia rusa, de constitución fuerte, sin signos de degeneración. Se queja de una extraña "manía" que a menudo le hace dudar de si es una persona psíquicamente sana. Desde los 17 años tan solo se excita sexualmente con la contemplación de mujeres con algún defecto físico, sobre todo, de mujeres que cojean y tienen los pies torcidos. El paciente no es en modo alguno consciente de la

conexión asociativa originaria entre su libido y tales defectos femeninos.

Desde la pubertad se encuentra bajo el efecto de este fetichismo, del que él mismo se avergüenza. La mujer normal no tiene para él atractivo alguno, tan solo la que está torcida, cojea, tiene defectos en los pies. Si una mujer tiene un achaque de este tipo, induce en él una poderosa excitación sensual, siendo indiferente el que tal mujer pueda ser hermosa o fea.

En sus sueños con polución únicamente se le presentan tales figuras femeninas cojeantes. De vez en cuando no puede evitar el impulso de imitar a una de estas cojas. En tal situación experimenta un violento orgasmo y una eyaculación acompañada de intensa libidinosidad. El paciente asegura ser muy libidinoso y sufrir mucho a causa de la insatisfacción de sus impulsos. No obstante, consume el coito con 22 años y únicamente unas cinco veces desde entonces. Al hacerlo, aun siendo potente, no obtuvo la más mínima satisfacción. Si algún día tuviera la suerte de practicar el coito con una mujer coja, no le cabe duda de que la cosa sería diferente. En cualquier caso, solo podría plantearse casarse con una coja.

Desde los veinte años de edad, el paciente presenta también fetichismo de ropa. A menudo le basta con vestirse medias y zapatos de mujer, bragas. De vez en cuando se compra tales prendas, se las pone en secreto, se excita con ello libidinosamente y tiene una eyaculación. Las prendas que ya ha llevado una mujer carecen para él del más mínimo atractivo. Le gustaría llevar ropa de mujer durante las ocasiones de excitación sensual, pero de momento no se ha atrevido por miedo a ser descubierto.

Su vida sexualis se limita a las prácticas mencionadas. El paciente afirma con plena seguridad y total convencimiento que nunca se ha dado a la masturbación. Últimamente, con el aumento de sus problemas de neurastenia, se encuentra bastante aquejado de poluciones.

## Bestialismo

T., 35 años, de padre dado a la bebida y madre psicopática, nunca estuvo enfermo de gravedad y nunca había ofrecido en su comportamiento nada que llamara la atención. Ya con nueve años cometió actos deshonestos con una gallina, más tarde con otros animales domésticos. Cuando empezó a cohabitar con mujeres, desaparecieron sus deseos bestiales. Se casó con veinte años, se encontraba sexualmente satisfecho.

Con 27 años empezó a beber. Se despertaron entonces sus antiguas inclinaciones perversas. Un día que llevó una cabra a montar en un pueblo cercano, se despertó en él el deseo de penetrarla. Este se fue volviendo cada vez más intenso, pero todavía conseguía combatirlo, aunque fuera a costa de grandes esfuerzos. Palpitaciones, un espantoso dolor en el pecho y un intenso orgasmo le hicieron sucumbir a sus impulsos. T. asegura haber obtenido un placer mucho mayor con estos actos bestiales que en el "*coitus cum femina*".

Sus actos de bestialismo pasaron inadvertidos. Finalmente ingresó en un manicomio por delirio alcohólico y en el registro de la anamnesis hizo las revelaciones arriba indicadas (Boissier y Lauchaux, *Annal. médico-psychol.*, julio-agosto de 1893, p. 381).

## Bestialismo

X., campesino, 40 años, católico griego. El padre y la madre eran grandes bebedores. A partir de los cinco años, el paciente empezó a sufrir ataques epilépticos, es decir, cae inconsciente al suelo, se queda dos o tres minutos sin moverse, a continuación se reanima y sale corriendo sin dirección con los ojos abiertos de par en par. Con 17 años, despertar del impulso sexual. El paciente no tenía inclinación sexual ni por mujeres ni por hombres, pero sí al parecer por los animales (pájaros, caballos, etc.). Practicaba el coito con gallinas y patos, y más tarde con yeguas y vacas. Nunca onanismo.

El paciente es pintor de cuadros de santos, muy limitado psíquicamente. Desde hace años, paranoia religiosa con estados de éxtasis. Tiene un amor "inexplicable" por la madre de Dios, por la que querría dar su vida. Una vez ingresado en la clínica, el paciente se revela libre de dolencias y de signos de degeneración anatómica.

Siempre ha tenido aversión por las mujeres. En su único intento de practicar el coito con una mujer fue impotente; en cambio, con los animales siempre es muy potente. Es muy vergonzoso con las mujeres. El coito con estas le parece casi un pecado (Kowalewsky, *Jahrbuch für Psychiatrie*, VII, cuaderno 3).

## Bestialismo impulsivo

Bestialismo impulsivo. A., 16 años, aprendiz de jardinero, soltero, padre desconocido, madre con fuertes taras, histeroepiléptico. A. presenta deformidad y asimetría en neurocráneo y viscerocráneo, el esqueleto es pequeño. A. es masturbador desde la niñez, siempre malhumorado, apático, amante de la soledad, enormemente irritable, con reacciones verdaderamente patológicas en sus pasiones. Es imbécil, neurasténico y está muy decaído físicamente, probablemente a causa de la masturbación. Presenta además síntomas histeropáticos (limitación del campo visual, daltonismo, reducción del olfato y el gusto, así como de la audición del oído derecho, anaesthesia testiculi dextr., callosidades, etc.).

Se ha demostrado que A. ha masturbado y penetrado a perros y conejos. Con 12 años, vio a unos chicos masturbar a un perro. Él los imitó y a partir de ahí ya no pudo abstenerse de abusar de las formas más repugnantes de perros, gatos y conejos, aunque más frecuentemente penetraba conejas, que eran los únicos animales que presentaban atractivo para él. A la caída de la noche se dirigía al corral donde guardaba su amo los conejos para satisfacer su repugnante impulso. Se hallaron una y otra conejos con el recto desgarrado. Los actos de bestialismo se practicaban siempre de la

misma forma. Se trataba de verdaderos ataques que se producían cada ocho semanas aproximadamente, siempre por la noche y siguiendo un mismo patrón. A. experimentaba una gran desazón, un sentimiento como si le machacaran la cabeza con un martillo. Notaba como si perdiera el sentido. Luchaba contra las ideas obsesivas que le empujaban a penetrar conejos, sentía un temor creciente, el dolor de cabeza se intensificaba hasta hacerse insoportable. En el momento culminante de este estado, campanadas, sudor frío, temblor en las rodillas, finalmente cesación de la capacidad de resistencia y ejecución impulsiva de la acción perversa. En cuanto esta se lleva a efecto, queda libre de la angustia. La crisis nerviosa desaparece, vuelve a ser dueño de sí mismo, siente una profunda vergüenza por lo ocurrido y teme que se repitan tales situaciones. A. asegura que si en una crisis de estas le dieran a elegir entre una mujer y una coneja, no le quedaría más remedio que decidirse por la segunda. A intervalos sucede que los únicos animales domésticos por los que se siente atraído son los conejos. Normalmente, en sus estados de excepción le basta para la satisfacción sexual con apretar contra sí al conejo, besarlo, etc., pero a veces entra en tal estado de furor sexual mientras hace esto que no le queda más remedio que penetrar impetuosamente al animal.

Los actos de bestialismo mencionados son los únicos que le proporcionan satisfacción sexual, y constituyen el único tipo de actividad sexual que le resulta posible. A. asegura que nunca ha tenido sentimientos libidinosos con ello, sino que la única satisfacción consiste en verse liberado de la situación angustiosa creada por la necesidad impulsiva.

Resultó fácil demostrar en la epicrisis médica que este monstruo humano era un degenerado psíquico, un enfermo sin libertad y no un criminal. (Boeteau, *La France médicale*, año 38, n.o 38).

### Bestialismo

En una ciudad de provincias se descubrió a un hombre de 30 años, de elevada posición, manteniendo relaciones de bestialismo con una gallina. Llevaban tiempo buscando al malhechor porque las gallinas de la casa morían una detrás de otra. A la pregunta del presidente del tribunal sobre cómo se le había ocurrido una acción tan repugnante, el acusado se defendió diciendo que sus genitales eran tan pequeños que le impedían las relaciones con mujeres. Efectivamente, la exploración médica reveló unos genitales extremadamente pequeños. Psíquicamente, el individuo era perfectamente normal.

Faltan datos sobre posibles taras, momento del despertar sexual, etc. (Gyurkovechky, *Männliche Impotenz*, 1889, p. 82).

### El apuñalador de muchachas de Bolzano

Caso 27. El apuñalador de muchachas de Bolzano (comunicado por Demme, *Buch der Verbrechen*, Vol. II, p. 341).

En 1829 se llevó ante los tribunales a H., soldado de 30 años. En diferentes momentos y lugares había herido a muchachas clavándoles un cuchillo de cocina o una navaja en el abdomen, sobre todo en las partes pudendas. El motivo que aducía para tales agresiones era un impulso sexual desenfrenado y furioso que solamente se saciaba con la idea y el acto de clavar un cuchillo a personas del sexo femenino.

Al parecer, era frecuente que este impulso le persiguiera durante días. Se caía entonces en un estado de ánimo de total confusión que no desaparecía hasta que daba salida a ese impulso con hechos. Según afirmaba, al clavar el cuchillo obtenía la satisfacción del acto sexual pleno y esta aumentaba cuando veía correr la sangre por el cuchillo.

Ya con 10 años de edad había experimentado un poderoso impulso sexual. Primero se dio a la masturbación, pero tenía la sensación de que esta le debilitaba cuerpo y alma. Antes de convertirse en el "apuñalador de muchachas", satisfacía sus apetitos sexuales abusando de muchachas inmaduras, masturbándolas y también practicando el bestialismo. Poco a poco se le había ido ocurriendo la idea del placer debía de ser clavarle un cuchillo a una hermosa joven en los genitales y deleitar-se viendo correr la sangre por el cuchillo.

Entre sus efectos personales se hallaron imitaciones de objetos del culto, cuadros obscenos de la concepción de María pintados por él mismo, de la "idea de Dios coagulada" en el seno de la Virgen. Se le tenía por hombre extraño, muy irritable, misántropo, mujeriego, hosco, amargado. No se advertían en él vergüenza o arrepentimiento. Al parecer, había quedado impotente como consecuencia de antiguos excesos sexuales. Tendía a la perversión de la vida sexual por su intensa y prolongada libido y por la presencia de una tara.

### Asesinato sádico

Caso 15. El 15 de abril de 1880 desapareció una niña de cuatro años de casa de sus padres. El 16 se detuvo a Menesclou, uno de los inquilinos del inmueble. En sus bolsillos se encontraron los antebrazos de la criatura, de la estufa se recuperaron la cabeza y vísceras medio carbonizadas. También en el retrete se encontraron partes del cadáver. Los genitales no aparecieron. La turbación se apoderó de M. al ser preguntado sobre su paradero. Las circunstancias, así como un poema deshonesto que llevaba consigo, no dejaban lugar a dudas: había abusado de la niña y después la había asesinado. M. no expresó remordimiento alguno, consideraba su acción una simple desgracia. Su inteligencia es limitada. No presenta signos de degeneración anatómica, es duro de oído, escrofuloso.

M. tiene ahora 20 años, cuando tenía 9 meses sufrió convulsiones; después, sueño intranquilo, enuresis nocturna, era nervioso, tuvo un desarrollo tardío y deficiente. A partir de la pubertad se volvió irascible, mostraba malas inclinaciones, era perezoso, desobediente; no valía para ninguna ocupación. Ni siquiera mejoró en el correccional. Se le alistó en la marina, tampoco allí res-

pondió. De vuelta en casa, robaba a sus padres, andaba en malas compañías. No iba detrás de mujeres, se daba al onanismo afanosamente, de vez en cuando penetraba perras. Su madre padecía manía menstrual periódica, un tío había perdido el juicio, otro se daba a la bebida.

El examen de su cerebro reveló alteraciones morbosas en ambos lóbulos frontales, la primera y segunda circunvoluciones temporales, así como en parte de las circunvoluciones ■





## Sexualidades. Tensiones entre la psiquiatría y los colectivos militantes

Daniel Matusevich



**Autora: Silvia Di Segni**

Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2013

Sexualidades constituye un libro muy particular en el universo psiquiátrico actual, ya que se halla completamente alejado de la visión dominante en nuestro campo, caracterizado por el predominio de un paradigma positivista anclado en una matriz casi exclusivamente biológica; la propuesta ofrecida por nuestra autora abreva en la psicología, la filosofía, la antropología, el psicoanálisis, los estudios de género y la misma psiquiatría, única manera de intentar dar cuenta de uno de los temas más complejos y multisignificados de nuestra especialidad. El origen de este texto debemos rastrearlo en la tesis de doctorado de la autora, presentada en la facultad de medicina y acompañada en su realización por el rigor científico y la sensibilidad intelectual del recordado profesor Alfredo Kohn Loncarica.

Este texto debe ser considerado como necesario e imprescindible, ya que instala la cuestión de las sexualidades en la psiquiatría y retoma un artículo publicado por la autora en el año 2009 en la revista Sinopsis, en el que ya se perfilaba una visión alejada del conformismo y los lugares comunes a la hora de plantear las políticas sexuales, y como las mismas se despliegan en nuestro campo de trabajo y estudio.

El paradigma positivista ha alejado a la psiquiatría, alguna vez considerada la más humanista de las especialidades médicas, de las ciencias sociales y la ha acercado a una mirada biologizante que descuida la singularidad del sufrimiento mental. En palabras de nuestra autora "... buena parte del saber académico en esta especialidad se aleja cada vez más de la vida de las personas a quienes, supuestamente, intenta proteger. Me preocupa más que ese saber pase a futuras médicas y médicos en forma de prejuicios e influya sobre la sociedad a través del poder y la autoridad que tenemos como profesionales de la salud."

La operación planteada por Di Segni se propone analizar la mirada psiquiátrica en torno a las sexualidades pero también examinar la evolución de la psiquiatría a lo largo del tiempo utilizando como excusa (si vale la palabra) a las sexualidades. De esta forma queda establecida una potente interacción que se retroalimenta a lo largo de todo el texto y que nos permite ser testigos de cómo se va instalando el tema a medida que la flecha del tiempo va progresando, con ambivalencias, idas, vueltas, retrocesos y logros. El recorrido es exhaustivo y detallado: la psiquiatría americana, la psiquiatría rusa, los psiquiatras franquistas españoles, la psiquiatría alemana, textos clásicos de nuestra espe-

cialidad son pasados por el tamiz analítico de la autora, dejando al descubierto miserias y contradicciones que habitualmente son ocultadas por el discurso psiquiátrico oficial que parece creer en una falsa evolución lineal de los saberes, totalmente alejada de la moderna epistemología que propone al paradigma de la complejidad como casi única opción para acercarnos a un campo tan complejo y en permanente cambio.

Está estructurado en dos grandes secciones, las que a su vez están subdivididas en capítulos, lo que facilita notablemente la lectura. El interés no decae en ningún momento; pero me gustaría destacar en el recorrido propuesto por la autora algunos puntos que creo no deberían ser soslayados por ningún lector atento: la enseñanza de la psiquiatría, la educación sexual en la medicina, la revolución de los setentas, las clasificaciones, la antipsiquiatría, el mundo trans, las políticas sexuales.

La honestidad intelectual de la autora está totalmente fuera de discusión, en la página 297 del texto no duda en señalar una contradicción en la que ella misma incurrió (en referencia a la cuestión de las perversiones y la mirada desde el psicoanálisis), hecho muy poco frecuente en los ámbitos intelectuales y académicos poco dados a la autocrítica y al autoanálisis reflexivo.

La bibliografía enumerada es abrumadora y contundente, pero rechaza de plano la acumulación de nombres como muestra pretenciosa o exhibicionista. De todos los autores citados, voy a destacar dos que nunca son lo suficientemente ponderados en los diversos ámbi-

tos académicos vernáculos: Erving Goffman, sociólogo americano autor de dos obras maestras imprescindibles, *Estigma* e *Internados*, que nos han permitido pensar los destinos de aquellos y aquellas diferentes y marginados por nuestra sociedad; y el indispensable Primo Levi con sus crónicas de supervivencia y dignidad atravesando el holocausto nazi, una cita más que bienvenida y bastante poco habitual.

Es necesario detenerse, aunque sea de manera breve, en las relaciones entre la psiquiatría y los colectivos militantes; Di Segni sostiene agudamente que las políticas nacionales pueden responder mejor al reconocimiento de derechos de diferentes personas que las políticas psiquiátricas, que se mantienen inmutables dentro de la academia. Podemos conjeturar que la ley de diversidad de género, sancionada en el año 2012, pareciera que no hubiera producido ningún cambio en el imaginario psiquiátrico, siempre más atento a la patologización que al reconocimiento de la diversidad.

Considero que *Sexualidades* representa una obra de madurez, imprescindible y necesaria a la vez, que otorga la esperanza de un cambio posible, dirigida a cualquier persona inquieta y comprometida, pero en especial tal vez sean los alumnos de la carrera de medicina los que de ninguna manera se la pueden perder, ya les será de invaluable ayuda para poder cambiar su mirada con respecto a uno de los temas que indudablemente nos definen como seres humanos y profesionales ■

*“¿Qué motivó la creación del DSM? Por una parte, la emergencia de ‘nuevas’ patologías que la guerra y la posguerra habían visibilizado; por otra, se buscaba superar la diversidad de escuelas, teorías y clasificaciones de las enfermedades mentales, que no era apreciada como riqueza sino como caos /‘kaos’. De manera que ‘Control’ debía poner orden. No se indagó en el sentido de esa diversidad, acerca de qué realidades diferentes intentaba transmitir o de qué podía aportar en situaciones diversas; el padecer psíquico debía ser reducido a una serie de signos y síntomas, rotulado y clasificado. Ese procedimiento, basado en estadísticas, sería ‘objetivo’ y, por lo tanto, el único científicamente válido.”*  
(Pág. 166)