

Salud, malestares y problemas sexuales

Textos y contextos

Compiladoras

Beatriz Torrez Rodríguez
Ada C. Alfonso Rodríguez
Neida Méndez Gómez

VOLUMEN III

Edición: Neyda Izquierdo y Rubén Casado
Obras de portada e interiores: María Caridad (Mary Cary) Díaz García.
Diseño de cubierta, interiores y maquetación: jacalfonso

© Beatriz Torrez Rodríguez, Ada C. Alfonso Rodríguez,
Neida Méndez Gómez, compiladoras, 2014

© Sobre la presente edición: SOCUMES, 2014
© Sobre la presente edición: Editorial CENESEX, 2014

ISBN: 978-959-7187-57-8 (obra completa)
978-959-7187-65-3 (volumen)

Centro Nacional de Educación Sexual
Calle 10 no. 460, esquina a 21, Vedado
Plaza, Ciudad de La Habana
Tel: (53 7) 838 2528 - 29 ext. 154
<http://www.cenesex.org>

ÍNDICE

PRÓLOGO	7
ENFERMEDADES CRÓNICAS: MALESTARES Y PROBLEMAS SEXUALES	
SALUD, ENVEJECIMIENTO Y SEXUALIDAD. UNA MIRADA DESDE LAS ENFERMEDADES RENALES	13
Carlos Gutiérrez Gutiérrez, Beatriz Torres Rodríguez	
DISFUNCIÓN SEXUAL ERÉCTIL EN HOMBRES CON DIABETES MELLITUS	22
Lizet Castelo Elías-Calles, Manuel Emiliano Licea Puig	
DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES CON DIABETES MELLITUS	60
Manuel Emiliano Licea Puig, Lizet Castelo Elías-Calles	
CÁNCER CERVICOUTERINO	94
Miguel Sarduy Nápoles	
OSTEOPOROSIS EN LA MUJER DE EDAD MEDIANA ¿PROBLEMA DE SALUD EN CUBA?	104
Daysi A. Navarro Despaigne	
EXPLORACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE RIÑÓN	114
María Elena Rodríguez Lafuente, Maritza González Blanco, María Elena Alonso García, Laura Anabel de León Serra, Gretchen García de Armas	

SALUD SEXUAL Y SALUD MENTAL: DOS TEMAS EN DEBATE

INTERSECCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y SEXUAL EN EL CONTEXTO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. APUNTES Ada C. Alfonso Rodríguez	135
ESTRÉS Y SEXUALIDAD Alina Julia Ortega Bravo	149
AMOR Y APEGO EN LA ADULTEZ MAYOR María Elena Real Becerra	160
SEXUALIDAD, ENVEJECIMIENTO Y DERECHOS. UNA MIRADA DESDE LA CÁTEDRA UNIVERSITARIA DEL ADULTO MAYOR Teresa Orosa Fraíz	175
LA SEXUALIDAD EN UN GRUPO DE PACIENTES ALCOHÓLICOS Annia Duany Navarro, Gloria Hernández Marín	183

VIOLENCIAS: TEXTOS Y CONTEXTOS

EL <i>BULLYING</i> HOMOFÓBICO: APUNTES PARA UNA INVESTIGACIÓN Yoanka Rodney Rodríguez, Mirtha García Leyva.	193
¿QUÉ PUEDE APORTAR UN ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA EN EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES? Iyamira Hernández Pita.	207
EJERCICIO DE LAS SEXUALIDADES NO HEGEMÓNICAS Y VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Ada C. Alfonso Rodríguez	215
EL <i>BULLYING</i> : DE LO QUE POCO SE HABLA Y SE CONOCE EN LAS ESCUELAS CUBANAS Yoanka Rodney Rodríguez, Mirtha García Leyva	229

DIVERSIDAD SEXUAL, ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

- DIFERENCIACIÓN SEXUAL NORMAL Y DESÓRDENES DE LA DIFERENCIACIÓN SEXUAL** 253
Neida Méndez Gómez, Daysi Navarro Despaigne
- CUERPOS SUBVERSIVOS Y PODER: UNA APROXIMACIÓN QUEER AL HOMOEROTISMO** 276
Alberto Roque Guerra
- HOMOFOBIA EN LA CUBA DE HOY: UN ACERCAMIENTO DESDE LOS CONOCIMIENTOS
SOBRE DIVERSIDAD SEXUAL, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DOMINANTES** 292
Alain Darcout Rodríguez
- LA VISIBILIZACIÓN DE LA INTERSEXUALIDAD EN LA SOCIEDAD Y EN LAS AGENDAS
LGTB** 301
Adriana Agramonte Machado
- LA HETERONORMATIVIDAD Y LA POLIVICTIMIZACIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y
ADOLESCENTES: UNA APROXIMACIÓN** 315
Rita M. Pereira Ramírez
- IDENTIDADES TRANS: ENTRE LOS MALESTARES DE LA ACADEMIA Y EL DERECHO A
EXISTIR** 334
Alberto Roque Guerra, Lázaro Hernández Coterón

PRÓLOGO

La presentación del libro *Salud, malestares y problemas sexuales. Textos y contextos*, en su tercer volumen, muestra el sistemático trabajo investigativo, asistencial y de promoción de salud de un grupo de especialistas de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES), de otros invitados y colaboradores pertenecientes a diferentes instituciones de reconocido prestigio en nuestro país. Los artículos reflejan el necesario estudio del proceso de salud-enfermedad, que transita de forma intermedia por la vivencia de malestares que si no se manejan de forma adecuada pueden convertirse en trastornos, a la vez que invita a propiciar las condiciones adecuadas para que la sexualidad y la vida en pareja se conviertan en un espacio de crecimiento y desarrollo que potencie el placer, despojados de culpas y reproches.

La sexualidad y la vida en pareja ha sido el centro de muchas de las sistemáticas actividades científicas organizadas por la SOCUMES en la Casa del Alba por más de tres años, de forma bimensual, lo que ha contribuido a visibilizar la sexualidad desde un enfoque de salud y derechos sexuales, así como al intercambio con investigadores, profesionales de diferentes ramas de la ciencia y con la población que se acerca a este espacio.

Estas sesiones y su divulgación han sido apoyadas por el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), con el que la SOCUMES mantiene

relaciones de trabajo a través de una de sus secciones, la de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.

Esta sección se creó para fomentar una cultura de salud sexual y de respeto de los derechos sexuales y reproductivos entre los profesionales de diferentes disciplinas, los actores sociales y la población en general, lo cual es esencial para el logro del bienestar, el alcance de un mejor estado de salud de la población y un desarrollo humano sostenible.

Los temas contenidos en este volumen responden a necesidades básicas y sentidas de nuestra población. Son resultado de diferentes investigaciones científicas, algunos de maestrías y doctorados; y otros del trabajo de los integrantes de las secciones de Diversidad e Investigaciones en Violencia y Ejercicio de Ciudadanía; muestran el apoyo a campañas que se desarrollan en el país, como la Jornada Cubana contra la Homofobia y los dieciséis días de activismo por la No Violencia contra las Mujeres, problemáticas que requieren de estudios más profundos y sistemáticos y, por supuesto, de su exposición y visibilidad.

Agradecemos a instituciones como el Centro de Estudios Demográficos y la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, a los centros de Prevención de ITS, VIH-sida y de Educación Sexual, al Grupo de Reflexión Oscar Arnulfo Romero y a la Universidad de Ciencias Pedagógicas Enrique José Varona, entre otros, y a sus especialistas por su colaboración sistemática.

El presente volumen trata de brindar respuestas a las interrogantes relacionadas con el impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles en la sexualidad y la vida en pareja con una mirada que recorre las enfermedades renales y los procesos de trasplante, pero ¿quién se ocupa de orientar el manejo de la sexualidad?, ¿a quién preguntar ante dudas y malestares?

Las respuestas a estas preguntas refuerzan la necesidad de trabajar en estos aspectos cruciales de la vida de las personas que sufren afecciones renales y la imprescindible capacitación de los especialistas acerca de las inquietudes, malestares y trastornos sexuales que se pueden presentar y que tendrán que preguntar, orientar y rehabilitar, pues muchas veces por pudor los pacientes y parejas no preguntan. Se necesita ir más allá de las especialidades médicas (el cardiólogo al corazón, el nefrólogo al riñón, etcétera) y valorar a la persona en su integralidad, ya que la calidad de vida percibida es un elemento esencial a incorporar en este enfoque, en que lo más importante es cómo se ve el paciente, lo que espera para no conformarse con lo que el equipo de especialistas cree que debe lograr.

Además, profundizar en la repercusión de otras enfermedades como la diabetes, el cáncer, las diferencias en las manifestaciones y problemáticas de hombres y mujeres, lo que espera cada uno del otro desde la construcción de género, es algo importante a meditar, sin olvidar otras entidades que impactan en la salud sexual y reproductiva, como el alcoholismo y la osteoporosis, que muestran la necesidad de desarrollar recursos y políticas para asegurar una atención óptima que conduzca a una buena calidad de vida en la que la sexualidad esté presente.

Los determinantes sociales de la salud y su interrelación con la salud mental y la salud sexual (binomio que hay que valorar como un todo), el impacto del estrés en la sexualidad, los temas relacionados con el amor y la vida en pareja en el adulto mayor, los aspectos bioéticos y de orientación a la pareja y a la familia, son algunos de los temas tratados en este libro.

Los lectores podrán encontrar los resultados de investigaciones desarrolladas sobre la violencia contra las mujeres presentadas en los paneles que tocaron este tema, como una contribución a la jornada nacional a favor de la no violencia hacia las mujeres. Lo que puede aportar un enfoque de salud pública en el abordaje de la violencia contra las mujeres;

las sexualidades no hegemónicas y la violencia contra las mujeres; de lo poco que se habla y se conoce el *bullying* en las escuelas cubanas y lo que es necesario prevenir y orientar, y otros temas relacionados, son importantes en el proceso de capacitación y formación de los profesionales de la salud y educación, aunque también para la población, que requiere de sensibilidad para poder combatir la violencia en cualquiera de sus formas.

Por último, se aborda la diversidad sexual. Los estigmas y discriminaciones que acompañan a las sexualidades no hegemónicas desde la mirada de diferentes disciplinas: juristas, activistas, especialistas en salud mental, pedagogos, psicólogos y médicos y otros; la homofobia en la Cuba de hoy y los conocimientos sobre diversidad sexual, las actitudes y prácticas dominantes; la visibilización de la intersexualidad en la sociedad y en las agendas LGTB; el *bullying* homofóbico: apuntes para una investigación; y la heteronormatividad y la polivictimización de niños, niñas y adolescentes, son algunos temas que integran este capítulo. El país hace ingentes esfuerzos para combatir la homofobia, la transfobia y otras fobias sexuales, y la SOCUMES se une a estos, fomentando una cultura en el respeto a los derechos sexuales como derechos humanos de las personas.

Esperemos que todos estos trabajos contribuyan a la reflexión de especialistas de diferentes campos del saber relacionados con la salud sexual y reproductiva y de la población que se acerca con el objetivo de educar a sus familias para el logro de un mundo libre de prejuicios y discriminaciones.

Muchas gracias.

DRA.C. BEATRIZ TORRES RODRÍGUEZ
Presidenta de la SOCUMES

ENFERMEDADES CRÓNICAS: MALESTARES Y PROBLEMAS SEXUALES



Los peces

SALUD, ENVEJECIMIENTO Y SEXUALIDAD. UNA MIRADA DESDE LAS ENFERMEDADES RENALES

Carlos Gutiérrez Gutiérrez, Beatriz Torres Rodríguez

En la medida que las personas envejecen se produce un incremento de la frecuencia de las enfermedades crónicas (EC). Este aumento no es producido solamente por el lógico deterioro de las funciones orgánicas, sino también por la mejoría del nivel socioeconómico de los servicios de salud. Se salvan más personas de enfermedades que anteriormente tenían una mortalidad mucho más alta; sobreviven cada vez más adultos mayores (AM) y nacen menos personas, lo que se traduce en que la población envejece progresivamente (1-3).

La diabetes mellitus (DM), la hipertensión arterial (HTA), la aterosclerosis (afectación en la capa íntima de las arterias) y la arterioesclerosis (daño en la capa media arterial), ambas muy frecuentes en la persona a medida que envejece, son también causas y factores de riesgo para la aparición de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales crónicas (ERC). Esta última ya sobrepasa el 10 % de la población y tiene una prevalencia superior en el adulto mayor. Resulta importante destacar que las principales causas y factores de riesgo de EC coinciden con los de las disfunciones sexuales (3-8).

El incremento de la expectativa de vida con el esperado envejecimiento progresivo de toda la población y las mejores condiciones biológicas en que se llega a edades avanzadas, junto al desarrollo de la diálisis y al aumento de los recursos destinados para estos fines, han provocado no solo un aumento vertiginoso de los pacientes que reciben tratamiento sustitutivo de las funciones renales (diálisis y trasplante), sino también de la complejidad de estos, cada vez más ancianos (incluso mayores de 85 años), más débiles y con más complicaciones. El número de diabéticos

es cada vez mayor, al igual que el de otras EC, con un mayor número de pacientes con varias enfermedades asociadas. Los pacientes mayores de 65 años tienen una morbilidad entre dos y siete veces mayor que los menores de 50 años (1, 2, 9, 10).

Las principales causas de ERC en el adulto mayor son: la HTA, principalmente por la aterosclerosis; la DM, agravada por la obesidad; las enfermedades urológicas y las oncológicas.

De todo lo anterior se deduce que la atención nefrológica, que en el siglo pasado centró su atención principal en la población más joven, ahora tiene que desarrollarse a plenitud en la población mayor de 60 años, con la prevención de las ERC y los tratamientos sustitutivos (la diálisis y el trasplante), con una población que tiene características bio-psico-sociales diferentes a los más jóvenes, lo que nos obliga a profundizar en su investigación y estudio. Deben realizarse todas las acciones preventivas posibles para cambiar la realidad, consistente en que la salud pública internacional sufre una epidemia de insuficiencia renal crónica, producto de una población envejecida de pacientes que han tenido una atención médica preventiva inadecuada (5, 11-14).

El siguiente resumen, extraído de uno de los cuadros clínicos publicados en el libro *Riñón y envejecimiento* (3), puede resultar ilustrativo en el análisis de esta problemática:

Un nefrólogo visitó un hogar de ancianos para interconsultar a un AM que padecía una insuficiencia renal crónica. En el traslado hacia la institución, el médico meditaba en cómo sería la evolución de este paciente en un método dialítico si llegara a necesitarlo; recordaba algunos pacientes anteriores, incluso más jóvenes, más fuertes y aptos físicamente, pero que desgraciadamente quedaron sin apoyo familiar cuando se inició el tratamiento dialítico y evolucionaron muy mal, en contraste con la evolución favorable de otro ancianito pequeño y delgado, con diferentes enfermedades pero con muchos familiares, amigos, vecinos

y excompañeros de trabajo pendientes de su persona. Al llegar a la institución e iniciar la entrevista, se encuentra frente a él a un hombre optimista y feliz (encontró paz en este lugar, lo que no tenía en su hogar), con el que el diálogo resulta fácil. Cuando el médico le plantea su situación y las diferentes opciones de tratamiento, el paciente lo interrumpe para preguntarle lo que refiere [que] más le preocupaba: Hacía un año había contraído nupcias con otra usuaria del hogar; sus relaciones sexuales eran satisfactorias, pero tuvo una etapa de disfunción sexual que certeramente relacionó con un tratamiento que le indicaron para su HTA y que desapareció al sustituirlo por otro; refiere que cuando el médico le indicó el primer medicamento, ninguno de los dos reparó en la esfera sexual (con sus ojos vivaces e inteligentes le dijo: médico, nunca obvie algo tan importante); ahora le preocupaba más este aspecto que el futuro tratamiento de su enfermedad renal, así como las opciones de terapéutica dirigida a la mejoría de la sexualidad, como el sildenafil de ser necesario; por igual preguntó sobre las limitaciones que podía tener para la realización de ejercicios físicos y trabajos artesanales por los que tenía preferencias. Durante un tiempo el nefrólogo continuó atendiendo al paciente; la función renal siguió empeorando y se encontraron contraindicaciones médicas para realizar un trasplante renal en etapa predialítica, que muy probablemente hubiera sido el tratamiento ideal. Hace dos años recibe tratamiento dialítico, continúa feliz con su esposa, haciendo ejercicios físicos y elaborando figuras artesanales.

La calidad de vida tiene un componente subjetivo muy importante. Pueden existir diferencias entre lo que el paciente, su familia o el equipo de salud consideran calidad de vida. Por supuesto, el criterio fundamental de la calidad de vida que se desea, es el expresado por el enfermo. Puede darse el caso de que el paciente compense la soledad del hogar con las redes de apoyo social, como la compañía, en un servicio de diálisis, de pacientes más jóvenes y de personal de la salud que lo trata con afecto y ternura. Incluso puede darse la paradoja de que el AM perciba entonces

una mejor calidad de vida que la de sus viejos amigos del barrio, o de las pacientes más jóvenes que reciben tratamiento dialítico, pero que no perciben el mismo apoyo, o no logran una buena adaptación al tratamiento (1, 2, 11, 12, 15, 16).

De igual modo, representa una realidad que los pacientes que acuden cada vez más a todo tipo de consultas, incluso la de sexología, son los enfermos crónicos con una inadecuada forma física y dentro de ellos los AM. La sexualidad, presente durante toda la vida, ha sido prácticamente ignorada en estas edades. Una encuesta reciente, realizada en 1 126 ancianos, arrojó que 30 % tenían actividad sexual, lo que afirma que la disfunción sexual no es inherente al envejecimiento. La sexualidad se va modificando con la edad, pero no se pierde en ningún momento. El control de los factores de riesgo cardiovascular y renal también contribuirá a una mejor salud sexual (15-17).

Asimismo, el médico puede provocar iatrogenia en estos aspectos al no ponderar lo perjudicial de un tratamiento, que quizás puede ser sustituido por otro que no afecte la esfera sexual. En la práctica diaria, la mayor parte de las veces no se piensa en la afectación de la sexualidad del AM, pues se asume inconscientemente o conscientemente que este aspecto no es importante o que ya no existe para esa persona. Hay varios medicamentos que pueden afectar la sexualidad, como algunas drogas hipotensoras, algunos hipolipemiantes, antidepresivos, ansiolíticos, opiáceos y drogas comprendidas en la quimioterapia anticancerosa. Le corresponderá al médico expresarle al paciente los riesgos y beneficios, e informar para obtener un consentimiento educado (1, 8, 18, 19).

La percepción favorable de la calidad de vida implica, entre muchos aspectos, poder disfrutar de una sexualidad placentera. Con el fin de que esta exista, se necesita una mente sana en un cuerpo sano. Uno de los principales medios para lograr estos aspectos, está claro y muchas veces repetido hasta la saciedad: mejorar los estilos de vida. Ahora bien, ¿y los medios para lograr el fin? La respuesta correspondiente es que hasta ahora han sido bastante ineficaces si nos atenemos a los resultados; por

cierto, bastante desfavorables, ya que, lejos de disminuir, aumentan los estilos de vida inadecuados.

Un buen sexólogo, un buen clínico o un buen educador físico por separado no logran los máximos beneficios. La palabra *multidisciplinario* debe pasar de ser un eslogan bonito y bastante socorrido a una realidad verdaderamente útil.

Si se parte del hecho de que se deben cambiar los medios empleados hasta ahora para tratar de obtener estilos de vida saludables, primeramente resulta imprescindible cambiar las mentes; para evidenciar esta necesidad, medítese sobre la respuesta a esta pregunta: ¿cuántos de los predicadores de la salud tienen estilos de vida saludables? Si recibimos educación sanitaria al respecto y los miembros del equipo de salud son, por ejemplo, sedentarios y obesos y fuman, es de presumir que la calidad del mensaje percibido diste mucho de lo óptimo.

Está demostrado que los resultados obtenidos en la salud poblacional —incluso de pequeñas acciones beneficiosas, pero efectuadas en grandes grupos— superan a los alcanzados por grandes acciones en pequeños grupos de población. Esto constituye un estímulo para la acción por modesta que parezca.

Resulta interesante unir dos interrogantes por el análisis que de estas puede desprenderse: ¿vivir muchos años o lograr que la edad biológica se retrase a la cronológica? Para cambiar los estilos de vida, hay que cambiar las expectativas: podemos vivir más, pero también mejor.

No se trata de lograr adultos cada vez mayores, solitarios, entristecidos y viviendo de sus recuerdos. Mejor es que se mantengan activos, desarrollando todas las tareas y actividades que les permitan su salud y estado físico, aspectos ambos que pueden ser continuamente mejorados con la práctica de una vida saludable, que incluye tener proyectos permanentes, ejercicios físicos, superación y recreación, entre otros. Junto a las EC antes citadas, que debutan o se agravan por el sedentarismo, se

encuentran la osteoporosis, las caídas frecuentes y las fracturas óseas con su peor consecuencia: la invalidez progresiva, estado penoso en el que muchos aspectos de la calidad de vida, como la sexualidad, pasan a ser un recuerdo lejano y posiblemente ni eso, por lo que son totalmente olvidados.

Resulta necesario masificar el deporte y la recreación, que sean accesibles y atrayentes, con el fin de que devengan una olimpiada en la que siempre se obtenga la victoria y pierdan la morbilidad y la mortalidad. La multirrecordista en inmersión Deborah Andoyo ha afirmado que el entrenamiento físico la ha convertido en una mejor persona, más optimista y entusiasta.

Pudieran existir algunos beneficios al padecer una EC. Si bien hasta la fecha estas enfermedades muchas veces resultan inevitables, y sin olvidar que si se padecen se pueden mantener controladas y evitar añadirles factores de riesgo, el hecho de transitar rápidamente por las fases del duelo y llegar a la aceptación optimista de la realidad, hace que el sujeto se preocupe menos por nimiedades, disfrute más la vida e incluso pueda controlar más los riesgos. Muchas veces disminuye la terrible soledad al incrementar la red social de apoyo, que puede estar integrada por sus compañeros de métodos dialíticos y el equipo de salud, en el caso de los pacientes con insuficiencia renal crónica (1, 3, 11, 12, 20). Puede ser la hora del perdón, la tolerancia y los reencuentros. Y entonces surgen otras interrogantes:

- ¿por qué no hacerlo antes de padecer una EC?;
- ¿qué puede hacer el sexólogo ante un enfermo crónico con escasa educación sanitaria y con daño multisistémico? (además de lamentarse, no mucho más);
- ¿qué hace la mayoría de los médicos clínicos? (generalmente no preguntan por la salud sexual);
- ¿qué hacen los educadores físicos? (aunque existen excepciones, en la mayoría de los casos resulta insuficiente su trabajo con estas personas).

Existe la base política para lograr estos objetivos, pues los lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución establecen:

- en la salud: fortalecer las acciones de promoción y prevención que retardan o evitan la aparición de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus secuelas;
- en el deporte: será prioridad el fomento y promoción de la cultura física y el deporte en todas sus manifestaciones, como medios de educación y contribución a la formación integral de los ciudadanos; para ello resulta necesario concentrar la atención en la práctica masiva del deporte y la actividad física, a partir del reordenamiento del sistema deportivo y la reestructuración de su red de centros.

Por todo lo anteriormente citado y a manera de resumen, se proponen los siguientes aspectos, que deben mantenerse desde el nacimiento, para lograr una satisfactoria armonía de la salud, el envejecimiento y la sexualidad:

- alimentación adecuada;
- menos hábitos tóxicos;
- actividades culturales y recreación sistemática (al menos una vez a la semana);
- incremento de la educación y cultura para mejorar las alternativas de afrontamiento;
- ejercicios físicos (siempre resulta útil su comienzo, pero mientras más temprano, mejor);
- educación sexual desprejuiciada;
- no olvido de la sexualidad, independientemente de la edad y el estado de salud, y mejorarla continuamente como expresión de calidad de vida;
- creación de verdaderas redes de apoyo social;
- logro de profesionales de la salud verdaderamente integrales y de un trabajo multidisciplinario.

Referencias bibliográficas

1. Gil Cunqueiro JM, García Cortés MJ, Foronda J, Borrego JF, Sánchez Perales MC, Pérez del Barrio P, *et al.* Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis. *Nefrología* 2003; 23(6):529-536.
2. Gómez Campderá F, García de Vinuesa S, Luño J. Hemodiálisis en el anciano. En Jofré R, López Gómez JM, editores. Tratado de hemodiálisis. 2a. ed. Barcelona: Jims; 2006. pp. 721-736.
3. Gutiérrez C. Riñón y envejecimiento. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2011.
4. Gutiérrez C, Suárez JC. Nefropatía diabética: prevención o retraso por el Médico General Integral versus lamentos del Nefrólogo. *Rev Cubana Med Gen Integral* 1997; 13(1):19-29.
5. Gutiérrez C. Nefropatías crónicas. Caracterización clínico-epidemiológica y prevención en los niveles primario y secundario de salud (tesis de doctorado). [citado 10 de noviembre, 2008]. La Habana; 2004. Disponible en: <http://www.cu/galerias/sitios/cimeq/2008>.
6. Luño J, García de Vinuesa S. Protección cardiovascular y renal asociada al tratamiento antihipertensivo en el anciano. *Nefrología* 2002; 22(1):S30-S34.
7. Mazzuchi N, González C, Ferreiro A, Solá Schwedt E. Mortalidad cardiovascular en la enfermedad renal terminal. Comparación entre diálisis y trasplante. *Nefrología* 2004; 24(1):34-35.
8. Tratado de geriatría. [Sitio en Internet]. [citado 15 de enero, 2008]. Disponible en: http://www.segg.es/segg/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2000_Primeras.pdf.
9. Ghafari A, Ardalan MR. Renal transplantation in elderly recipients: A single-center experience. *Transplant Proc* 2008;40(1):238-239.
10. Jager KJ, Van Dijk PCW, Dekker FW. The epidemic of aging in renal replacement therapy: An update on elderly patients and their outcomes. *Clin Nephrol* 2003; 60:352-360.
11. Contreras F, Esguerra G. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. Bogotá: Universidad de Santo Tomás; 2011.

12. Canter Gómez R, Uribe Arnaiz B. Suceso vital y factores psicosociales en pacientes con insuficiencia renal. *Psicología y Salud* 2011 Ene-Jun; 21(1):91-102.
13. Cuba, Ministerio de Salud Pública. **Programa del Adulto Mayor**. La Habana: MINSAP; 1996.
14. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Registro de pacientes dispensarizados por médicos de la familia. Año 2004. La Habana: MINSAP; 2005.
15. Sex and aging—How aging can impact our sexuality. [Sitio en Internet]. [citado 20 Nov 2007]. Disponible en: <http://www.keepcondom.com/Sexuality&Aging.htm>.
16. Torres B, Gutiérrez C. Enfermedad crónica, calidad de vida y sexualidad. *Revista de Investigaciones Medicoquirúrgicas* 2010; I(12).
17. Torres B, Gutiérrez C. Sexualidad, nutrición y enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista de Investigaciones Medicoquirúrgicas* 2008; I(10).
18. Torres B, Gutiérrez C. Propuesta de intervención para el manejo de la sexualidad de los pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Internacional de Andrología* 2006.
19. Torres B, Gutiérrez C. Estudio del uso del sildenafil en la consulta de sexología del CIMEQ. *Revista de Investigaciones Medicoquirúrgicas* 2008; II(11).
20. Gutiérrez C, Torres B. Insuficiencia renal crónica y sexualidad. *Revista Internacional de Andrología* 2006.

DISFUNCIÓN SEXUAL ERÉCTIL EN HOMBRES CON DIABETES MELLITUS

Lizet Castelo Elías-Calles, Manuel Emiliano Licea Puig

Introducción

La disfunción sexual eréctil (DE) es una condición médica que se define como la incapacidad para lograr y/o mantener una erección suficiente para realizar una actividad sexual satisfactoria. El término DE define con mayor precisión la naturaleza de esta afección que el término de impotencia (1).

La DE es muy frecuente en el varón de cualquier edad, especialmente en el anciano, los diabéticos y en aquellos con enfermedades vasculares, afecciones psiquiátricas e hipogonadismo (1-4). El envejecimiento poblacional y la mayor esperanza de vida determinan un mayor número de ancianos y de diabéticos, lo que incrementa el riesgo de DE. La DE se observa con mayor frecuencia en las personas con diabetes mellitus (DM) cuando se compara con la población general, y puede ser el primer síntoma que orienta al diagnóstico de DM (5). La DE se asocia con el incremento de la edad (2, 3), al mal control metabólico (4), al mayor tiempo de evolución de la DM (5, 6), al hábito de fumar (6), al consumo de bebidas alcohólicas (7), a la depresión (8), al uso de algunos fármacos (9) y a la presencia de complicaciones microvasculares y macrovasculares de la DM (10), entre otros factores. Diversos estudios describen la aparición de esta complicación en un rango entre 25 % y 75 % de los casos de DM.

El *Estudio sobre el envejecimiento masculino en Massachussets* (EEMM) confirmó que 35 % de los hombres tenían una DE de moderada a completa, y se observó un comportamiento variable en relación con la edad: 39 % a los 40 años; 48 % a los 50; 57 % a los 60; 67 % a los 70 y llegó a 75 % a los 80 años de edad. Además, la DE se presentó en 28 % en los diabéticos después de ajustada la edad (11).

El *Canadian Study of Erectile Dysfunction* (CANSED), estudio transversal que incluyó casi 4 000 hombres en la atención primaria, demostró que la DM aumenta más de tres veces la probabilidad de DE, después del ajuste para la edad y otros confusores (12). Otros estudios describen que la DE es más grave y ocurre más temprano en hombres con DM que en sujetos no diabéticos, pareados por edad (7, 13). Es reconocido que los hombres con DM tipo 2 presentan mayor riesgo de DE, atribuido al incremento en la duración de la enfermedad (12, 13) y al pobre control metabólico (7), entre otros factores.

La etiología de la DE en personas con DM es multicausal (14). Varios mecanismos reconocidos por su vínculo con el desarrollo de DE en personas con DM tipo 2 están relacionados con trastornos en la función o respuesta vascular. Los principales fenómenos fisiopatológicos subyacentes son la disfunción endotelial y los trastornos de la respuesta vascular a la insulina en personas con resistencia periférica a la misma (15, 16). Lo anterior explica en parte la patogenia de la DE en hombres con síndrome metabólico (SM) y obesidad (17, 18).

Aspectos históricos

El papiro de Kahun es el documento médico más antiguo (1900 a.C.) que menciona la impotencia masculina y las infecciones de transmisión sexual. La relación de la DM con los problemas sexuales es reconocida desde Avicena (960-1037), quien señaló el colapso de la función sexual como complicación específica de la DM. Naunyn (1906) señala la impotencia como uno de los síntomas más comunes de la DM. Sin embargo, Joslin no hace mención del sexo, ni nada relacionado con ello en la edición de 1919 de su *Manual de diabetes* y solo hace una fugaz mención en la edición de 1946, prueba inequívoca del tabú que ello representaba en su tiempo.

En la antigua Grecia y Roma estuvo muy difundido el uso de afrodisíacos, con el objetivo de lograr un coito satisfactorio. Ben Maimon, médico

judío, en 1182 trata sobre la fisiología de la vida conyugal, los afrodisíacos, de cómo aumentar el tamaño del pene y fortalecer la erección. Durante la Edad Media los alquimistas utilizaron para los fracasos de la erección elixires, licores compuestos de diferentes sustancias disueltas en alcohol, a pesar de atribuirse la causa de la impotencia a un hechizo o actos de brujería. El siglo xv cambia la manera de pensar en relación con esta problemática, y Venetto Cirea, en 1600, plantea que “la mano de la mujer es el mejor remedio para la erección del hombre”. La cultura otomana, al igual que la hindú, tenía manuales sexuales (*El jardín perfumado para la recreación de las almas*) no muy diferentes del *Kamasutra*, si bien estaba destinado para los hombres con problemas de erección. En 1743, Françoise Gigot de la Peyronie, cirujano de Luis XV, describe la enfermedad de Peyronie como causa de DE. En el siglo xx, a través de Freud y otros, se comienza el estudio de la función erótica en el desarrollo de la personalidad del ser humano; así las Ciencias Médicas contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por DE.

En un intento por corregir la impotencia sexual masculina, en 1906 un médico ruso, Vasili Voronov, injertó en un hombre un testículo de mono. Más tarde, en 1936 Bogoras en los Estados Unidos realizó, con el mismo propósito, un implante de cartilago autólogo en el pene. René Leriche en 1940 asocia la impotencia con una obstrucción vascular severa, al describir la trombosis de la bifurcación de la arteria aorta abdominal. En 1973, F. B. Scott y sus colegas (19) implantan la primera prótesis de silicona inflable, y en 1974 Small y Carrion (20) colocan una prótesis siliconada semirrígida, iniciándose con estos procedimientos una nueva era en el tratamiento quirúrgico de la DE.

Anatomía del pene

El pene está formado por tres estructuras cilíndricas que corren paralelamente, dos cuerpos cavernosos (CC) y la tercera, el cuerpo esponjoso (CE), de menor diámetro y similar longitud, que transcurre medialmente por debajo de ellos. Para comprender el mecanismo de

la erección debemos describir los cuatro niveles de organización o complejidad estructural que permiten llevar a cabo esta función (21).

1. *Sinusoide cavernoso*. Tanto los cuerpos CC como el CE tienen un parénquima musculovascular cuya unidad funcional es el senoide cavernoso. Cada senoide es irrigado por una arteriola rama terminal de las arterias helicinas y es drenado por vénulas que confluyen con las de los sinusoides vecinos, para formar las venas emisarias que atravesarán la albugínea. En el estroma conectivo que rodea los sinusoides hay abundante tejido colágeno, la mayoría del tipo III, en una cantidad tres veces superior a la del tipo I. Esta proporción decrece con la edad y los procesos isquémicos, restándole capacidad de expansión a los CC. Los filetes nerviosos, fibras amielínicas del sistema nervioso autónomo, se distribuyen en la profundidad del tejido cavernoso.

2. *Irrigación arterial del pene*. La irrigación arterial del pene se lleva a cabo a través de las arterias pudendas internas que, en su extremo terminal, dan lugar a las arterias penianas. Las arterias pudendas internas tienen un trayecto largo, salen de la pelvis y reingresan a través de la escotadura cística menor, siendo vulnerables a los traumatismos pélvicos. A la salida del periné dan tres ramas: la bulbouretral, destinada al bulbo y al CE distal; la arteria dorsal del pene, que irriga el glande; y la arteria cavernosa, que irriga el CC homolateral. Las arterias cavernosas o profundas del pene penetran a nivel del hilio peniano y transcurren longitudinalmente en el eje del CC hasta el glande. A lo largo de su trayecto desprenden ramas pequeñas llamadas helicinas.

3. *Drenaje venoso del pene*. La venoclusión es un mecanismo por el cual la sangre acumulada en los CC ve dificultada su salida hacia los sistemas venosos profundos por la compresión de las venas emisarias y perforantes contra la albugínea. Otro factor secundario del vaciado venoso es la elongación de las venas circunflejas y de la vena dorsal del pene. La sangre venosa también puede drenar a través de las venas emergentes del hilio o de las venas de la crura en la extremidad de los CC.

4. *Inervación del pene.* Los nervios del paquete dorsal del pene tienen fibras mielínicas aferentes y sensitivas que transcurren por fuera de la arteria dorsal del pene. El nervio dorsal del pene nace del canal pudendo, que se forma a partir de las ramas anteriores de las raíces sacras 2, 3, 4. Los nervios erectores están constituidos por fibras del sistema autónomo provenientes del plexo simpático hipogástrico. Estos nervios discurren adosados a la superficie posterolateral de la próstata, perforan el diafragma endopélvico y se ubican por fuera de la uretra membranosa.

Mecanismo básico de la erección

En el mecanismo de la erección intervienen factores psiconeuroinmunoendocrinos y la integridad anatómica del pene. La característica principal de la erección es la relajación de la musculatura lisa de los cuerpos cavernosos en respuesta a su estimulación por el óxido nítrico (ON), mediador de esta relajación.

Masters y Johnson (22) crearon un modelo de la respuesta sexual humana que incluye cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución; no consideraron el deseo como una fase. Por el contrario, Kaplan (23) simplificó el modelo anterior en tres fases: deseo, excitación y orgasmo.

Las señales transmitidas del cerebro a la médula espinal durante la estimulación audiovisual y la fantasía sexual causa excitación de los nervios centrales de la médula espinal relacionados con la erección. La información sensorial se proyecta hacia la región suprasacral en actividad refleja, en respuesta a la excitación sexual. Las señales parasimpáticas aferentes viajan a través del suelo pélvico y los nervios cavernosos iniciando la respuesta eréctil. Se dilatan las arterias cavernosas y helicoidales con aumento del volumen de sangre en los espacios lacunares. Se relaja el músculo liso de los CC y se expanden los espacios lacunares, que comprimen las venas debajo de la albugínea de los CC. Al ser el flujo de sangre arterial que ingresa mayor que el que egresa por el sistema de drenaje venoso, se produce un aumento progresivo del volumen y la presión de los CC. La presión intracorpórea se

incrementa estabilizándose a un nivel próximo al de la presión arterial sistólica, lo que determina la tumescencia y la rigidez del pene (24, 25).

Tipos y períodos de la erección

Existen tres tipos de erección atendiendo al nivel de organización, del sistema nervioso central involucrado y de los neurotransmisores encargados de convertir esos estímulos en diferentes estados del tono muscular liso cavernoso. Pueden ser: *central o cerebral*, originada en la corteza y el sistema límbico subcortical, reflexógena, ocurre por activación refleja del centro medular de la erección (localizado en los segmentos sacro 2 y 4); y *nocturna*, de origen mesencefálico, relacionada con los fenómenos neurofisiológicos del sueño REM (9, 21).

En el fenómeno de la erección se distinguen tres períodos: *tumescencia*, en el cual el pene aumenta de volumen y consistencia, dependiendo del tipo de erección y la edad del paciente; *rigidez* o erección propiamente dicha, efectiva para lograr la penetración; y *detumescencia*, en la que el pene retorna a su estado de flacidez.

La actividad parasimpática es la encargada de mantener la erección. En condiciones basales, la actividad adrenérgica mantiene el tono vascular en estado de contracción y bajo flujo (21). El inicio de la erección se produce por estimulación parasimpática mediada por acetilcolina, que inhibe localmente la liberación de noradrenalina y, a su vez, activa terminaciones no adrenérgicas no colinérgicas (NANC) (21). Uno de los neurotransmisores de esta vía es el ON, que también es sintetizado en el endotelio vascular (22, 23).

Mecanismos bioquímicos de la erección y de la detumescencia

La relajación del músculo liso de los cuerpos cavernosos y la erección del pene dependen de un complejo balance entre los eventos intracelulares y las señales extracelulares que controlan la contracción y la relajación del tono de las células musculares lisas (23-28).

Se han planteado tres sistemas neuroefectores en el mecanismo de la erección: *adrenérgico*, con acción constrictora y con la epinefrina como principal mediador; *colinérgico*, con acción vasodilatadora y con la acetilcolina como neurotransmisor; y el *sistema NANC*.

Cuando el ON difunde a las células del músculo liso de los CC, estimula la enzima citosólica guanilato-ciclasa para que produzca el segundo mensajero, el monofosfato de guanosina cíclico (GMPc), que determina la relajación del músculo liso trabecular (29). El GMPc es hidrolizado por la fosfodiesterasa (FDE 5) específica para el GMPc, predominante en los CC en los humanos. El ON también actúa sobre la bomba de sodio-potasio, hiperpolarizando la célula y contribuyendo al descenso del calcio (30). Otro factor que participa, es el neuropéptido Y, localizado en los nervios del pene y en las células musculares lisas de CC. Las prostaglandinas PgF2- α , PgE2 y Pgl2 son sintetizadas por los CC, siendo la PgE la que relaja el músculo liso trabecular al actuar sobre la formación de AMPc, lo que provoca la inhibición de los canales rápidos de calcio, determinando disminución del calcio intracelular, responsable de la síntesis del colágeno (24-28).

Mecanismos propuestos para explicar la DE en el diabético

Diferentes mecanismos patogénicos pueden explicar el desarrollo de DE en las personas con DM: neurogénico, vascular, muscular, psicógeno, hormonal y bioquímico, entre otros.

Neurógena. La neuropatía autonómica genitourinaria reviste gran importancia en la fisiopatología de la DE en los hombres con DM, por tener la inervación autonómica del pene y la vejiga un origen común. La incidencia de neuropatía periférica y autonómica es mayor en las personas con DM y DE, e incluso la DE puede preceder a la aparición de la neuropatía periférica. La neuropatía autonómica cardiovascular es otro signo indirecto que se asocia a la DE. En las personas con DM se ha encontrado disminución de las concentraciones de noradrenalina en los nervios autonómicos, y del número de nervios colinérgicos de los CC,

lo que dificulta la relajación del músculo liso del pene. La duración de la DM es inversamente proporcional a la síntesis de acetilcolina por los nervios colinérgicos (28-30).

Vascular. La vasculopatía asociada a la DM afecta la fisiología de la erección por diferentes vías: los grandes vasos aferentes, la microvasculatura peniana, el endotelio del espacio lacunar y la estructura fibroelástica del pene. La presencia adicional de factores de riesgo, como hipertensión arterial (HTA), tabaquismo, sedentarismo, obesidad, depresión e infecciones, tiene el denominador común de provocar un aumento del estrés oxidativo (31). Diversos estudios sugieren la asociación entre DE, disfunción endotelial y aterosclerosis. Por ello, el diagnóstico de DE se ha valorado como un posible evento centinela de enfermedad coronaria en hombres asintomáticos con DM tipo 2 y SM.

La disfunción endotelial puede medirse con la determinación de los niveles plasmáticos de marcadores circulantes de activación endotelial (32). Altas concentraciones de la molécula de adhesión intercelular 1 soluble (sICAM-1), la molécula de adhesión de células vasculares 1 soluble (sVCAM-1) y la P-selectina se han descrito en personas con DE con y sin factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) (33), como la DM tipo 2 y el SM. Asimismo, se han informado niveles incrementados de sICAM-1, E-selectina soluble y P-selectina durante la hiperglucemia aguda en individuos con riesgo de DM y en personas con DM tipo 2 con mal control metabólico (34, 35).

Araña y sus colegas (comunicación personal) estudiaron la asociación entre la inflamación de bajo grado y la disfunción endotelial con la presencia y gravedad de la DE en personas con DM tipo 2. Con este propósito evaluaron los niveles circulantes de dos marcadores de activación endotelial (sE-selectina y sICAM-1) y otras tres variables indicadoras del balance de la respuesta inflamatoria sistémica (TNF [Factor de Necrosis Tumoral], IL-10 [interleucina] y la razón TNF: IL-10). En su conjunto los resultados muestran que la DE se asocia a altas concentraciones circulantes de sE-selectina y bajas de IL-10 y a un incremento en la razón

TNF:IL-10, lo que corrobora la conexión entre disfunción endotelial, inflamación de bajo grado no balanceada y DE en personas con DM tipo 2. Los niveles de estos marcadores solubles de activación endotelial se han asociado con la presencia de complicaciones microvasculares y macroangiopáticas, incluyendo la nefropatía diabética, la retinopatía diabética y la ECV. Estas evidencias sugieren que la disfunción endotelial es un mecanismo común que contribuye a la DM tipo 2 y sus complicaciones (36); asimismo, varios estudios recientes sugieren que la DE puede ser un signo de enfermedad por inflamación sistémica de bajo grado (37). En relación con ello, se reconoce la estrecha relación entre inflamación subclínica, disfunción endotelial y DE. La inflamación crónica es un factor primario contribuyente al desarrollo de aterosclerosis; la misma está presente en diversos escenarios clínicos asociados, como resistencia periférica a la insulina (IR), tolerancia a la glucosa alterada (TGA), SM, obesidad y la DM tipo 2, procesos todos asociados a la aterosclerosis acelerada (38-40).

De hecho, la DM tipo 2 se ha descrito como una enfermedad del sistema inmune innato, en la que citocinas pro-inflamatorias como el TNF- α y la IL-6 afectan la sensibilidad tisular a la insulina y la función de las células β pancreáticas (41). En un reciente estudio, realizado en 141 pacientes con y sin DE y ECV, que incluyó menos de 30 % de personas con DM tipo 2, la DE se asoció de modo significativo con altas concentraciones séricas de proteína C reactiva, TNF, IL-6, IL-1 y marcadores de activación protrombóticos, independiente de la presencia o no de ECV (42).

La IL-10 es una citocina anti-inflamatoria que juega un papel esencial en la regulación de la respuesta inmune innata. Esta citocina forma parte del mecanismo que inhibe la producción de citocinas pro-inflamatorias y disminuye las funciones flogísticas de los macrófagos. La IL-10 disminuye la progresión hacia la aterosclerosis en varios modelos animales y mejora la sensibilidad periférica a la insulina *in vivo*. En su conjunto, estos hallazgos sugieren que la IL-10 puede funcionar como molécula reguladora para propiciar el balance en aquellas condiciones clínicas que cursan con inflamación crónica de bajo grado,

lo que ha sido evidenciado en enfermedades inflamatorias. En estas enfermedades, el balance desigual de la suma total de las complejas interacciones entre las citocinas que dirigen y modulan la respuesta inflamatoria, como el TNF- α y la IL-10, que están conectadas en un *feedback* común, contribuye básicamente al o los eventos fisiopatológicos finales (43).

La disminución de las concentraciones de ON y prostaglandina E1 (Pg E1), así como el incremento de la endotelina 1 (28), el factor transformador de crecimiento P-1 (TGF-P-1), las Pg y la sustancia Y, causan vasoconstricción, hipovascularización e hipotrofia del músculo liso cavernoso por sobre-expresión de colágeno. A lo anterior se adiciona la incapacidad de las venas peneanas de mantenerse ocluidas durante la erección, lo que causa evacuación sanguínea precoz (detumescencia) e incapacidad del tejido sinusoidal para distenderse. El resultado final es la imposibilidad de lograr una erección adecuada (23, 28, 44).

Miopatía peniana. En la DM y en el proceso de envejecimiento existe una alteración en la síntesis de colágeno, predominando las tipos I, fibras más gruesas y firmes, sobre el tipo III, fibras más delgadas y distensibles, en los CC. La falta de distensibilidad de la estructura fibroelástica del pene compromete el flujo sanguíneo y la oxigenación, disrupción del mecanismo venoclusivo con vaciamiento y relajación incompleta de los CC, lo que produce fallo eréctil. Se ha observado en estudios electrofisiológicos alteraciones de la reactividad del músculo liso del CC y de las células endoteliales del espacio lacunar (18, 30-34).

Hormonal. En las personas con DM tipo 2, los niveles de testosterona con frecuencia pueden ser más bajos que en los sujetos normales, y la obesidad acompañante también se asocia a niveles bajos de esta hormona (45-48). La presencia de hipogonadismo se duplica en las personas con DM tipo 2, al compararlos con sujetos no diabéticos (35-37). En las personas con DM tipo 1 se han descrito niveles de testosterona total

normal, con disminución de las concentraciones de testosterona libre. Los niveles de la hormona folículo estimulante (FSH) están aumentados pero no a expensas de la disminución de la testosterona libre, sino como consecuencia del hipogonadismo acompañante. La globulina transportadora de los esteroides sexuales (SHBG) presenta un incremento que puede deberse a la disminución de las concentraciones de insulina a nivel portal (49, 50). Está demostrado que el hipogonadismo observado en personas con DM tipo 1 se asocia a la presencia de neuropatía y a DE (51, 52).

Clasificación de la disfunción eréctil

Se acepta que la DE descrita en la DM es el resultado de una combinación de múltiples alteraciones que afecta a cada una de las etapas de la erección del pene.

I. *Clasificación causal*

Predominantemente psicógena. Causada por inhibición central de los mecanismos de la erección, en ausencia de daño orgánico. En estas personas se observa ansiedad —provocada con frecuencia por miedo a no conseguir una erección o a defraudar a la pareja—, depresión y problemas con la pareja. Es conocido que el estrés puede influir de forma negativa en el desempeño sexual. Las enfermedades psiquiátricas, como la depresión y la esquizofrenia, causan también con frecuencia DE.

Predominantemente orgánica. Es aquella causada por lesiones neurológicas y/o vasculares (arteriales y/o venosas), lesión de los CC o trastornos hormonales secundarios a enfermedades endocrinas.

a) Neurogénica

La neuropatía diabética es una causa importante de DE. Su aparición se ha relacionado con el control glucémico (7), entre otros factores.

Se estima que 70 % de los sujetos con mal control desarrollarán DE a los veinticinco años de evolución de DM. En general, cuando estas personas acuden a una consulta médica por DE, la neuropatía suele estar ya presente. Otras causas pueden ser enfermedades neurológicas: esclerosis múltiple, enfermedad de Guillain-Barré, epilepsia, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, trauma cerebral, trauma o cirugía pélvica o perineal, alcoholismo y daño infeccioso, inmunológico, traumático o tumoral de la médula espinal.

b) Endocrinológica

Dentro de las causas hormonales se encuentran la DM, el hipogonadismo, la hiperprolactinemia, las dislipidemias, la acromegalia, la disfunción tiroidea, el hipercortisolismo endógeno y la insuficiencia suprarrenal.

c) Vascular (arterial y/o cavernosa)

- Arterial: aterosclerosis, HTA, enfermedad vascular periférica, cardiopatía isquémica, DM, hiperlipoproteinemias, cirugía o aterosclerosis aortoiliaca, radioterapia por adenocarcinoma de próstata, trauma o cirugía pélvica o perineal, tabaquismo y síndrome de Leriche.
- Cavernosa: disfunción venooclusiva por venas grandes y numerosas que salen de los cuerpos cavernosos, presencia de canales venosos alargados causados por distorsión de la túnica albugínea fibrosis e incapacidad del músculo liso cavernoso de relajarse por fibrosis (enfermedad de Peyronie, DM, envejecimiento, fractura de pene) o en el debilitamiento de la túnica asociado a la vejez, degeneración o disfunción de las uniones *gap*, comunicación anómala entre el cuerpo cavernoso y esponjoso o el glande (congénita, traumática), puente por priapismo, liberación inadecuada de neurotransmisores, en particular el ON, como sucede en los casos de distorsión de la túnica albugínea; e inducida por drogas: alcohol, hábito

de fumar y drogas (marihuana, cocaína, opiáceos, anfetaminas, cannabis).

Inducida por drogas, medicamentos y tóxicos: legales (alcohol y tabaco) e ilegales (marihuana, cocaína, opiáceos, anfetaminas, cannabis, ácido lisérgico).

- Fármacos antihipertensivos o con acción cardiovascular: bloqueadores, diuréticos tiazídicos, espirolactona, antagonistas del calcio, metildopa, clonidina, reserpina, guanetidina, hidralazina, α bloqueadores, digoxina, aminodarona, disopiramida, propofenona y flecainida.
- Compuestos hormonales: estrógenos, progesterona, antiandrógenos, análogos de la GnRH, antagonistas de las gonadotropinas, finasterida, ketoconazol, fluconazol, itraconazol, flutamida, corticoesteroides.
- Psicofármacos: tranquilizantes, ansiolíticos, barbitúricos, inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO), antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, anorexígenos.
- Otras: broncodilatadores, antagonistas del receptor de histamina (H1, H2), efedrina, pseudoefedrina, metoclopramida, atropina, belladona, bromuro de propantelina, alopurinol, metales pesados (plomo, arsénico, talio, mercurio, oro), medicamentos (nitrofurantoína, difenilhidantoina, vincristina, isoniazida, hidroxiquinolonas halogenadas, cloramfenicol, disulfiram, piridoxina, vacor, cisplatina) y compuestos orgánicos (alcohol metílico, N-hexano, acrilamida, triortocresil fosfato, metilbutilcetona, carbón disulfato, ácido diclorofenoxiacético).

Otras causas. Prostatitis, uretritis, insuficiencia renal crónica, insuficiencia hepática, esclerodermia, síndrome de inmunodeficiencia humana (sida), enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedades sistémicas debilitantes e intoxicaciones exógenas.

Mixtas. Están presentes en forma combinadas más de una de las causas antes mencionadas.

II. Según el tiempo de aparición

- Primaria: existe desde la pubertad, generalmente es secundaria a anomalías vasculares congénitas.
- Secundaria: aparece luego de un período de actividad sexual y función eréctil normal.

III. Según el grado de DE

Para clasificar la severidad de la DE según el Índice Internacional de Función Eréctil abreviado (31), se considera: *ligera*, de 16 a 21 puntos; *moderada*, de 10 a 16; *severa*, cuando es menor de 10 y, sin disfunción sexual eréctil, mayor de 21 puntos.

Diagnóstico

Establecer el diagnóstico de DE en las personas con DM obliga a identificar no solo los síntomas, sino también las causas, la presencia de comorbilidades y los factores de riesgo asociados (53, 54). Se debe realizar una historia médica completa, que incluya además la historia psicosocial y sexual (55, 56), lo que se debe efectuar en un ambiente y atmósfera confortable.

Varios son los aspectos a considerar en la historia de estas personas: tipo de DM, grado de control metabólico, tiempo de evolución, tipo de tratamiento, tratamiento de las comorbilidades, presencia de complicaciones, estatus económico, características de la pareja, historia sexual previa, así como el inicio de la DE (primaria o secundaria), forma de comienzo, evolución, intensidad y las características de la dureza del pene durante la erección en un término de escala del 1 al 4 (ver cuadro 1) (57).

Cuadro 1. Grados de la erección.

- Grado 1. Incremento en la longitud del pene y no en la dureza.
- Grado 2. Pene duro, pero no lo suficiente para lograr penetración.
- Grado 3. Pene duro para lograr penetración pero de forma incompleta.
- Grado 4. Pene completamente duro y penetración completa

La utilización del Índice Internacional de Función Eréctil (IIFE) es de gran ayuda para determinar la intensidad y evaluar evolutivamente el resultado del tratamiento. Con frecuencia se utiliza el IIFE abreviado (58,59).

La evaluación antropométrica debe incluir la talla (*cm*), el peso (*Kg*), el Índice de Masa Corporal (IMC) (peso en *Kg*/talla en *m*²) y la circunferencia de la cintura (*cm*), de gran utilidad para clasificar el tipo de obesidad. Es necesario determinar la presión arterial y evaluar el grado de control de la HTA, así como los fármacos antihipertensivo que usa. El examen físico abdominal nos ayuda a descartar la presencia de hepatomegalia; y el examen genital, a precisar los caracteres sexuales secundarios, para detectar signos clínicos de hipogonadismo. El tacto rectal permite evaluar el estado del tono del esfínter y las características de la próstata. La exploración de la sensibilidad, los pulsos arteriales periféricos y los reflejos osteotendinosos en los miembros inferiores, nos orientan a la etiología vascular y/o neuropática (60-62).

En la mayoría de las personas con DM y DE predomina la causa orgánica o mixta, aunque siempre se debe realizar el diagnóstico diferencial con la causa psicológica. En esta última forma el inicio de la DE es brusca y se asocia a situaciones de conflictos de pareja y erecciones intermitentes, con conservación de las erecciones matinales y nocturnas, a diferencia de las causas orgánicas cuyo comienzo suele ser insidioso, gradual, progresivo, con ausencia de erecciones matinales y nocturnas, sin relación con la pareja o con situaciones de conflicto. La DE avanza de forma gradual con disminución de la rigidez del pene; es causa de erecciones incompletas. En los casos de

trauma o cirugía pélvica, el comienzo también es brusco, pero hay pérdida de las erecciones matinales y nocturnas y existe el antecedente causal. En el resto de las predominantemente orgánicas, se pierden las erecciones matutinas o relacionadas con los sueños, al mismo tiempo que las erecciones espontáneas o las inducidas por estímulos táctiles, visuales o por fantasías, con conservación de la libido. Se debe explorar otros componentes de la respuesta sexual, como el deseo, las características de la eyaculación y el orgasmo.

Estudios complementarios

Se indicará glucemia en ayunas, postprandial de dos horas, hemoglobina glicosilada A1c (HbA1c), hemograma con diferencial, creatinina, colesterol total, triglicéridos, lipoproteína de alta densidad (c-HDL) y de baja densidad (c-LDL), testosterona, FSH, hormona luteinizante (LH), prolactina, cituria, microalbuminuria, electrocardiograma y los estudios de conducción nerviosa en miembros inferiores y del suelo pélvico. Se debe evaluar: a) las vías somatosensoriales (sensibilidad vibrátil del glande, potenciales evocados pudendos); b) las vías somatosensoriales aferentes, circuitos espinales y vía somatomotora eferente (reflejo bulbocavernoso); c) la vía sensorial autonómica aferente (reflejo uretroanal); d) los CC y su inervación autonómica (electromiografía del cuerpo cavernoso) (63).

Los exámenes vasculares no invasivos incluyen: pruebas de farmacorección, ultrasonografía Doppler Láser con farmacorección y ultrasonografía con Doppler a color. Las pruebas invasivas solo se realizarán en casos muy bien seleccionados, y en la práctica clínica son poco utilizadas. Es muy importante en estas personas el estudio psicológico.

Tratamiento

Toda persona con DE que tenga una duración de tres meses, requiere de una evaluación multidisciplinaria y se debe considerar alternativas

terapéuticas. La conducta terapéutica dependerá de la presencia de complicaciones de la DM y de la etiología de la DE. Con frecuencia las personas con DM tienen condiciones médicas asociadas que requieren emplear medicamentos para su control (como la HTA), los cuales en ocasiones pueden causar o agravar los trastornos sexuales. Por tanto, debemos realizar una evaluación individual y cambiar la terapéutica farmacológica por otro medicamento que no tenga estos efectos colaterales.

La sexualidad en las personas diabéticas necesita atención especial, si tenemos en consideración que el tema de la función eréctil encierra *mitos* y *tabúes* arraigados a la virilidad, lo que puede causar limitaciones en el desempeño en las relaciones de pareja. El pene es un órgano noble que está en flacidez o en erección, y la imposibilidad de tener erecciones puede conducir a la desestructuración del individuo, a la disminución de la confianza en sí mismo y a la baja autoestima, visto todo con un enfoque de género. Las complicaciones propias de la DM pueden empeorar la DE por los temores y conocimientos insuficientes acerca de la sexualidad. Es por ello que el apoyo psicológico es la clave del éxito en el manejo integral de estas personas (64-67).

Tratamiento preventivo

Está orientado a promover estilos de vida saludables (evitar el tabaquismo, el alcoholismo, otros hábitos tóxicos y la obesidad), tener una vida sexual activa y realizar práctica de ejercicios sistemáticos, así como adoptar hábitos nutricionales saludables. Es muy importante lograr y mantener un control metabólico óptimo, con el objetivo de evitar o, al menos, retrasar la aparición de complicaciones microvasculares y macrovasculares. Con relativa frecuencia llegan a la consulta varones con DM tipo 2 que refieren DE o disminución de la libido, en coincidencia con un descontrol glucémico importante. En estos casos el propio descontrol puede ser la causa de la DE, de la que puede recuperarse después de lograr una normalización de los valores de la glucemia

durante varios días. El temor a no lograr una erección adecuada y un coito satisfactorio provoca un cuadro de ansiedad, el cual puede derivar en una DE de etiología psicógena.

Por tanto, el tratamiento de la DE debe tener un enfoque multidisciplinario.

Tratamiento específico (64-69)

Se divide en tres etapas.

1. Primera etapa

- Educación, orientación y psicoterapia sexual.
- Control metabólico estricto de la DM y de los factores de riesgo modificables.
- Definir el componente: vascular, hormonal, neuropático o mixto involucrado.
- Si la causa es vascular: tratamiento de la causa o de sustancias vasoactivas por vía oral.
- Inhibidores de la 5 fosfodiesterasa (PDE-5).

Inhibidores de la 5-fosfodiesterasa. El uso concurrente, regular o intermitente de nitratos en cualquier forma (como nitroglicerina y dinitrato de isosorbide) está contraindicado con la terapia oral con inhibidores de PDE-5.

Citrato de sildenafil. Sin dudas, la introducción en el año 1998 de los inhibidores de la PDE-5 ha proporcionado una nueva y eficaz alternativa para el tratamiento de la DE en las personas con DM. El objetivo terapéutico está dirigido a relajar el músculo liso de los CC a través del incremento de los niveles de ON. Este último, a través del estímulo de la guanilato ciclasa, produce un segundo mensajero: el GMPc, que induce la relajación del músculo liso al abrir los canales de calcio, lo que permite el flujo de sangre y la erección del pene (70).

El citrato de sildenafil es un inhibidor potente y selectivo de la PDE-5 y es efectivo para lograr la erección del pene. Se administra un comprimido (50 o 100 mg) por día, una hora antes del inicio de la relación sexual. Su acción eréctil comienza a los doce minutos y permanece hasta cuatro horas (66, 67) después de su administración. El sildenafil no tiene efecto en la erección si no existe un estímulo sexual.

La concentración plasmática máxima luego de la toma del sildenafil se produce a los sesenta minutos; pero se retrasa al ingerir comidas con alto contenido en grasas y con la ingestión de alcohol (70). Se metaboliza a nivel hepático por la acción de la citocromo P450 y se excreta principalmente por las vías biliares y en menor proporción por vía renal (70). Las personas con insuficiencia renal y hepática deben comenzar su uso con dosis menores (50 mg) por las razones antes expuestas (71). La dosis usual es 100 mg, ya que en 40 % de los usuarios no se obtiene respuesta con dosis menores (72). Sin embargo, una de las teorías propuestas es que la acentuada disfunción endotelial que presentan estas personas modifica la síntesis de ON por estas células (73-75). Otras causas posibles se atribuyen al aumento de la glicación del músculo liso a través del anión superóxido y los productos de la glicosilación avanzada (PGA), lo que impide su relajación por inactivación extracelular del ON (76-78). Los efectos colaterales más comunes descritos con el uso de este fármaco son: cefalea, rubor facial, dispepsia, congestión nasal y alteración de la visión de los colores (79).

El sildenafil ha demostrado ser más efectivo en mejorar la función eréctil que los tratamientos que no actúan inhibiendo la PDE-5 (apomorfina sublingual, psicoterapia, presión de aire positiva continua, fentolamina y alfuzin), y es capaz de mejorar la frecuencia de penetración del pene, el mantenimiento de la erección y el porcentaje de intentos exitosos de las relaciones sexuales (80-89).

El sildenafil está contraindicado en las personas con coronariopatías que utilicen como tratamiento nitratos, por producir en ellos vasodilatación e hipotensión. Tampoco se debe indicar en personas que presenten

retinosis pigmentaria. Este fármaco puede disminuir la presión arterial sistólica y diastólica, sin alterar la frecuencia cardíaca (90).

Tadalafilo. Es otro inhibidor de la PDE-5 con mayor selectividad para esta enzima que para la PDE-6; por tanto, disminuye la frecuencia de los efectos adversos visuales. Su absorción no se modifica con los alimentos. Pueden utilizarse tres dosis semanales, por prolongarse su acción de 24 a 36 horas (91). Esta propiedad le permite al paciente estar apto para tener una relación sexual siempre que la oportunidad esté presente, aun en los días en que la droga no haya sido consumida (92-95). El tadalafilo mejora la función endotelial en personas con alto riesgo cardiovascular (96). Además, mejora los síntomas urinarios secundarios a hiperplasia benigna prostática (97).

Un estudio mostró mejoría de la erección en rangos de 45,7-70,2 % cuando se administró dosis de 10 a 20 mg de tadalafilo en pacientes con DE de diversas etiologías y niveles de severidad (98).

La eficacia del tadalafilo se ha evaluado en personas con DM (tadalafilo *versus* placebo), con dosis de 10 mg y de 20 mg, y la eficacia fue de 56 a 64 %, respectivamente. Los efectos adversos descritos con este fármaco son: cefalea, dolor lumbar, mialgias y dispepsia (99).

Vardenafil. Es un inhibidor de la PDE-5, y es nueve veces más potente que el sildenafil. Es menos selectivo sobre la PDE-6, causando menos alteraciones visuales. Se administra en dosis de 10 a 20 mg. Su absorción se retarda cuando se ingiere con alimentos ricos en grasas y con el consumo de alcohol. En personas con DM tipo 1 y 2, el 72 % de las que recibieron 20 mg y el 54 % de las que recibieron 10 mg, refirieron una mejoría significativa de las erecciones, comparada con el 13 % de las personas que recibieron placebo (100, 101).

Como efectos adversos se ha informado: cefalea, hiperemia facial, epigastralgia y congestión nasal. Está contraindicado en personas que utilizan nitratos.

Hasta el presente, las evidencias son insuficientes para comparar la eficacia y los eventos adversos entre los hombres que han usado sildenafil, tadalafil o vardenafil. Por consiguiente, las preferencias individuales, facilidades de uso y costos de los medicamentos son criterios razonables para seleccionar un fármaco específico (101-106). Dentro de los efectos perjudiciales de los inhibidores de PDE-5 se encuentra la neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica (NOIAN) (107).

AC3056. En un modelo animal en ratas, se demostró que la inducción de diabetes producía DE, y que el tratamiento con un nuevo antioxidante, AC3056, no solo prevenía sino que incluso revertía la DE ya establecida en estos animales, a partir de tres días de tratamiento oral. El efecto de este compuesto se correlaciona con una disminución del estrés oxidativo y un aumento de los niveles sistémicos de NO. Además, en estudios realizados que utilizan muestras de CC de personas con DM, se ha observado que el tratamiento con este fármaco permite recuperar los niveles normales de GMP cíclico (GMPc), compuesto que se genera en respuesta a la acción del NO y que, por tanto, facilita también la erección.

La terapia antioxidante supondría un abordaje terapéutico de la DE específico para las personas con DM. La efectividad de la administración oral de AC3056 lo convierte en un posible candidato para el tratamiento de la DE en personas con DM, posiblemente en combinación con inhibidores PDE-5.

Mirodenafil. Es un nuevo inhibidor de la PDE-5 (compuesto por pyrrolopyrimidinone) muy potente. La vida media de este fármaco es de 1,25 a 2,5 horas. Estudios preclínicos revelan que el mirodenafil es diez veces más potente que el sildenafil. En dosis de 50 a 100 mg mejora significativamente la función eréctil, incluyendo los casos severos (107). Como efectos secundarios se reporta enrojecimiento facial y ocular, cefalea y náuseas (108,109).

Udenafil. En la actualidad este fármaco está siendo estudiado y aún no hay resultados concluyentes (110-111).

Inhibidores de la proteína cinasa C beta (PKC-β). Se están estudiando los inhibidores de la PKC-β como posibles candidatos para el tratamiento de la DE. En modelos preclínicos de DM, los inhibidores de la PKC-β evitaron o revertieron la disfunción vascular y neurógena inducida por la hiperglucemia (112).

En el cuadro 2 se resumen las diferentes drogas empleadas en el tratamiento de la DE, con dosis, eficacia, contraindicaciones y efectos adversos.

Cuadro 2. Drogas utilizadas en el tratamiento de la DE.

Drogas	Dosis	Eficacia	Contraindicaciones	Efectos adversos
Acción central y periférica : Antagonista adrenérgico				
Fentolamina	20-80 mg	++	Hipersensibilidad al fármaco	Cefalea, rubor y congestión nasal
Yohimbina	10-30 mg	+	Hipersensibilidad al fármaco	Palpitación, tremor fino, ansiedad, HTA, pánico en psiquiátricos
Acción central y periférica: Agonistas serotoninérgicos				
Trazodona	100 mg	+	Hipersensibilidad al fármaco	Priapismo en ocasiones
Acción central: Agonistas dopaminérgicos				
Apomorfina sublingual	2-6 mg	++	Hipersensibilidad al fármaco	Náuseas, somnolencia
Alprostadil transuretral	250-1000 µg	+++	Hipersensibilidad al fármaco	Dolor, ardor, sangramiento uretral, reflejo vasovagal, Hipotensión arterial, priapismo

Alprostadil intraca- vernos	5-40 µg	++++	Hipersensibilidad al fármaco, sickle- mia, insuficiencia venosa, cardiaca severa, cardiopatía isquémica severa, alteraciones psiquiátricas	Erección dolorosa, baja incidencia de fibrosis y priapismo, dolor y molestia local, hematoma transitorio
Fentolamina intraca- vernos	0,5-1 mg	++	Hipersensibilidad al fármaco, sickle- mia, insuficiencia venosa, cardiaca severa, cardiopatía isquémica severa, alteraciones psiquiátricas	Erección dolorosa, baja incidencia de fibrosis y priapismo, dolor y molestia local, hematoma transitorio
Papaverina intraca- vernos	15-30mg	++	Hipersensibilidad al fármaco, sickle- mia, insuficiencia venosa, cardiaca severa, cardiopatía isquémica severa, alteraciones psiquiátricas, insuficiencia hepática, glaucoma, hiperplasia benigna prostática benigna	Erección dolorosa, baja incidencia de fibrosis y priapismo, dolor y molestia local, hematoma transitorio
Acción periférica: Inhibidores de la 5-fosfodiesterasa				
Sildenafil	50-100mg	+++	Hipersensibilidad al fármaco, uso de nitratos	Cefalea, rubor facial, alteraciones visuales, arritmias si sobredosis, síncope, dispepsia, dolores musculares

Vardenafil	5,10 y 20mg		Hipersensibilidad al fármaco, uso de nitratos	Cefalea, rubor facial, dispepsia
Tadalafil	10-20mg		Hipersensibilidad al fármaco, nitratos	Cefalea, dispepsia y dolor lumbar
Mirode- Inafil	50-100		Hipersensibilidad al fármaco, nitratos	Enrojecimiento facial, cefalea, nauseas y enrojecimiento ocular

El tratamiento hormonal sustitutivo estará indicado solo en las personas en que se confirme el diagnóstico de hipogonadismo tardío. Se recomienda el uso de enantato de testosterona un ampulla (100 mg) cada 15-21 días o un ampulla (1 000 mg) cada seis semanas por vía intramuscular (62).

2. Segunda etapa

Está indicado cuando la respuesta al tratamiento de primera línea sea parcial o mínima, no se toleren los efectos secundarios o cuando estén contraindicados.

Se pueden emplear distintas alternativas: administración de drogas vasoactivas intracavernosa o transuretral, o dispositivos al vacío. En ocasiones se puede utilizar combinaciones de los procedimientos antes mencionados para lograr mayor eficacia, como fentolamina más papaverina, fentolamina más alprostadil, fentolamina más las anteriores. Alprostadil más doxazosina o prazosina en casos de hiperplasia prostática (90-92, 111-113).

Inyección intrapeniana de drogas vasoactivas. Su utilización comenzó en la década de los ochenta, cuando Virag (113) inyectó papaverina en los CC con la finalidad de evaluar mejor las arterias penianas y provocó accidentalmente una erección. Las drogas más utilizadas en esta

modalidad terapéutica son: papaverina, fentolamina y PgE-1. Se emplea como monoterapia o en asociación de hasta tres drogas, con lo que se logra un efecto sinérgico que aumenta la eficacia terapéutica, con menor dosis de cada una de ellas y reduciendo sus efectos colaterales.

La papaverina es un alcaloide extraído del opio que, al ser inyectado en los CC, produce una inhibición no selectiva de las PDEs, relajando la musculatura lisa de las arterias helicinales y aumentando al máximo el flujo arterial de entrada. Puede combinarse con las otras drogas para autoinyección. Se ha descrito tras su inyección reacción inflamatoria y formación de nódulos fibróticos. Puede conservarse a temperatura ambiente. La vida media de este fármaco es de 1 a 2 horas y se metaboliza en el hígado (62).

La PgE-1 es un ácido graso natural del grupo de los eicosanoides que tiene la capacidad de relajar la musculatura lisa de las arterias helicinales de los CC. Posee sinergismo con la papaverina y la fentolamina. Su vida media es menor de un minuto, depurándose el 80 % en el primer paso pulmonar (62).

La fentolamina es un antagonista α -adrenérgico que bloquea el tono muscular de base adrenérgica y, por consiguiente, no inicia por sí sola las erecciones, sino que prolonga la respuesta eréctil. Por este motivo adquiere importancia su utilización en combinación con las otras drogas. Tiene una vida media de 30 minutos y se metaboliza en el hígado. Su administración puede desencadenar, como efecto secundario, hipotensión ortostática y/o taquicardia en un bajo porcentaje. Estos suceden especialmente en las personas con DM y con DE causada por mecanismo venoclusivo de los CC, con presencia de fuga del fármaco hacia la circulación sistémica (62).

Las dosis terapéuticas se ajustan a la respuesta individual. Las complicaciones locales descritas son: priapismo (menos del 1 % de los casos), dolor y ardor luego de la inyección de PgE-1, y equimosis e infección de los CC en raras ocasiones. La fibrosis es el efecto

adverso más frecuente, causada por las múltiples inyecciones en los CC y por los pequeños hematomas, que pueden causar curvatura del pene.

Prostaglandina intrauretral. En el año 1996, la Food Drug Administration (FDA) aprobó el uso de alprostadil, un supositorio intrauretral de PgE-1. Su administración es a través de un dispositivo que se coloca dentro de la uretra masculina, con el supositorio en su interior, el cual es liberado y ejerce su acción al ser absorbido por la mucosa uretral. Comienza su acción a los 7 minutos y su respuesta máxima se alcanza a los 25 minutos. La dosis oscila entre 125 μ a 1 000 ug. Las erecciones logradas alcanzan al 65 % de los hombres con DE de diversas etiologías (101, 102). Los efectos adversos locales son ardor uretral, dolor peniano y perineal y sangrado uretral; y los sistémicos son hipotensión y vértigo. El priapismo y la fibrosis ocasionadas frecuentemente por el alprostadil inyectable son raros al utilizarlo por la vía intrauretral. Puede causar irritación vaginal en 6 % de las mujeres cuyas parejas utilizan este método terapéutico (89).

Dispositivo al vacío. El uso de dispositivos constrictivos de vacío es un proceder incruento y tiene gran aceptación. Constituye una opción terapéutica viable en personas con DM y DE (114).

Este dispositivo consiste en una cámara cilíndrica, una bomba de vacío y un sistema de constricción. El paciente ideal para la utilización de este proceder es aquel que tenga pareja estable, esté motivado y le parezca atractivo el método por su simplicidad, falta de invasividad y bajo índice de complicaciones. Se han descrito como efectos secundarios más frecuentes petequias y hematomas pequeños en el pene (114-116).

En teoría, todos los dispositivos constrictivos de vacío crean una rigidez suficiente del pene para la penetración vaginal. Sin embargo, en aquellos con cicatrices de los CC significativas, enfermedad de Peyronie grave, antecedentes de priapismo o infecciones previa de un implante del pene, no siempre logran la rigidez adecuada (115-117).

3. Tercera etapa

Tratamiento quirúrgico. Se indicará en aquellos con DE orgánica cuando han fracasado los métodos de primera y segunda líneas. Estos procedimientos son muy cruentos e irreversibles y se asocian a muchas complicaciones severas.

Los implantes de prótesis de pene deben considerarse únicamente como último recurso, en personas que no responden a otras opciones terapéuticas. A pesar de su costo y su carácter invasivo, algunos estudios comunican una tasa de satisfacción elevada en los usuarios.

La cirugía vascular (revascularización en casos muy selectivos) y la cirugía reconstructiva está indicada en casos traumáticos, enfermedad de Peyronie con DE severa o incurvación dolorosa del pene, en quienes ha fallado el tratamiento clínico y el implante de prótesis, siempre brindando previamente el consentimiento informado, la consejería y el acompañamiento psicológico (62, 118).

En relación con la cirugía venosa en las personas con DM y DE, no ha demostrado ser eficaz a largo plazo (plicatura crural, ligadura o extirpación de la vena dorsal profunda del pene; ligadura de las venas cavernosas, espongiolisis o una combinación de las técnicas anteriormente citadas, incluida la administración radiológica de muelles o sustancias esclerosantes) (62, 118-121).

Resumen

La disfunción eréctil (DE) es muy frecuente en las personas con diabetes mellitus (DM). Su patogenia es multicausal y se asocia al incremento de la edad, al mal control metabólico, al mayor tiempo de evolución de la DM, al hábito de fumar, al consumo de bebidas alcohólicas, a la depresión, al uso de algunos fármacos, a la presencia de complicaciones microvasculares, macrovasculares y neuropáticas, entre otros factores. Se ha descrito la

asociación entre la inflamación de bajo grado y la disfunción endotelial con la presencia y gravedad de la DE en personas con DM tipo 2. El tratamiento en la primera etapa incluye: educación, orientación, psicoterapia sexual, control metabólico estricto de la DM y de los factores de riesgo modificables y definir la existencia del componente vascular, hormonal, neuropático o mixto. El uso de los inhibidores de la fosfodiesterasa ha proporcionado una nueva y eficaz alternativa para el tratamiento de la DE en las personas con DM (sildenafil, tadalafilo, vardenafil). Cuando la respuesta al tratamiento anterior sea parcial o mínima, no se toleren los efectos secundarios o cuando estén contraindicados, se pueden utilizar otras alternativas, como administración de drogas vasoactivas (papaverina, fentolamina) intracavernosa o transuretral (PGE-1 [alprostadil]) o dispositivos al vacío. La cirugía solo está indicada en casos muy bien seleccionados (revascularización, cirugía reconstructiva) por traumáticos o enfermedad de Peyronie con DE severa o incurvación dolorosa con fallo al tratamiento clínico. También puede indicarse implante de prótesis (semirrígidas o inflables). El manejo de estas personas debe tener un enfoque multidisciplinario.

Referencias bibliográficas

1. NIH Consensus Development. Panel on Impotence. *JAMA* 1993; 270:83-90.
2. McCulloch DK, Campbell IW, Wu Fe, Prescott RI, Clarke BI. Control and Complications Trial. Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long term complication in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1993; 329:977-986.
3. Ryden L, Standl E, Bartnik M, Van den Berghe G, Betteridge J, De Boer MJ, *et al.* Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC); European Association for the Study of Diabetes (EASD). Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases:

executive summary: The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J*. 2007; 28:88-136.

4. Klein R, Klein BEK, Lee KE, Moss SE, Cruickshanks KI. Prevalence of self-reported erectile dysfunction in people with long term IDDM. *Diabetes Care* 1996; 10:768-791.

5. McCulloch DK, Young RJ, Prescott RJ, Campbell IW, Clarke BF. The natural history of impotence in diabetic men. *Diabetologia* 1984; 26:437-440.

6. Fonseca V, Seftel A, Denne J, Fredlund P. Impact of diabetes mellitus on the severity of erectile dysfunction and response to treatment: analysis of data from tadalafil clinical trials. *Diabetologia* 2004; 47:1914-1923.

7. Romeo JH, Seftel AD, Madhun ZT, Aron DC. Sexual function in men with diabetes type 2: association with glycemic control. *J Urol* 2000; 163:788-791.

8. Lundberg PO, Ertekin C, Ghezzi A, Swash M, Vodusk D. Eurosexology. Guidelines for neurology. *European* 2001; 8(Suppl. 3):2-24.

9. Fedele D, Boltolotti A, Coscelli E, Lavezzani M, Landoni M, Parazzini F. Erectil dysfunction in type one and type two diabetics in Italy. *Int Epidemiol* 2000; 29:524-531.

10. Lipson IG. Treatment of hypertension in diabetic men, problems with sexual dysfunction. *Ann J Cardiol* 1994; 53:46A.

11. Feldman HA, Goldstein J, Hatzichristou DC, Krane RJ, McKinlay IB. Impotence and its medical and psychosocial correlates results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994; 151:54-61.

12. Grover SH, Lowensteyn I, Kaouache M, Marchand S, Coupal L, DeCarolis E, Zoccoli J, Defoy I. The prevalence of erectile dysfunction in the primary care setting: importance of risk factors for diabetes and vascular disease. *Arch Intern Med* 2006;166: 213-219.

13. Penson DF, Latini DM, Lubeck DP, Wallace KL, Henning JM, Lue TF. Do impotent men with diabetes have more severe erectile dysfunction and worse quality of life than the general population of impotent patients? Results from the Exploratory Comprehensive Evaluation of Erectile Dysfunction (ExCEED) database. *Diabetes Care* 2003;26: 1093-1099.

14. Richardson D, Vinik A. Etiology and treatment of erectile failure in diabetes mellitus. *Curr Diab Rep* 2002;2: 501-509.

15. Fonseca V, Jawa A. Endothelial and erectile dysfunction, diabetes mellitus, and the metabolic syndrome: Common pathways and treatments? *Am J Cardiol* 2005; 96:S2:13-18.
16. Calles-Escandon J, Cipolla M. Diabetes and endothelial dysfunction: a clinical perspective. *Endocr Rev* 2001; 22:36-52.
17. Esposito K, Giugliano D. Obesity, the metabolic syndrome, and sexual dysfunction. *Int J Impot Res* 2005; 17:391-398.
18. Borges R, Temido P, Sousa P, Azinhais P, Conceicao P, Pereira B, Leao R, Retroz E, Brandao A, Cristo L, Sobral F. Metabolic syndrome and sexual (dys)function. *J Sex Med* 2009; 6:2958-2975.
19. Scott FB, Bradley WE, Timm GW. Management of erectile impotence use implantable inflatable prosthesis. *Urology* 1973; 2:80-82.
20. Small MP, Carrion HM. A new penile prosthesis for treating impotence. *Comtep Surg* 1975;7: 29-33.
21. Lue TF, Tanagho EA. Functional anatomy and mechanism of penile erection. In: Tanagho EA, Lue TF, McClue RD (eds.). Contemporary management of impotence and infertility. Baltimore: Ed. Williams & Wilkins; 1988. pp. 39-50.
22. Master WH, Virginia E, Jonson VE, Kolodny RC. Fisiología sexual. En: Master WH (ed.). La sexualidad humana. 1a. ed. La Habana: Ed. Revolucionaria; 1987. pp. 90-108.
23. Kaplan HS. Anatomía y fisiología de la respuesta sexual. En: Kaplan HS (ed). La nueva terapia sexual. Madrid: Ed. Alianza; 1978. pp. 23-60.
24. Nagao K, Miura K. Regulation of male sexual function. *Nippon Rinsho* 1997; 55:2849-2854.
25. Sáenz de Tejada I, Krane RJ, Goldstein I. Modulation of adrenergic activity in penile babes cavernous. *J Urol* 1989;142: 1117-1121.
26. Ignarro LJ, Bush PA, Buga GM, Wood KS, Fukoto JM, Rajter J. Nitric oxide and cyclic GMP formation upon electrical stimulation cause relaxation of corpus cavernosum smooth muscle. *Biochem Biophys Res Comun* 1990; 170:843-850.
27. Pickard RS, Powell PH, Zar MA. Nitric oxide and cyclic GMP formation following relaxant nerve stimulation in isolated human corpus cavernosum. *Br J Urol* 1995; 75:516-522.

28. Munarriz R, Traish A, Goldstein I. La disfunción eréctil y la diabetes. En: Khan CR, Weir GC, King GL, Jacobson AM, Moses AC, Smith RJ. *Joslin's Diabetes Mellitus*. 14th. ed. Boston: Ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2005. pp. 999-1115.
29. Traish AM, Kim NN, Moreland RB, Goldstein I. Proceedings of the International Symposium on Alpha Blockade in Sexual Dysfunction. *Int J Impot Res* 2000; 12: (Suppl.1):S1-S88.
30. Romero JC, Hernández A, Licea ME, Márquez A. Evaluación electrofisiológica, vascular y hormonal en diabéticos tipo 1 con disfunción sexual eréctil. *Rev Asoc Latioamer* 1997; 3:147-153.
31. Fernández F, Romero JC, Sánchez A. Disfunción sexual eréctil. En: Romero JC. *Complicaciones neurológicas de la diabetes mellitus*. Sassari: Ed. Unidata; 2000. pp. 101-124.
32. Benvenuti F, Boncinelli L, Vignoli GC. Male sexual impotence in diabetes mellitus: vasculogenic versus neurogenic factors. *Neurol Urodyn* 1993; 12:145-151.
33. Bloomgarden ZT. American Diabetes Association Annual Meeting, 1997. Endothelial dysfunction neuropathy, and erectile dysfunction (new). *Diabetes Care* 1998; 21:183-189.
34. Bonetti PO, Lerman LO, Lerman A. Endothelial dysfunction: a marker of atherosclerotic risk. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2003; 23:168-175.
35. De Angelis L, Marfella MA, Siniscalchi M, Marino L, Nappo F, Giugliano F, De Lucia D, Giugliano D. Erectile and endothelial dysfunction in Type II diabetes: a possible link. *Diabetologia* 2001; 44:1155-1160.
36. Marfella R, Esposito K, Giunta R, *et al.* Circulating adhesion molecules in humans: role of hyperglycemia and hyperinsulinemia. *Circulation* 2000; 101: 2247-2251.
37. Brun E, Zoppini G, Zamboni C, Bonora E, Muggeo M. Glucose instability is associated with a high level of circulating P-selectin. *Diabetes Care* 2001; 24: 16-85.
38. Spijkerman AM, Gall MA, Tarnow L, Twisk JW, Lauritzen E, Lund-Andersen H, Emeis J, Parving HH, Stehouwer CD. Endothelial dysfunction and low-grade inflammation and the progression of retinopathy in Type 2 diabetes. *Diabet Med* 2007; 24:969-976.
39. Das UN. Is erectile dysfunction a low-grade systemic inflammatory condition? *Eur Heart J*. 2007; 28:642-643.

40. Spranger J, Kroke A, Mohlig M, Hoffmann K, Bergmann MM, Ristow M, Boeing H, Pfeiffer AF. Inflammatory cytokines and the risk to develop type 2 diabetes: results of the prospective population-based European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)-Potsdam study. *Diabetes* 2003; 2:812-817.
41. De Jager J, Dekker JM, Kooy A, Kostense PJ, Nijpels G, Heine RJ, Bouter LM, Stehouwer CDA. Endothelial dysfunction and low-grade inflammation explain much of the excess cardiovascular mortality in individuals with type 2 diabetes. The Hoorn Study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2006; 26:1086-1093.
42. Feng L, Matsumoto C, Schwartz A, Schmidt AM, Stern DM, Pile-Spellman J. Chronic vascular inflammation in patients with type 2 diabetes endothelial biopsy and RT-PCR analysis. *Diabetes Care* 2005; 8:379-384.
43. Hotamisligil GS. Inflammatory pathways and insulin action. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27:S53-S55.
44. Vlachopoulos C, Aznaouridis K, Ioakeimidis N, Rokkas K, Vasiliadou C, Alexopoulos N, Stefanadi E, Askitis A, Stefanadis C. Unfavourable endothelial and inflammatory state in erectile dysfunction patients with or without coronary artery disease. *Eur Heart J* 2006; 22:2640-2648.
45. Gogos CA, Drosou E, Bassaris HP, Skoutelis A. Pro- versus Anti-inflammatory cytokine profile in patients with severe sepsis: A marker for prognosis and future therapeutic options. *J Infect Dis* 2000; 181:176-180.
46. Dheeraj K, Hazel A, Clark S. Clinical and biochemical assessment of hypogonadism in men with type 2 diabetes. Correlations with bioavailable testosterone and visceral adiposity. *Diabetes Care* 2007; 30:911-917.
47. Alexopoulou O, Jamart J, Maiter D. Erectile dysfunction and lower androgenicity in type 1 diabetic patients. *Diabetes Metab* 2001; 27:329-336.
48. Bacon C, Glasser D, Hu F. Association of type and duration of diabetes with erectile dysfunction in a large cohort of men. *Diabetes Care* 2002; 25:1458-1463.
49. Feliú JE, Estevan-Gamboa AE. Toxicidad de la glucosa y de los ácidos grasos. En: Gomis de Barbará R, Rovira A, Feliú JE, Oyarzábal M (eds.). Tratado de la SED de diabetes. Bases moleculares, clínicas y tratamiento. Madrid: Ed. Panamericana; 2007. pp. 209-221.
50. Hackin, Goldstein J. Diabetic sexual dysfunction. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1996; 25:379-400.

51. Dheeraj K, Hazel A, Clark S. Clinical and biochemical assessment of hypogonadism in men with type 2 diabetes. Correlations with bioavailable testosterone and visceral adiposity. *Diabetes Care* 2007; 30:911-917.
52. Corona G, Manuelli E, Petrone L. Association of hypogonadism and type ii diabetes in men attending an outpatient erectile dysfunction clinic. *Int J Impot Res* 2005; 18:190-197.
53. Van Dam E, Dekker J, Lentjes E. Steroids in adult men with type 1 diabetes: A tendency to hypogonadism. *Diabetes Care* 2003; 26:1812-1818.
54. Alexopoulou O, Jamart J, Maiter D. Erectile dysfunction and lower androgenicity in type 1 diabetic patients. *Diabetes Metab* 2001; 27:329-336.
55. Valles C, Fernández JM, Escaf S, Fernández F. Etiología neurógena en pacientes con disfunción eréctil. *Arch Esp Urol* 2008; 3:1-16.
56. Goldstein I, Lue TF, Padma-Nathan H, Rosen RC, Steers WD, Wicker PA, for the Sildenafil Study Group. Oral sildenafil for the treatment of erectile dysfunction. *N Engl J Med* 1998; 338:1397-404.
57. Dean J, B Jan de Boer b, Graziottin A, Hatzichristou D, Heaton J, Taylor A. The role of erection hardness in determining erectile dysfunction (ED) treatment outcome. *Eur Urology (Suppl.)* 2006; 5:767-772.
58. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Misura A. The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997; 49:822-830.
59. Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Ben BM. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 1999; 11:319-326.
60. Bleustein CB, Arezzo JC, Eckhold H, Melman A. The neuropathy of erectile dysfunction. *Int J Impotence Res* 2002; 14:433-439.
61. Bleecker ML. The role of the quantitative neurological examination in clinical neurotoxicology. *Neurol Clin* 2000; 18:563-578.
62. Sell JL, Padrón R. ABC diagnóstico y terapéutico. Disfunción sexual eréctil. *Rev Cubana Endocrinol* 2001; 12:115-123.
63. Meuleman E. Clinical evaluation and the doctor-patient dialogue in erectile dysfunction. In: Jardin A, Wagner G, Khoury S, Giuliano F, Padma-Nathan H, Rosen R (eds.). Proceedings of First International Consultation on Erectile Dysfunction. Health Publication Ltd.; 2000. pp. 709-726.

64. American Association of Clinical Endocrinologist. Medical guidelines for clinical practice for the evaluation and treatment of male sexual dysfunction: A couple's problem—2003 update. *Endocr Pract* 2003; 9:84–85.
65. Dean J, B Jan de Boer b, Graziottin A, Hatzichristou D, Heaton J, Taylor A. Effective erectile dysfunction (ED) treatment enables men to enjoy better sex: The importance of erection hardness, psychological well-being, and partner satisfaction. *Eur Urology (Suppl.)* 2006; 5:761–766.
66. Dean J, B Jan de Boer b, Graziottin A, Hatzichristou D, Heaton J, Taylor A. Psychological, social, and behavioural benefits for men following effective erectile dysfunction (ED) treatment: Men who enjoy better sex experience improved psychological well-being. *Eur Urology (Suppl.)* 2006; 5:773–778.
67. Dean J, B Jan de Boer b, Graziottin A, Hatzichristou D, Heaton J, Taylor A. Erectile dysfunction and sexual satisfaction: New perspectives. *Eur Urology (Suppl.)* 2006; 5:759–76.
68. Tsertsvadze A, Yazdi F, Fink HA, MacDonald R, Wilt TJ, Soares-Weiser K, *et al.* Diagnosis and treatment of erectile dysfunction. AHRQ Evidence Report/Technology Assessment no. 171. Bethesda, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; May 2009. AHRQ publication no. 08(09)–E016.
69. Morales GJ, Wicker PA, Osterloh IH. Clinical safety of oral sildenafil citrate (Viagra) in the treatment of erectile dysfunction. *Int J Imp Res* 1998; 10:1–6.
70. Carson C, Siegel R, Orazem J. Sildenafil citrate treatment for erectile dysfunction: Rate of adverse events decreases over time. *J Urol* 2002; s167–s179.
71. Cremers B, Scheler M, Maack C. Effects of sildenafil (Viagra) on human contractility, in vitro arrhythmias and tension of internal mammaria arteries and saphenous veins. *J Cardiovascular Pharmacol* 2003; 41:734–743.
72. Alspalan M, Onrat E, Samili M. Sildenafil citrate does not affect QT intervals and QT dispersion; an important observation for drug safety. *Ann Noninvasive Electrocardiol* 2003; 8:14–17.
73. Webster LJ, Michelakis ED, Davis T. Use of sildenafil for safe improvement of erectil dysfunction and quality of life in men with New York Heart Association classes II and III congestive heart failure: A prospective, placebo-controlled, double blind crossover trial. *Arch Intern Med* 2004; 64:514–520.
74. Pegge NC, Twomey AM, Vaughton K. The role of endothelial dysfunction in the pathophysiology of erectile dysfunction diabetes and in determining response to treatment. *Diabet Med* 2006; 23:873–878.

75. Bivalacqua TJ, Usta MF, Champion HC. Endothelial dysfunction in erectile dysfunction: The role of the endothelium in erectile physiology and disease. *J Androl* 2003; 24:17-37.
76. Cartledge JJ, I Eardley I, Morrison J. Impairment of smooth muscle relaxation by glycosylated human haemoglobin. *BJU Int* 2000; 85:735-741.
77. Seftel AD, Vaziri ND. Advanced glycation end products in human penis: Elevation in diabetic tissue, site of deposition, and possible effect through NO. *Urol* 1997; 50:1016-1026.
78. Burnett AL. Nitric oxide in the penis: Physiology and pathophysiology. *J Urol* 1997; 157:320-324.
79. Morales GJ, Wicker PA, Osterloh IH. Clinical safety of oral sildenafil citrate (Viagra) in the treatment of erectile dysfunction. *Int J Imp Res* 1998; 10:1-6.
80. Perimenis P, Markou S, Gyftopoulos K, Giannitsas K, Athanasopoulos A, Liatsikos E, *et al.* Efficacy of apomorphine and sildenafil in men with nonarteriogenic erectile dysfunction. A comparative crossover study. *Andrologia* 2004; 36:106-110.
81. Eardley I, Wright P, MacDonagh R, Hole J, Edwards A. An open-label, randomized, flexible-dose, crossover study to assess the comparative efficacy and safety of sildenafil citrate and apomorphine hydrochloride in men with erectile dysfunction. *BJU Int* 2004; 93:1271-1275.
82. Perimenis P, Gyftopoulos K, Giannitsas K, Markou SA, Tsota I, Chrysanthopoulou A, *et al.* A comparative, crossover study of the efficacy and safety of sildenafil and apomorphine in men with evidence of arteriogenic erectile dysfunction. *Int J Impot Res.* 2004; 16:2-7.
83. Pavone C, Curto F, Anello G, Serretta V, Almasio PL, Pavone-Macaluso M. Prospective, randomized, crossover comparison of sublingual apomorphine (3 mg) with oral sildenafil (50 mg) for male erectile dysfunction. *J Urol* 2004; 172:2347-2349.
84. Porst H, Behre HM, Jungwirth A, Burkart M. Comparative trial of treatment satisfaction, efficacy and tolerability of sildenafil versus apomorphine in erectile dysfunction—An open, randomized cross-over study with flexible dosing. *Eur J Med Res* 2007; 12:61-67.
85. Melnik T, Abdo CH. Psychogenic erectile dysfunction: Comparative study of three therapeutic approaches. *J Sex Marital Ther* 2005; 31:243-255.

86. Perimenis P, Karkoulias K, Konstantinopoulos A, Perimeni PP, Katsenis G, Athanasopoulos A, *et al.* Sildenafil versus continuous positive airway pressure for erectile dysfunction in men with obstructive sleep apnea: A comparative study of their efficacy and safety and the patient's satisfaction with treatment. *Asian J Androl* 2007; 9:259-264.
87. Ugarte F, Hurtado-Coll A. Comparison of the efficacy and safety of sildenafil citrate (Viagra) and oral phentolamine for the treatment of erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2002; 14(Suppl. 2):S48-S53.
88. Choppin A, Blue DR, Hegde SS, Gennevois D, McKinnon SA, Mokatri A, *et al.* Evaluation of oral ro70-0004/003, an alpha1A-adrenoceptor antagonist, in the treatment of male erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2001; 13:157-161.
89. Kaplan SA, González RR, Te AE. Combination of alfuzosin and sildenafil is superior to monotherapy in treating lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction. *Eur Urol* 2007; 51:1717-1723.
90. Porst H, Padma-Nathan H, Giuliano F. Efficacy of tadalafil for the treatment of erectile dysfunction at 24 and 36 hours after dosing: A randomized controlled trial. *Urology* 2003; 62:121-125.
91. Young JM, Feldman RA, Auerbach SM, Kaufman JM, Garcia CS, Shen W, *et al.* Tadalafil improved erectile function at twenty-four and thirty-six hours after dosing in men with erectile dysfunction: US trial. *J Androl* 2005; 26: 310-318.
92. Hatzichristou D, Whitaker S. Tadalafil is effective for 36 hours in men with erectile dysfunction: Results from an 11-study integrated analysis. *Int J Impot Res* 2003; 15:s49-s54.
93. Mirone V, Van Ahlen H. SURE Study investigators. Efficacy and safety of tadalafil on demand vs. 3 times/week in men with erectile dysfunction: The SURE Study. *Int J Impot Res* 2003; 15:s27-s32.
94. Tejada IS, Anglin G, Knight JR. The effects of tadalafil on erectile dysfunction in men with diabetes. *J Urol* 2003; 170:679-680.
95. Carson C, Rajfer J, Eardly T. The efficacy and safety of tadalafil: An update. *BJU Int* 2004; 93:1276-1281.
96. Rosano GM, Aversa A, Vitale C, Fabbri A, Fini M, Spera G. Chronic treatment with tadalafil improves endothelial function in men with increased cardiovascular risk. *Eur Urol* 2005; 47:214-220.

97. McVary KT, Roehrborn CG, Kaminetsky JC, Auerbach SM, Wachs B, Young JM, *et al.* Tadalafil relieves lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia. *J Urol* 2007; 177:1401-1407.
98. Padma-Nathan H *et al.* On demand IC351 (Cialis) enhances erectile function in patients with erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 2001; 13:2-9.
99. Porst H. IC351 (tadalafil, Cialis): Update on clinical experience. *Int J Impot Res* 2002; 14:S57-S64.
100. Rajagoplan P, Mazzu A, Xia C. Effect of high fat breakfast and moderate fat evening on the pharmacokinetics of vardenafil, and oral phosphodiesterase-5 inhibitor for the treatment of sexual dysfunction. *J Clin Pharmacol* 2003; 43:260-267.
101. Reporters and participants of the 1st Latin American Erectile Dysfunction Consensus Meeting. International Chapter 7. Oral drug treatment of erectile dysfunction. *J Impot Res* 2003; 15(Suppl. 7):S27-S29.
102. Qaseem A, Snow V, Denberg TD, Casey DE Jr, Forciea MA, Douglas K, Owens DK, Shekelle P. Evaluación hormonal y tratamiento farmacológico de la disfunción eréctil: Guías clínicas del American College of Physicians P. *Ann Intern Med* 2009; 151:639-649.
103. Eardley I, Mironi V, Montorsi F, Ralph D, Kell P, Warner MR, *et al.* An open-label, multicentre, randomized, crossover study comparing sildenafil citrate and tadalafil for treating erectile dysfunction in men naive to phosphodiesterase-5 inhibitor therapy. *BJU Int* 2005; 96:1323-1332.
104. Von Keitz A, Rajfer J, Segal S, Murphy A, Denne J, Costigan T, *et al.* A multicenter, randomized, double-blind, crossover study to evaluate patient preference between tadalafil and sildenafil. *Eur Urol* 2004; 45:499-507.
105. Govier F, Potempa AJ, Kaufman J, Denne J, Kovalenko P, Ahuja S. A multicenter, randomized, double-blind, crossover study of patient preference for tadalafil 20 mg or sildenafil citrate 50 mg during initiation of treatment for erectile dysfunction. *Clin Ther* 2003; 25:2709-2723.
106. Tolra JR, Campana JM, Ciutat LF, Miranda EF. Prospective, randomized, open-label, fixed-dose, crossover study to establish preference of patients with erectile dysfunction after taking the three PDE-5 inhibitors. *J Sex Med* 2006; 3:901-909.
107. Margo CE, French DD. Ischemic optic neuropathy in male veterans prescribed phosphodiesterase-5 inhibitors. *Am J Ophthalmol* 2007; 143:538-539.

108. Paick J-S, Ahn TY, Choi HK, Chung W-S, Kim JJ, Kim SC, Kim SW, Lee SW, Min KS, Moon KH, Park JK, Park K, Park NC, Suh J-K, Yang DY, and Jung H-G. Efficacy and safety of mirodenafil, a new oral phosphodiesterase type 5 inhibitor, for treatment of erectile dysfunction. *J Sex Med* 2008;5:2672-2680.
109. Keating GM, Scott LJ. Review phosphodiesterase inhibitors for erectile dysfunction in patients with diabetes mellitus. [*Cochrane Database Syst Rev* 2007].
110. Paick JS, Kim SW, Yang DY, Kim JJ, Lee SW, Ahn TY, et al. The efficacy and safety of udenafil, a new selective phosphodiesterase type 5 inhibitor, in patients with erectile dysfunction. *J Sex Med* 2008; 5:946-53.
111. Vardi M, Nini A. Phosphodiesterase inhibitors for erectile dysfunction in patients with diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 Jan 24; (1):CD002187. Epub 2007 Jan 24.
112. Cameron N, Cotter M, Jack A, et al. Inhibition of protein kinase C corrects nerve conduction and blood flow deficits in diabetes rats. *Diabetologia* 2002; 40:A31 (Abst.).
113. Virag R. Intracavernous injection of papaverine for erectile failure [Letter]. *Lancet* 1982; 2:938.
114. Morales AM, Saenz de Tejada. Transurethral agents for erection. In: Hellstrom WJG. *The Handbook of Sexual Dysfunction*. San Francisco: Am Society Androl; 1999. pp. 75-79.
115. Padma-Nathan H, Hellstrom WJC, Kasser FE. Treatment of men with erectile dysfunction with transurethral alprostadil. *N Engl J Med* 1997;336:1-7.
116. Reporters and participants of the 1st Latin American Erectile Dysfunction Consensus Meeting, Chapter 10 Peyronie's disease. *Int J Impot Res* 2003; 15(Suppl. 7):S36-S40.
117. Nadig PW. Vacuum erection device. A review. *Word J Urol* 1990;8:114-117.
118. Witherington R. External penile appliances for management of impotence. *Semen Urol* 1990; 8:124-128.
119. Witherington R. Vacuum constriction device for management of erectile impotence. *J Urol* 1989; 141:320-322.
120. Sharlip ID. The role of vascular surgery in atherogenic and combined arteriogenic and venogenic impotence. *Semi Urol* 1990; 8:129-137.
121. Bar-Moshé O, Vandendris M. Treatment of impotence due to perineal venous leakage by ligation of crura penis. *J Urol* 1988; 139:1217-1219.

DISFUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES CON DIABETES MELLITUS

Manuel Emiliano Licea Puig y Lizet Castelo Elías-Calles

Introducción

Desde hace muchos años el tema de la sexualidad y la diabetes ha llamado la atención. Avicena (960-1037 a.C.) describe la relación de la diabetes con los problemas sexuales. Naunyn en 1906 señala la impotencia como un síntoma común de la diabetes mellitus (DM) (1). Sin embargo, pasaron muchas décadas sin que se retomara el tema de la sexualidad y la DM, en particular en las mujeres con esa enfermedad.

En los últimos años, el cambio de rol de la mujer en la sociedad ha motivado y favorecido que se comience a hablar sobre su sexualidad, pues constituye una parte integral de la vida de todo ser humano. La sexualidad está mediada por factores biológicos, psicológicos, socio-económicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales, entre otros (2-4). Los progresos alcanzados en este campo de investigación han permitido que deje de ser un tabú hablar de la sexualidad de la mujer y se supriman los mitos existentes al respecto.

La disfunción sexual (DS) es un trastorno que afecta la sexualidad en su sentido más pleno, que si bien no pone en peligro la vida de las personas, repercute en forma directa sobre la salud física y mental, y distorsiona el equilibrio familiar, laboral y social, influyendo negativamente en la calidad de vida (3, 4).

Los trastornos de la sexualidad en las personas con DM son relativamente frecuentes, presentándose tanto en los hombres como en las mujeres. Aunque se conocen situaciones y complicaciones tardías de la DM que pueden influir negativamente en la función sexual. Existen aún muchos mitos y componentes psicológicos que deben ser identificados

por los facultativos, lo que es imprescindible para ayudar y orientar adecuadamente a recuperar una sexualidad sana y satisfactoria en estas personas (5, 6). Podríamos añadir la ausencia de consenso que estandarice la definición de DS en la mujer y la validación de las escalas bien validadas para evaluarla (7, 8).

Las complicaciones crónicas causadas por la DM pueden comprometer diferentes órganos y sistemas (la microcirculación [riñón, retina, nervios] y la macrocirculación [enfermedad coronaria, cerebrovascular y vascular periférica], entre otros), algunas de ellas con gran impacto en la salud de estas personas. Sin embargo, las dificultades sexuales, que afectan tanto a mujeres como hombres, evidentemente repercuten negativamente en la calidad de vida de estas personas.

La sexualidad en las mujeres con DM no ha sido bien investigada, y los diferentes diseños metodológicos utilizados han determinado que los resultados obtenidos sean poco concluyentes y controversiales. Algunos autores informan una incidencia elevada de DS en estas mujeres; por el contrario, otros describen una incidencia semejante a la observada en la población general (9, 10).

Fases fisiológicas del ciclo sexual en la mujer

La respuesta sexual se define como toda actividad sexual caracterizada por la activación cortical y medular que desencadena fenómenos de tumescencia y contractilidad muscular genital y extragenital (11). Las fases fisiológicas del ciclo sexual en la mujer consta de cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución (11-14) (ver cuadro 1). Por tanto, se puede definir la DS en la mujer como la dificultad que se presenta durante cualquiera de las fases del acto sexual que impida o dificulte el disfrute de la actividad sexual (15).

Las fases antes mencionadas tienen una secuencia, resultado de los cambios anatómicos, hormonales, vasculares y neurales que ocurren en el organismo.

Cuadro 1. Fases fisiológicas del ciclo sexual.

Fases del ciclo sexual	Características
I. Deseo sexual	Energía psíquica o impulso instintivo que lleva al conocimiento, posesión o disfrute.
II. Excitación	Estimulación física y/o psicológica, que se acompaña de lubricación, alargamiento de los 2/3 externo de la vagina, elevación del útero con tracción de la vagina, obscurecimiento por acumulación de sangre de la vagina, retracción de los labios mayores (facilita la penetración del pene) y dilatación del clítoris y las mamas.
III. Meseta	Se mantiene e intensifican los niveles de excitación sexual. Disminuye el 1/3 externo de la vagina, los labios menores aumentan su congestión, el clítoris se retrae (ocultándose debajo del capuchón) y aparece rubor en el abdomen y en el pecho.
IV. Orgasmo	Contracciones rítmicas musculares que ocasionan intensa sensación física, seguida de relajamiento rápido, aumento de la frecuencia respiratoria, cardíaca y de la presión arterial. Se contraen los músculos del cuerpo, incluyendo los de la vagina y los del útero.
V. Resolución	Retorno al estado normal de no estimulación. Se evidencia en el hombre con el periodo refractario y en la mujer desaparece la plataforma orgásmica y el aumento de las glándulas mamarias. El cuerpo se cubre de sudor, los labios mayores y menores recuperan su posición normal, los 2/3 de la vagina pierden su distensión y desaparece el espasmo muscular.

Anónimo. Respuesta sexual masculina y femenina. Marzo, 2002. [On-line]. Disponible en: <http://www.Abcsexologia.com/respuesta-sezual.htm> (citado julio, 2004) (15).

Cuando se compara la función sexual de las mujeres con los hombres muestra diferencias; en ellas se observa mayor variabilidad intra-individual durante el ciclo vital, tienen una respuesta predecible a las

hormonas y son más sensibles a las influencias sociales (16). Por tanto, los resultados de las investigaciones en relación con la DS realizadas en los hombres, no necesariamente se pueden extrapolar a las mujeres diabéticas.

Patogenia

La patogenia de la DS femenina aún no se conoce con precisión. Se ha sugerido que factores tales como neuropatía, vasculopatía, trastorno hormonal y alteraciones psicológicas o la coincidencia de varios de estos, puedan ser la causa. Sin embargo, existen discrepancias al respecto (5, 17).

Las lesiones nerviosas y el compromiso vascular en las mujeres con DM podrían inducir a disminución de la libido, trastornos de la excitación, reducción de la lubricación vaginal, dificultades en alcanzar el orgasmo y coito doloroso (18). Se ha sugerido que el mal control glucémico parece tener un impacto limitado sobre la función sexual en mujeres con DM tipo 1 (5, 19).

El papel de las mujeres como cuidadoras polifacéticas las convierte en un valioso recurso humano y, en la mayoría de las culturas, este es fundamental dentro de la comunidad. Si una mujer desarrolla una enfermedad crónica como la DM y sus complicaciones, sus hijos, su compañero y otros miembros de la familia probablemente se enfrenten a una vida de consecuencias adversas, en términos sociales y emocionales, lo que también repercute en ellas (20). Lo antes mencionado puede influir negativamente en la función sexual de estas mujeres.

La depresión es un factor importante que debe tenerse en consideración en el desarrollo de la DS. Las mujeres mayores con DM tienen una prevalencia más alta de depresión mayor cuando se comparan con los hombres (28 % *versus* 18 %) (21-23). El riesgo de desarrollar depresión es 1,6 veces mayor en las personas con DM, cuando se compara con

personas no diabéticas (24). En adición a lo anterior, se ha descrito que la menopausia se presenta a edades más tempranas en las mujeres con DM; por tanto, es común que estas mujeres puedan presentar trastornos en la esfera sexual por el déficit de hormonas sexuales y la vulnerabilidad a la depresión (25). Aunque la sexualidad puede estar alterada por la presencia de la menopausia (26), la función sexual no solo depende de los niveles de estrógenos circulantes, sino que la interacción de factores psicológicos, sociales y culturales, factores propios de cada mujer, le da la característica de ser una cualidad individual (27).

Algunos estudios informan que la depresión es la principal determinante en la disminución del deseo sexual en la mujer (28, 29), mientras que otros autores plantean que la asociación entre la función sexual y la depresión es controversial (5, 30, 31). Estas discrepancias podrían explicarse, en parte, por los diferentes instrumentos utilizados para valorar la función sexual y la depresión, y por lo heterogéneo de la población motivo de estudio.

Existen evidencias que apoyan la hipótesis de que la DS en la mujer se relaciona fuertemente con aspectos psicosociales, a diferencia de los hombres que se asocia con mayor frecuencia a alteraciones vasculares, neuropáticas y al control metabólico (32-35).

No hay dudas de que la DM genera reacciones emocionales que se reflejan en todas las esferas de la vida del que la padece, y puede incidir negativamente en la adhesión al tratamiento, en el control metabólico y en el desarrollo de complicaciones a mediano y largo plazos. También hay que considerar los esfuerzos cognitivos y conductuales que se necesitan para *manejar* la enfermedad. Se hace necesario hacer una diferenciación entre los trastornos psicológicos que pueden estar asociados directamente a la DM y aquellos que tienen una relativa independencia de esta (trastornos de la personalidad y la conducta, neurosis y otras entidades psiquiátricas). Es lógico suponer que lo señalado anteriormente afecta de manera significativa la actividad sexual (36).

La DM puede repercutir en la autoestima y la imagen corporal, favorecer los sentimientos negativos de inseguridad y en sentirse diferente, además de tener la sensación de haber perdido atractivo y la capacidad de seducir y, por ende, miedo al rechazo. Todos estos aspectos influyen en el logro de un buen funcionamiento de la actividad sexual. En otras ocasiones el temor a un embarazo no deseado y a sus posibles consecuencias sobre el producto de la concepción, puede estar presente. Se acepta que factores culturales y psicosociales pueden tener un rol muy importante en la sexualidad de la mujer, destacándose entre estos la depresión, como se ha mencionado anteriormente (37).

Por tanto, en toda mujer diabética con DS, el componente psicológico debe ser explorado como una posible causa o como un factor asociado a una afección orgánica.

En el cuadro 2 se resume las alteraciones psicológicas observadas con frecuencia en mujeres con DS, las que pueden afectar también a las mujeres con DM.

Cuadro 2. Desórdenes sexuales psicológicos.	
<ul style="list-style-type: none"> • Deseo sexual hipoactivo • Aversión sexual • Trastornos del deseo sexual • Trastornos de la excitación • Trastornos del orgasmo • Dispareunia • Vaginismo • Trastornos de identidad de género • Trastornos de estrés postraumático 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de pareja sexual • Insatisfacción sexual (no específica) • Infidelidad • Síndrome de excitación sexual persistente • Adicción al sexo • Hipersexualidad • Parafilias

Se ha planteado que la DM *per se* no tiene una influencia significativa en la función sexual en las mujeres con DM. Sin embargo, existen evidencias que sugieren que estas mujeres tienen mayor riesgo de problemas sexuales. En la mujer diabética disminuye la excitación y el deseo, se presentan con frecuencia dispareunia y disminución de la lubricación, y no parece haber alteraciones significativas en relación con el orgasmo (38-40).

Aún no está totalmente dilucidado cuál es el verdadero papel del factor hormonal en el desarrollo de la DS en mujeres con DM tipo 1, y la correlación entre la función sexual y el perfil hormonal en la fase del ciclo menstrual. A. Salonia y sus colegas (19) estudiaron a 50 mujeres con DM tipo 1 (con tratamiento insulínico intensivo) y 47 mujeres sanas no diabéticas, todas con 18 años o mayores, con el objetivo de investigar la función sexual y el perfil hormonal, que incluyó la determinación de triiodotironina libre (fT3), tetraiodotironina libre (fT4), hormona estimulante del tiroides (TSH), prolactina (PRL), hormona folículo estimulante (FSH), hormona luteinizante (HL), globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG), testosterona total y libre, dihidroepiandroterona sulfato (DHEAS), 4-androstenediona, 17-estradiol y progesterona durante la fase lútea del ciclo menstrual. Estos autores confirmaron en las mujeres con DM tipo 1 una disminución de la función sexual y un incremento del estrés sexual cuando fueron comparadas con las mujeres sanas durante la fase lútea, lo que no ocurrió en la fase folicular del ciclo menstrual. Durante la fase folicular, las diabéticas presentaron disminución de los niveles de estrógenos, de andrógenos (4-androstenediona y DHEAS) y de T3 y T4 cuando se compararon con el grupo control. Durante la fase lútea se confirmaron niveles elevados de testosterona, mientras que fueron bajos en el grupo control. Se concluyó que en las mujeres con DM tipo 1, la función sexual puede variar durante la fase folicular y lútea del ciclo menstrual, lo que no estuvo influenciado por el control glucémico.

Otros estudios han descrito en las mujeres fértiles que la disminución de las concentraciones de andrógenos se asocia a DS, así como a cambios en el metabolismo de la glucosa durante el ciclo menstrual en mujeres

con DM tipo 1, caracterizado por disminución de la sensibilidad a la insulina y un incremento de los niveles de 17-estradiol durante la fase lútea (41, 42).

Disfunción sexual en la mujer: clasificación

La disfunción sexual en la mujer se clasifica en cuatro categorías (43).

1. Trastornos del deseo sexual o anafrodisia:

- edad
- disminución de los estrógenos
- fatiga
- embarazo
- enfermedades crónicas
- enfermedades psiquiátricas
- medicamentos

2. Trastornos de la excitación:

- vasculares
- neuropáticas
- enfermedades crónicas
- relación de pareja
- falta de lubricación vaginal

3. Trastornos del orgasmo:

- medicamentos

4. Trastornos de dolor sexual:

- dispareunia
- vaginismo

- vulvodinea o vestibulitis vulvar
- post-parto

También la DS en las mujeres se puede subdividir en:

- primaria o secundaria
- generalizada o situacional
- psicológica, orgánica o mixta

Epidemiología

Los estudios epidemiológicos en relación con la DS en mujeres son escasos; por el contrario, se ha prestado mayor atención a la DS en los hombres (44, 45). A pesar de las limitaciones que esto implica, se ha comunicado que entre 30 y 40 % de las mujeres con DM presentan problemas de la función sexual (46, 47). Algunos investigadores informan una prevalencia de 25 a 63 % (43) y otros entre 5 y 53 %. Al contrario, otros estudios realizados no han hallado asociación de la DM con la ausencia de orgasmo (48).

A. Slob y sus colegas (48) señalan que los resultados de los estudios relacionados con la DS en las mujeres con DM son contradictorios: algunos comunican disminución del deseo sexual, menor lubricación vaginal e incapacidad para alcanzar el orgasmo (49); otros no han confirmado estos hallazgos.

Aspectos clínicos

Existen diferencias en relación con la aparición de trastornos sexuales en la mujer diabética según el tipo de DM. En la tipo 1 aparecen más tardíamente y son menos graves que en la tipo 2, entre otras razones porque en esta última se observa una mayor frecuencia de hipertensión

arterial, dislipidemia y trastornos circulatorios, que pueden contribuir a los trastornos sexuales (50, 51).

La DS en las mujeres con DM puede presentarse al inicio de la vida sexual o desarrollarse posteriormente. En algunas puede instalarse paulatinamente con el decursar del tiempo; en otras puede aparecer bruscamente con alteraciones parcial o total para participar de algunas de las etapas del acto sexual.

En la mujer existe una serie de factores predisponentes para el desarrollo de DS, entre los que se señalan: hormonales, fármacos, compromiso neurológico, vasculares y uroginecológicos (52) (ver cuadro 3).

Cuadro 3. Disfunción sexual en la mujer: factores predisponentes.	
<p>Factores hormonales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • déficit hormonal post-parto • diabetes mellitus • endocrinopatías • menopausia <p>Neurogénicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • abuso sexual • conflictos de pareja • depresión • estrés • problemas de identidad de género • problemas de la imagen corporal <p>Vasculares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ciclismo • enfermedad coronaria • hipercolesterolemia • diabetes mellitus • hipertensión arterial • hábito de fumar 	<p>Uroginecológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cistitis • endometriosis • prolapso pélvico • vulvovaginitis <p>Fármacos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • antidepresivos • antiulcerosos • contraceptivos • anticonvulsivos • antidepresivos • neurolépticos • sedantes • quimioterápicos

La mujer diabética puede compartir todos los factores predisponentes que afectan a la mujer no diabética para el desarrollo de DS. Aunque vale aclarar que algunos de estos tienen más relevancia en las diabéticas. Además, la presencia de algunas de las complicaciones crónicas de la DM y de las comorbilidades aumenta el riesgo de DS. La neuropatía diabética es la complicación más frecuente en las personas con DM; puede afectar los nervios periféricos y los autonómicos. El compromiso autonómico urogenital es un factor patogénico importante causal o contribuyente de DS; es frecuente observar la asociación de vejiga neurogénica y DS. La macroangiopatía es una complicación frecuente, en particular en las personas con DM tipo 2; la misma puede afectar el territorio cerebral, coronario, miembros inferiores y aorto-iliaco. Esta última afectación puede comprometer la irrigación del territorio genital al igual que puede aparecer un compromiso microangiopático. Las alteraciones psicológicas, en particular la depresión, son más frecuentes en las mujeres con DM, lo que en ocasiones obliga al uso de fármacos antidepresivos, que pueden contribuir al desarrollo de trastornos de la función sexual. Podemos añadir que la hipertensión arterial es más prevalente en la población diabética, en particular en la DM tipo 2, y que el uso de algunos fármacos antihipertensivos pueden comprometer la función sexual. Los trastornos lipídicos son comunes en las personas con DM y contribuyen al desarrollo del proceso aterosclerótico y todas sus consecuencias (53-58).

Cuadro 4. Disfunción sexual en la mujer diabética: factores predisponentes.

- edad
- evolución de la diabetes
- tipo de diabetes
- mal control metabólico mantenido
- complicaciones tardías de la diabetes:
 - neuropatía (en particular la autonómica)
 - macroangiopatía (enfermedad coronaria, aorto-iliaca)
- comorbilidades (hipertensión arterial, depresión, infecciones genitourinarias y bucales)
- tratamiento farmacológico de las comorbilidades

R. C. Kolodny (59) estudió 125 mujeres con DM y 100 no diabéticas, en edades comprendida entre 18 y 42 años, y confirmó disfunción orgásmica en 35,2 % de las diabéticas y solo 6 % en las no diabéticas. Estudios anatomopatológicos del clítoris en mujeres con DM anorgásmicas han mostrado lesiones similares a las descritas en los cuerpos cavernosos de hombres diabéticos con DS (60). S. B. Jensen (61) desarrolló el primer estudio comparativo de mujeres y hombres en relación con la presencia de DS, los que fueron comparados con un grupo control. Incluyeron 80 mujeres diabéticas y 40 en el grupo control, y no halló diferencias significativas en la frecuencia de trastornos sexuales entre ambos grupos (27,5 % *versus* 25 %). G. Tyrer y sus colegas (30) estudiaron el efecto de la DM en la lubricación vaginal en 82 mujeres diabéticas insulín dependientes, y hallaron que las diabéticas presentaban una lubricación vaginal inadecuada en el 10 % y el grupo control en 2 %.

P. Schreiner-Engel y sus colegas (50) informaron que la DM tipo 2 tiene un impacto negativo en el deseo sexual, enfatizando, como factor de riesgo asociado, la edad al momento del diagnóstico de la DM. A. Newman y A. Bertelson (28) en 1986 comunicaron una frecuencia de DS de 47 % en su serie y observaron trastornos de la excitación con pobre lubricación vaginal en 32%, pérdida del deseo en 21 %, dispareunia en 21 % y anorgasmia en 15 %. El 19 % de estas mujeres refirieron que los trastornos sexuales se iniciaron después del diagnóstico de la DM y no hallaron asociación con la presencia de complicaciones crónicas de la DM.

A. Slop y sus colegas (48) utilizaron la termometría de los labios mayores para medir el grado de excitabilidad en mujeres con y sin DM, y no hallaron diferencias significativas entre ambos grupos. Por el contrario, J. P. Winczer y sus colegas (62), al emplear la plestigmografía vaginal para medir los niveles de excitabilidad, hallaron que las diabéticas estaban significativamente más afectadas al compararlas con las no diabéticas.

Meeking y sus colegas (63) estudiaron la función sexual en 161 mujeres con DM tipo 1 y 2, y hallaron DS en 64 % de los casos. La pérdida de la

lubricación vaginal se presentó en 70 %, alteraciones de la excitación en 36 % y la reducción de la satisfacción en 47 %.

Se ha insistido que las mujeres con DM aumentan el riesgo de disminución de la excitación sexual, con una lubricación vaginal lenta y/o inadecuada, una reducción del deseo sexual y la probabilidad de que la dispareunia aumente (5). Otros autores han descrito disminución de la hidratación vaginal secundaria a la hiperglucemia, disminución de la lubricación, coitos dolorosos, disfunción orgásmica y pérdida de la libido. En estas mujeres la hiperglucemia predispone a un incremento en la incidencia de infecciones vaginales (en particular moniliasis) y urinarias. El compromiso microangiopático afecta el flujo sanguíneo durante la fase de excitación, lo que puede explicar en parte la reducción de la lubricación vaginal y de la estimulación del clítoris (18).

Los síntomas de sequedad vaginal son más frecuentes en mujeres diabéticas con xerostomía, cuando se comparan con aquellas que tienen un flujo salival normal (64, 65). Otros autores comunican que la presencia de un flujo salival disminuido se correlaciona con niveles más elevados de HA1c, y no con la presencia de neuropatía autonómica cardíaca.

P. Enzlin y sus colegas (37) compararon un grupo de mujeres con DM tipo 1 con mujeres no diabéticas de edades similares y encontraron una mayor incidencia de DS y una disminución de la lubricación. En ambos grupos de mujeres, aquellas que presentaron problemas sexuales manifestaron una menor calidad en su relación de pareja. En otro trabajo de estos autores (38), describen que 27 % de las mujeres con DM manifestó tener DS, en comparación con 15 % del grupo control, y hallaron que los factores psicológicos se relacionaron con la presencia de DS. Además, cuanto más complicaciones diabéticas tenía la mujer, mayor era el grado de DS experimentada. Asimismo, A. Bechara y sus colegas (66) estudiaron 384 mujeres en Argentina en edades comprendidas entre 18 y 75 años, y confirmaron dificultades en el deseo sexual en 63 %, en la excitación en 30 %, cambios en la lubricación vaginal en 31 % y dispareunia en 13 %.

P. Enzlin y sus colegas (67) realizaron un estudio dirigido a determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la DS en mujeres con DM tipo 1. Estas mujeres proceden de las incluidas en el Epidemiology of Diabetes Intervention and Complication (EDIC); participaron 652 mujeres. Describen una prevalencia de DS en 35 % de la muestra, la pérdida de la libido se confirmó en 35 %, los problemas del orgasmo en 51 %, la disminución de la lubricación vaginal en 38 % y el dolor durante el coito en 21 %. El análisis univariado mostró una asociación positiva entre la DS y la edad, el estatus marital, la menopausia, la microangiopatía y la depresión. Sin embargo, el análisis multivariado confirmó, como predictores de DS, el estatus marital y la depresión. Las conclusiones de este estudio fueron que la DS es de común observación en las mujeres con DM tipo 1 y que la depresión es el principal predictor asociado.

K. K. Dhatarariya (68) hace algunas consideraciones interesantes en relación con el trabajo de Enzlin y sus colegas (67) citado anteriormente; considera que algunos aspectos no quedan claros. Por ejemplo, comunican la prevalencia de una moderadamente elevada DS de 35 % en una población con una media de edad de 43 años. Sin embargo, estudios previos informan de 43 % de algún tipo de DS en mujeres normales (18 a 75 años) sin comorbilidades, lo que sugiere que no existen diferencias entre las mujeres con DM y la población general (31,69). Añade que otros estudios han comunicado una correlación entre los niveles de andrógenos en mujeres jóvenes sin DM, con disminución de la libido y la ausencia del deseo sexual (70). Es conocido la importancia de esta hormona, que varía con el ciclo menstrual, como una determinante importante en la función sexual en mujeres premenopáusicas con DM tipo 1 (19). En el trabajo no se comenta sobre los niveles de estrógenos, testosterona o DHEAS, ni qué proporción de mujeres estaba en el periodo postmenopáusico.

F. Seyedeh y T. Seyed (71) concluyen en su estudio que la DM tiene un impacto negativo en la función sexual en mujeres con DM y señalan, como determinantes significativas en la función sexual, la edad y la duración de la DM. La DM tipo 2 es más frecuente y suele aparecer

después de los 40 años de edad. También la menopausia aparece más temprano en mujeres con DM, lo que puede influir en la sexualidad de estas. M E. Licea y sus colegas (25) realizaron un estudio transversal en 60 mujeres con DM tipo 1 postmenopáusicas y 80 mujeres no diabéticas postmenopáusicas, y comprobaron que la media de la edad cronológica de las diabéticas fue de $51,5 \pm 5,9$ años (rango 47-49 años) y la de las no diabéticas de $55,6 \pm 3,2$ años (rango 40-59 años), con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). La edad de la menopausia fue, en las diabéticas, de $46,0 \pm 4,6$ años (rango 33-55 años) y, en las no diabéticas, de $49,3 \pm 2,8$ años (rango 40-55 años), con una diferencia estadísticamente significativa.

Diagnóstico

Ante una mujer diabética con DS es imprescindible realizar una historia clínica completa. Es necesario precisar las características de la DM (tipo, tiempo de evolución, tratamiento, control metabólico, entre otros), la presencia de complicaciones tardías de esta y la existencia de factores de riesgo de DS y de comorbilidades.

Exámenes complementarios HbA1c

La determinación de glucemia en ayunas y postprandial, así como la realización de perfiles glucémicos cuando se considere necesario, son de gran utilidad para evaluar el grado de control metabólico de la DM. La determinación de los valores de la HbA1c permite evaluar el control metabólico a mediano y a largo plazos. El empleo del automonitoreo de la glucemia y el uso de la terapia insulínica intensiva permiten lograr un control metabólico óptimo a mediano y corto plazos.

La determinación de la microalbuminuria es de utilidad para el diagnóstico de nefropatía incipiente, expresión de daño microangiopático. Además, la microalbuminuria es considerada un marcador de riesgo de otras

complicaciones diabéticas, como la microangiopatía, la macroangiopatía y la enfermedad del músculo cardíaco.

El estudio de los lípidos plasmáticos nos permite identificar la presencia de dislipidemia, factor reconocido de riesgo cardiovascular, que en no pocas ocasiones requiere intervención terapéutica (dieta y/o fármacos).

En los casos en que se considere necesario se deben indicar las siguientes determinaciones hormonales: estradiol, FSH, LH, PRL, TSH, testosterona libre y DHEAs. En la práctica clínica, es suficiente la determinación de testosterona libre, prolactina y TSH en aquellas mujeres con disminución del deseo sexual.

Los estudios electrofisiológicos, como es el caso de la conducción nerviosa motora y sensitiva, son útiles para el diagnóstico de neuropatía diabética periférica. Se han empleado otros métodos para confirmar el componente orgánico de la DS en la mujer, como el estudio electrofisiológico del suelo pélvico, la fotoplestimografía vaginal, la termometría de los labios mayores y la ultrasonografía y la electromiografía del clítoris (62).

Tratamiento

Antes de decidir algún tipo de terapéutica para la DS, hay que excluir todas las posibles causas de origen orgánico en función de la edad de la paciente. En segundo lugar, se debe indagar sobre los aspectos psíquicos del problema consultado a partir de un interrogatorio ordenado, riguroso y sistemático que evite todo juicio moral o apariencia de mera curiosidad.

El tratamiento de la DS en las mujeres con DM debe tener un enfoque multidisciplinario, y los diferentes aspectos terapéuticos a considerar incluyen:

- educación
- control metabólico estricto

- terapia psicológica
- terapia sexual
- terapia farmacológica: a) hormonal, b) no hormonal
- rehabilitación
- tratamiento de las comorbilidades
- otras alternativas

Educación

La educación es la base fundamental en toda persona afectada de una enfermedad crónica, y la DM no es una excepción, pues debe tener una atención particularizada en relación con la DS. Es importante, además, insistir en lograr una buena adhesión al tratamiento, así como la corrección de otros factores de riesgo asociados (hipertensión arterial, dislipidemia, tabaquismo, consumo de alcohol y de algunos fármacos, entre otros), los que pueden agravar la DS (74).

Control metabólico

Debe constituir una meta el logro y el mantenimiento de un control metabólico óptimo (glucemia y HbA1c), con el objetivo de evitar o, al menos, postergar el desarrollo de complicaciones vasculares y neuropáticas. Se impone en todos los casos el tratamiento de las comorbilidades de estar presentes (75).

A diferencia de lo que ocurre en los hombres diabéticos con DS eréctil, en las mujeres con DM tipo 1 el mal control glucémico parece tener un impacto limitado sobre la función sexual (37). Se sabe que en los hombres con DM el mal control metabólico y la presencia de complicaciones vasculares y neurológicas se asocian a una mayor frecuencia de DS (76). Sin embargo, existe poca información que demuestre un paralelismo de estas observaciones en las mujeres (77). Algunos investigadores no han hallado una correlación entre la función sexual y el control glucémico (78).

Terapia psicológica

Independientemente de la causa de la DS, es imprescindible el apoyo psicológico individual y de la pareja, así como su reeducación sexual (35, 79). Se han utilizado diferentes instrumentos para evaluar el área psicológica y en particular la depresión en mujeres con DS, entre los que se pueden mencionar: el Female Sexual Function Index (FSFI), el Female Sexual Distress Scale (FSDS) (80-82) y el Beck's Intern for Depression (BDI).

Terapia sexual

La terapia sexual ha demostrado ser efectiva en mujeres con trastornos del deseo, anorgasmia y vaginismo (83). Esta modalidad terapéutica proporciona gran ayuda para resolver prejuicios e ignorancia. Siempre en estos casos debe precisarse la existencia de una causa orgánica o no. Por tanto, deben valorarse los siguientes aspectos psíquicos de forma individual:

- ansiedad de actuación
- ignorancia y errores sexuales
- dificultades en las relaciones
- baja autoestima
- actitudes negativas en relación con la actividad sexual
- circunstancias adversas

Es muy importante definir con precisión el tipo de trastorno sexual y cumplir siempre los siguientes principios (84-86):

- el enfoque será distinto si se trata de un individuo solo o de una pareja más o menos estable;
- tratar la relación entre dos personas y no cada individuo por separado;
- la comunicación interpersonal es de una importancia vital y se le debe prestar una especial atención;

- la actividad sexual entre dos personas es una forma de expresión mutua y generosa de sus sentimientos más profundos; su objetivo es proporcionar placer al otro y su consecuencia de será recibirlo al mismo tiempo;
- no hay que esforzarse en lograr respuestas físicas especiales, tales como la erección o el orgasmo, pues pueden derivarse de las técnicas recomendadas a los pacientes; pero no deben constituir los objetivos finales, ya que podrían bloquear el disfrute de una vida sexual relajada y satisfactoria.

Los cuadros depresivos tienen una mayor prevalencia en la mujer que en los hombres, lo que es más relevante en la mujer diabética, como se ha descrito en párrafos anteriores, y puede ser una causa importante de DS psicógena, lo que en ocasiones requiere de tratamiento farmacológico (87). Debemos recordar que algunos fármacos utilizados para tratar la depresión pueden agravar la DS.

Las adolescentes con DM son especialmente conscientes del aumento de peso que puede causar el tratamiento insulínico. Los problemas de autoestima o de imagen personal y los trastornos alimentarios, pueden contribuir en cierta medida en el comportamiento sexual de las mismas. Muchas de estas mujeres requieren de un apoyo psicológico (88).

Terapia farmacológica

Antes de indicar un tratamiento farmacológico, se debe realizar una evaluación cuidadosa, un seguimiento periódico y la evaluación de la eficacia del tratamiento a mediano y largo plazo.

a) Terapia hormonal

Hasta el momento los únicos tratamientos farmacológicos aprobados para las DS femenina son los de reemplazo con hormonas sexuales

(estrógenos y andrógenos) en situaciones de déficit probado de estas (esencialmente en la menopausia).

No existen pruebas contundentes de que la Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) provoque efectos indeseables en el control metabólico en mujeres con DM. Los estrógenos disminuyen la glucemia y la insulinemia en ayunas en mujeres postmenopáusicas sanas; en las diabéticas postmenopáusicas disminuyen la glucemia y el péptido C. Otros estudios han confirmado la reducción de los niveles de glucemia y de la HbA1c en mujeres con DM y alteraciones de la tolerancia a la glucosa (87).

A los andrógenos se les reconoce un papel promotor del deseo/apetito sexual en varones y mujeres. Un preparado de testosterona transdérmica ha sido recientemente aprobado para uso en mujeres ovariectomizadas y tratadas con estrógenos que presenten déficit del deseo sexual. La tibolona, un esteroide sintético con propiedades estrogénicas, gestagénicas y androgénicas tejido-selectivas, se usa desde hace tiempo para el tratamiento de síntomas menopáusicos y resulta efectiva para el tratamiento de la atrofia urogenital y la restauración de diversos índices de función y satisfacción sexual (89).

b) Terapia no hormonal

Se han utilizado algunos fármacos no hormonales en el tratamiento de la DS en mujeres, entre los que se pueden citar: inhibidores de la 5-fosfodiesterasa (sildenafil) (66, 90-92), apomorfina, alprostadil (93) y yohimbina sola o combinada con L-arginina (41). Sin embargo, los resultados obtenidos hasta el momento son controversiales. Otras sustancias también se han empleado, como es el caso del bupropion (94, 95).

El primer estudio que utilizó un inhibidor de la 5-fosfodiesterasa (sildenafil) en el tratamiento de la DS en mujeres, no evidenció mejoría

de la función sexual (96). Sin embargo, estudios posteriores comunican alguna mejoría de la fantasía y la satisfacción sexual (97).

En general, se acepta que el sildenafil aumenta la vasocongestión genital en respuesta a la estimulación sexual en todo tipo de pacientes, hecho confirmado por registros electrofisiológicos (98-101). Por tanto, se acepta que el sildenafil actúa de forma similar a lo que ocurre en la erección del pene. Sin embargo, este fármaco ha sido ineficaz para mejorar la excitación y el placer sexual en mujeres menopáusicas (97, 102). En mujeres con niveles de hormonas sexuales normales, el sildenafil mejora la satisfacción solo en las que no tenían deseo sexual hipoaactivo (101).

La mayor parte de los estudios en relación con el sildenafil, se han desarrollado generalmente en muestras pequeñas y solo algunos de estos (100-103) han sido controlados con placebo. Se necesitan estudios con muestras mayores y seguidas a largo plazo, para determinar el lugar real de este fármaco en el tratamiento de la DS en la mujer, y en particular en las diabéticas.

La apomorfina sublingual se ha utilizado en mujeres premenopáusicas afectadas por el deseo sexual hipoaactivo y trastornos de la excitación. Con este fármaco se ha logrado, en mujeres con DS, aumentar significativamente la frecuencia del orgasmo y la satisfacción sexual, cuando se compararon con las mujeres que recibieron placebo (104). En mujeres premenopáusicas con anorgasmia, en las cuales se evaluó el cambio de flujo sanguíneo en el clítoris, mediante ultrasonografía Doppler en respuesta a una estimulación vibratoria, se observó que en las que recibieron tratamiento con apomorfina SL se produjo mayor vasodilatación del clítoris y aumento de la excitación y la lubricación, al compararlas con el grupo control (105). En mujeres menopáusicas el tratamiento con tibolona ha demostrado su eficacia en el alivio de los síntomas y en la preservación del hueso. También mejora el deseo, la satisfacción y la lubricación vaginal en mujeres con menopausia natural (106-110) o quirúrgica. Los efectos secundarios (patrón

lipídico, coagulación, densidad mamográfica, entre otros) son bajos en comparación con la terapia de reemplazo hormonal convencional (111).

Estudios preliminares en mujeres premenopáusicas con trastornos de la excitación sexual —las cuales fueron tratadas con análogos de la melanocortina (bremelanotide o PT-14) por vía intranasal y comparadas con un grupo que recibió placebo, en dosis única— demostraron que estas presentaron mayor aumento del deseo sexual y mayor vasocongestión vaginal, evaluada por fotopletismografía, ante la exposición de videos eróticos o neutros (112).

En mujeres con trastornos de la excitación sexual y/o de la lubricación, la aplicación tópica de alprostadil (Prostaglandina E 1) en forma de gel o crema vaginal aumenta el flujo sanguíneo en el clítoris (92, 94,113-116).

Rehabilitación

Los ejercicios de la musculatura del suelo pélvico brindan mejoría en mujeres anorgásmicas con hipotonía de los músculos del suelo pélvico. Otros opinan con este proceder mejora el deseo sexual y el orgasmo (83).

Hay poca información que evalúe a largo plazo el modo del parto y su relación con la DS (vaginal, vaginal con instrumentación, cesárea y cesárea electiva). No es infrecuente que en estas mujeres ocurra DS postparto. En estos casos, la rehabilitación tiene gran utilidad para mejorar los problemas sexuales (117).

Tratamiento de las comorbilidades

Es muy importante en las mujeres diabéticas con DS descartar la existencia de otras comorbilidades, entre las que se pueden señalar: infecciones vaginales, depresión, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares

y consumo de fármacos. En las mujeres con DM, en particular en aquellas con mal control glucémico, es muy frecuente la presencia de vulvovaginitis moniliásica, la que puede causar dispareunia y alterar la función sexual (118, 119). Deben tratarse algunas enfermedades coexistentes que puedan ser causa de DS en las diabéticas, en particular la depresión y la hipertensión arterial. Los antidepresivos, en especial los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, pueden inhibir la función sexual como efecto secundario y ser útiles en el tratamiento de la DS al mejorar la depresión (120). Muchos fármacos empleados en el tratamiento de la hipertensión arterial se han relacionado con la DS. Se plantea que los diuréticos tiazídicos y la espirolactona disminuyen la lubricación vaginal (121).

Otras alternativas

En aquellas mujeres con DS en las que se ha comprobado disminución del flujo sanguíneo, el uso del Vacuum mejora de forma mecánica la circulación sanguínea, lo que se traduce en aumento de la sensibilidad del clítoris y mejoría de la lubricación vaginal, del orgasmo y de la satisfacción (42, 118).

Las diversas modalidades de tratamiento comentadas anteriormente ofrecen nuevas e interesantes posibilidades para un más eficaz abordaje terapéutico de las DS en la mujer, y las diabéticas pudieran estar incluidas en muchas de ellas.

Antes de concluir, quisiéramos destacar que hasta el momento no está totalmente demostrado que la DM sea una causa directa de DS en las mujeres, si bien el conocimiento de los problemas frecuentes asociados a la misma ofrece posibilidades de abordaje terapéutico (77).

Resumen

Los trastornos de la sexualidad en las personas con DM son frecuentes. En la práctica clínica se diagnostican menos en la mujer. Su patogenia no está

dilucidada. Múltiples factores intervienen (neuropatía, microangiopatía, macroangiopatía, factores uroginecológicos, factores psicosociales y culturales, entre otros). Los factores culturales y psicosociales pueden tener un rol muy importante en la sexualidad de la mujer. La mujer con diabetes tipo 1 no se diferencia de la mujer no diabética en la etapa reproductiva. En la diabética tipo 2 es más frecuente la DS. Estas mujeres pueden presentar disminución de la libido, trastornos de la excitación, reducción de la lubricación vaginal, dificultades en alcanzar el orgasmo y coito doloroso. La falta de lubricación vaginal o una lubricación insuficiente es frecuente en la perimenopausia y se ha observado más en las diabéticas tipo 2. En los hombres con DM el mal control metabólico y la presencia de complicaciones vasculares y neurológicas se asocian a una mayor frecuencia de DS; estos resultados no se pueden extrapolar de forma absoluta a la mujer diabética. El tratamiento debe tener un enfoque multidisciplinario que incluya: educación, orientación y terapia sexual, control metabólico estricto, apoyo psicológico, fármacos (hormonal y no hormonal), rehabilitación y tratamiento de las comorbilidades, entre otros procedimientos. La sexualidad en las mujeres con DM no ha sido suficientemente estudiada. Los estudios se han realizados en muestras pequeñas y diferentes instrumentos, por lo que los resultados informados son contradictorios y no concluyentes.

Referencias bibliográficas

1. MacFarlane I, Bliss M, Jackson JGL, Williams G. The history of diabetes. In: Pickup J, Williams G (eds.). *Textbook of Diabetes*. 2nd ed. Oxford, U.K.: Ed. Blackwell Science; 1997. pp. 1-19.
2. Charnay M, Henríquez E. Prevalencia del deseo sexual inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. *Ciencia Enferm* 2003; IX:55-64.
3. Cañones PJ, Aizpiri J, Barbado JA, Fernández A, Concalves F, Rodríguez JJ, et al. Disfunciones sexuales de origen no orgánico. *Med Genral* 2002; 49:916-922.

4. Más M, Báez D. Abordaje clínico de las disfunciones sexuales femeninas: perspectivas orgánicas. *Rev Int Androl* 2007; 5:92-1001.
5. Enzlin P, Mathieu C, Vanderschueren D, Demyttenaere K. Diabetes mellitus and female sexuality: A review of 25 years' research (Review). *Diabet Med* 1998; 15:809-815.
6. Pérez VT. Sexualidad humana: Una mirada desde el adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2008; 24(1) (versión electrónica).
7. Rosen L, Rosen RC. Fifty years of FSD research and concepts: From Kinsey to the present. In: Goldstein I, Meston C, Davis S, Traish A (eds.). *Women's Sexual Function and Dysfunction: Study, Diagnosis and Treatment*. New York: Ed. Taylor & Francis; 2006. pp. 3-10.
8. Althof SE, Rosen RC, DeRogatis L, Corty E, Quirk F, Symonds T. Outcome measurement in female sexual dysfunction clinical trials: Review and recommendations. *J Sex Marital Ther* 2005; 31:153-166.
9. Lozada F, Lezman Y, Arias F, Chapín AF, Contreras F, Celis S, Medina C, 10. Hernández A. Función sexual de las mujeres con diabetes mellitus tipo 2. Unidad de diabetes del hospital Vargas de Caracas. *Rev Fac Med* 2001; 24:140-144.
11. Vacaro Y, Rodríguez A. Trastornos del deseo sexual en mujeres con diabetes mellitus y lupus eritematoso sistémico. *Arch Venezolano Psiquiat* 2006; 52:39-45.
12. Bianco F, Aragón J. La sexología, una ciencia independiente. En: Bianco F (ed). *Sexología*. Caracas: Ed. CIPPSV; 1996. pp. 5-49.
13. McCary J, Mc Cary S. Sexualidad humana. En: Mc Cary J (ed.). *Sexualidad. Manual moderno*. México DF; 1996. pp. 175-190.
14. Master WH, Johnson V. Respuesta sexual humana. En: Master J (ed.). *Respuesta sexual*. Ed. W. H. Master y V. E. Johnson. Buenos Aires: Ed. Intermédica; 1981. pp. 61-68.
15. Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FALSSES). *Manual diagnóstico de las enfermedades en sexología*. Caracas: Ed. CIPV; 1993. pp. 11-12.
16. Berman JR, Berman LA, Werbin TJ, et al. Female sexual dysfunction: anatomy, physiology, evaluation and treatment options. *Curr Opin Urol* 1999;9:563-568.
17. Erol B, Tefekli A, Sanli O, et al. Does sexual dysfunction correlate with deterioration of somatic sensory system in diabetic women? *Int J Impot Res* 2003; 15:198-202.

18. Ozcan N, Sahin N. Salud reproductiva y diabetes: la necesidad de atención y educación durante la preconcepción. *Diabet Voice* 2009; 54:21-24.
19. Salonia A, Lanzi R, Scavini M, Pontillo M, Gatti E, Petrella G, Licata G, Nappi RE, Bosi E, Briganti A, Rigatti P, Montorsi F. Sexual function and endocrine profile in fertile women with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2006; 29:312-316.
20. Silink M. Razones especiales para un protagonismo especial. *Diabet Voice* 2009; 54:2.
21. Shea L, Owens-Gary M. Diabetes y depresión en mujeres mayores: doble riesgo, doble carga. *Diabet Voice* 2009; 54:8-11.
22. Brown AF, Mangione CM, Saliba D, et al. California Healthcare Foundation/ American Geriatric Society Panel on Improving Care for Elders with Diabetes Guidelines for improving the care for the elder persons with diabetes mellitus. *J Diabetes Complications* 2005; 19:113-122.
23. Agramonte A, Navarro D, Domínguez E. Menopausia, diabetes mellitus y depresión: su influencia en la respuesta sexual. *Rev Iberoamer Menopausia* 2003; 5:3-8.
24. Finkelstein EA, Broy JW, Chen H, et al. Prevalence and costs of major depression among elderly claimants with diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26:415-420.
25. Licea ME, Alfonso VM, Monteagudo G, Gómez M. Características de la postmenopausia en mujeres con diabetes tipo 1. *Rev Cubana Endocrinol* 2007; 18(2) (versión on-line).
26. Castelo-Branco C, Blumel JE, Araya H, Riquelme R, Castro G, Haya J, Gramagna G. Prevalence of sexual dysfunction in a cohort of middle-aged women: Influences of menopause and hormone replacement therapy. *J Obstet Gynecol* 2003; 23:426-429.
27. Genazzani AR, Nicolucci A, Campagnoli C, Crosignani P, Nappi C, Serra GB, et al. Assessment of the QoL in Italian menopausal women: Comparison between HRT users and non-users. *Maturitas* 2002; 42:267-280.
28. Newman A, Bertelson A. Sexual dysfunction in diabetic women. *J Behav Med* 1986; 9:261-270.
29. Jensen S. Diabetic sexual dysfunction: A comparative study of 160 insulin treated diabetic men and women and an age matched control group. *Arch Sex Behav* 1981; 10:493-504.
30. Tyrer G, Steel J, Ewing D, Bancroft J, Warner P, Clarke B. Sexual responsiveness in diabetic women. *Diabetologia* 1983; 24:166-171.

31. Lauman E, Paik B, Rosen R. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence, predictors and outcomes. *JAMA* 1999; 281:537-544.
32. Fedele D, Bortolotti A, Coscelli C, Santeusano F, Chatenoud L, Colli E, Lavezzari M, Landoni M, Parazzini F, on behalf of Gruppo Italiano Studio Deficit Eretil nei Diabetici. Erectile dysfunction in type 1 and type 2 diabetics in Italy. *Int J Epidemiol* 2000; 29:524-531.
33. Castelo L, Licea ME. Disfunción sexual erétil y diabetes mellitus: Aspectos etiopatogénicos. *Rev Cubana Endocrinol* 2003; 14(2). Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol14_2_03/end07203.htm (formato electrónico).
34. Licea ME. Salud reproductiva y diabetes: Nefropatía diabética y su efecto sobre el embarazo. *Rev Cubana Endocrinol* 2000; 11:121-134.
35. Portilla L, Romero MI. El paciente diabético: Aspectos psicológicos de su manejo. En: Licea ME. Tratamiento de la diabetes mellitus. 2a. ed. Brasilia: Ed. IDEAL; 2005. pp. 165-167.
36. Rosen L, Rosen RC. Fifty years of FSD research and concepts: From Kinsey to the present. In: Goldstein I, Meston C, Davis S, Traish A (eds.). *Women's Sexual Function and Dysfunction: Study, Diagnosis and Treatment*. New York: Ed. Taylor & Francis; 2006. pp. 3-10.
37. Enzlin P, Mathieu C, Van den Bruel A, Bosteels J, Vanderschueren D, Demyttenaere K. Sexual dysfunctions in women with type 1 diabetes mellitus: A controlled study. *Diabetes Care* 2002; 25:672-667.
38. Enzlin P, Mathieu C, Demyttenaere K. Diabetes and female sexual functioning: A state-of-art. *Diabet Spectrum* 2003; 16:256-261.
39. Shifren JL. The role of androgens in female sexual dysfunction. *Mayo Clin Proc* 2004; 79(Suppl. 4):S19-S24.
40. Widom B, Diamond MP, Simonson DC. Alterations in glucose metabolism during menstrual cycle in women with IDDM. *Diabetes Care* 1992; 15:213-220.
41. Berman JR, Adhikari SP, Goldstein I. Anatomía y fisiología de la función sexual femenina y su disfunción. *Eur Urol* 2001; 7:225-234.
42. Reporters and participation of Latin American Erectile Dysfunction Consensus Meeting. Female sexual dysfunction. *Intern J Impotence Res* 2003; 15(Suppl. 7):S22-S26.
43. Romero JC, Licea ME. Disfunción sexual erétil en la diabetes mellitus. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol14-2-03/end/end03598.htm>.

44. Licea ME, Santiago MT, Padrón RS, Nodarse A, López C, García CT. Impotencia y diabetes mellitus. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol11-2-02/end/end07200.htm>.
45. Javanovic L. Estar de humor: el sexo y la mujer con diabetes. *Diabet Voice* 2002; 47:34-36.
46. Javanovic L. Sex and the diabetic women: desire versus dysfunction. *Diabet Rev* 1998; 6:65-72.
47. Reinisch J, Beasley R. El nuevo Informe Kinsey. Sobre el sexo. En: Reinisch J (ed.). Informe Kinsey. México DF: Ed. Paidós; 1992. pp. 4-16.
48. Slob A, Koster J, Arder J, Van der Werfften Bosch JJ. Sexuality and functioning in women with diabetes mellitus. *J Sex Marital Ther* 1990; 16: 54-59.
49. Lemote P. Assessing psychosexual concerns in adults with diabetes: Pilot project using Roy's Modes of Adaptation. *Issues Ment Health Nurse* 1995; 2:4-16.
50. Schreiner-Engel P, Schiavi RC, Vietorisz D, Smith H. The differential impact of diabetes type on female sexuality. *J Psychosom Res* 1987; 31:23-33.
51. Arshag D, Mooradian MD, Greiff V. Sexuality in older women. *Arch Intern Med* 1990; 150:1033-1038.
52. Reporters and participation of Latin American Erectile Dysfunction Consensus Meeting. Female sexual dysfunction. *Intern J Impotence Res* 2003; 15(Suppl. 7):S22-S26.
53. Maciquez JE, García L, Santana F, Licea ME. Evaluación de la retinopatía proliferativa después del tratamiento con láser. *Rev Cubana Endocrinol* 2007; 18(3) (versión electrónica).
54. Licea ME, Maciquez JE, Cruz J. Factores de riesgo asociados con aparición de retinopatía diabética. *Rev Cubana Endocrinol* 2007; 18(3) (versión electrónica).
55. Licea ME, Sing O, Gárciga F. Asociación de la microalbuminuria con la disfunción ventricular izquierda en personas normotensas con diabetes mellitus tipo 1. *Rev Cubana Endocrinol* 2009; 20(1) (versión electrónica).
56. Licea ME, Nina VR, Domínguez E. Nefropatía diabética incipiente en diabéticos tipo 1 atendidos en el Centro de Atención al Diabético. *Rev Cubana Endocrinol* 2006; 17 (versión electrónica).
57. Licea ME, Singh O, Smith A, Martínez R. Frecuencia, características clínicas y resultados terapéuticos de la hipertensión arterial en diabéticos tipo 2 de un

- área de salud de Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Endocrinol* 2002; 13:144-156.
58. Licea ME, Figueredo E, Perich PA, Cabrera-Rode E. Frecuencia y características clínicas de la nefropatía incipiente en un grupo de personas con diabetes mellitus tipo 2 de debut reciente. *Rev Cubana Endocrinol* 2002;13:43-52.
59. Kolodny RC. Sexual dysfunction in diabetic females. *Diabetes* 1971;20:557-559.
60. Zrustova M, Rostlapid J, Kabshelova A. Sexual disorders in diabetic women. *Ches Gynecol* 1978; 43:277-280.
61. Jensen SB. Diabetic sexual dysfunction: A comparative study of 160 insulin-treated diabetic men and women and an age-matched control group. *Arch Sex Behav* 1981; 10:493-504.
62. Winczer JP, Albert A, Bansal S. Sexual arousal in diabetes female: Physiological and self-report measures. *Arch Sexual Behav* 1993; 22:587-561.
63. Meeking, Fosbury, Cummings, Alexander, Shaw, Russell-Jones. Sexual dysfunction and sexual health concerns in women with diabetes. *Sexual Dysfunction* 1998; 1:83-187.
64. Sreebny LM, Yu A, Green A, et al. Xerostomia in diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1992; 15:900-904.
65. Yilmaz U, et al. Clitoral electromyography. *J Urol* 2002; 167:616-620.
66. Bechara A, et al. Female sexual prevalence in Argentina. In: Abstracts from New Perspectives in the Management of Female Sexual Dysfunction. Boston; 2000. Disponible en: <http://www.isswsh.org>.
67. Enzlin P, Rosen R, Wiegel M, Brown J, Wessells H, Gatcomb P, Rutledge B, Chan K-L, Cleary PA, the DCCT/EDIC Research Group. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes. Long-term findings from the DCCT/EDIC study cohort. *Diabetes Care* 2009; 32:780-785.
68. Dhatarariya KK. Comments and responses. Sexual dysfunction in women with type 1 diabetes: Long-term findings from the DCCT/EDIC Study Cohort. Response to Enzlin et al. *Diabetes Care* 2010; 33:e19.
69. Nazareth I, Boynton P, King M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: Cross sectional study. *BMJ* 2003; 327:423-428.
70. Riley A, Riley E. Controlled studies on women presenting with sexual drive disorder: I. Endocrine status. *J Sex Marital Ther* 2000; 26:269-283.

71. Seyedeh F, Seyed T. Evaluation of sexual function in women with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes and Vascular Disease Research* 2009;6:38. Disponible en: <http://dvr.sagepub.com/content/6/1/38>. On-line Version DOI: 10.3132/dvdr.2009.07.
72. Erol B, Tefekli A, Sanli O, Ziylan O, Armagan A, Kendirci M, Eryasar D, Kadioglu A. Does sexual dysfunction correlate with deterioration of somatic sensory system in diabetic women? *Int J Impot Res* 2003; 15:198-202.
73. Duby JJ, Campbell RK, Setter SM, White JR, Rasmussen KA. Diabetic neuropathy: An intensive review. *Am J Health Syst Pharm* 2004; 61:160-173.
74. Licea ME. Educación diabetológica. En: Licea ME (ed.). Tratamiento de la diabetes mellitus. 2a. ed. Brasilia: Ed. IDEAL; 1995. pp. 22-26.
75. Licea ME. Autocontrol de la diabetes. En: Licea ME (ed.). Tratamiento de la diabetes mellitus. 2a. ed. Brasilia: Ed. IDEAL; 1995. pp. 77-85.
76. Sharpless JL. Problemas de salud específicos de las mujeres en la diabetes mellitus. In: Kahn CR, Weir GC, King GL, Jacobson AM, Moses AC, Smith RJ (eds.). *Joslin's Diabetes Mellitus*. 14a. ed. Boston: Ed. Lippincott, Williams & Wilkins; 2005. pp. 245-763.
77. Campbell, LV, Redelman MJ, Borkman M, et al. Factors in sexual dysfunction in diabetic female volunteer subjects. *Med J Aust* 1989; 151:550-552.
78. Licea ME. Neuropatía diabética. En: Licea ME (ed.). Tratamiento de la diabetes mellitus. 2a. ed. Brasilia: Ed. IDEAL; 1995. pp. 145-149.
79. Rosen RC, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston CM, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R Jr. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000; 26:191-208.
80. Derogatis LR, Rosen R, Leiblum S, Burnett A, Heiman J. The Female Sexual Distress Scale (FSDS): Initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *J Sex Marital Ther* 2002; 28: 317-330.
81. Richter P, Werner J, Heerlein A, Kraus A, Sauer H. On the validity of the Beck Depression Inventory: A review. *Psychopathology* 1998; 31:160-168.
82. Hernández Z. Las disfunciones sexuales femeninas. 48o. Congreso Nacional de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina y Medicina Física (SEMRF); 18 de junio del 2009; Las Palmas de Gran Canaria, España.

83. Cañones PJ, Aaizpiri J, Barbado JA, Fernández A, Gonçalves F, Rodríguez JJ, *et al.* Grupo de Habilidades en Salud Mental de la SEMG. Disfunciones sexuales de origen no orgánico. *Med General* 2002; 49:916-922.
84. Otero A, Ballús C. Trastornos psicosexuales. En: Rozman C y otros (eds.). Farreras-Rozman: Medicina interna. 13a. ed. Madrid: Ed. Harcourt Brace;1995. pp. 1588-1589.
85. Sarfati Y. Trastornos sexuales y psiquiatría. En: Praxis médica: Clínica y terapéutica. Vol. VII, cap 7.981. Madrid: Ed. Praxis Médica, SA; 2000.
86. Anderson B, Mattson LA, Hahn L, Marin P, Holm G, Bengtsson BA, Bjorntorp P. Estrogen replacement therapy decrease hyperandrogenicity and improve glucose homeostasis and plasma lipids in postmenopausal women with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *J Clin Endocrinol Metab* 1997; 82:38-43.
87. Robertson M. Disfunción sexual en personas con diabetes. *Diabet Voice* 2006; 51:22-25.
88. Masa M, Báez D. Abordaje clínico de las disfunciones sexuales femeninas: perspectiva orgánica. *Rev Int Androl* 2007; 5:92-101.
89. Rosen RC, *et al.* Oral phentolamine and female sexual arousal disorder: A pilot study. *J Sex Marital Ther* 1999; 25:137-144.
90. Tarcan T, *et al.* Systemic administration of apomorphine improves the hemodynamic mechanism of clitoral and vaginal engorgement in the rabbit. *Int J Impot Res* 2000;12: 235-239.
91. Rubio E, *et al.* Alpha blockade and vaginal blood flow response in postmenopausal women with female sexual arousal disorder. Abstracts New Perspectives in the Management of Female Sexual Dysfunction. Boston; 2000. Disponible en: [http:// www.isswsh.org](http://www.isswsh.org).
92. Islam A, Mitchel J, Rosen R, Phillips N, Ayers C, Ferguson D A, *et al.* Topical alprostadil in the treatment of female sexual arousal disorder: A pilot study. *J Sex Marital Ther* 2001; 27:531-540.
93. Seagraves RT, *et al.* Bupropion-sustained release (SR) forth treatment of hypoactive sexual desire disorder (HSDD) in nondepressed women. *J Sex Marital Ther* 2001; 27:303-316.
94. Modell JG, May RS, Katholi R. Effect of Burpotion-sf on orgasmic dysfunction in nondepressed subjects: A pilot study. *J Sex Marital Ther* 2000; 26:231-240.
95. Gitlin M, *et al.* Bupropion-sustained release as a treatment for SSR-I induced sexual side effects. *J Sex Marital Ther* 2002; 28:131-138.

96. Kaplan SA, Reis RB, Kohn IJ, *et al.* Safety and efficacy of sildenafil on postmenopausal women with sexual dysfunction. *Urology* 1999;53:481-486.
97. Caruso S, Intelisano G, Lupo I, *et al.* Premenopausal women affected by sexual arousal disorder treated with sildenafil: A double-blind, cross-over, placebo-controlled study. *Br J Obstet Gynecol* 2001; 108:623-628.
98. Caruso S. Who are affected by sexual arousal disorder: A double-blind, crossover, placebo-controlled pilot study. *Fertil Steril* 2006; 85:1496-501.
99. Sipski ML, Rosen RC, Alexander CJ, Hamer RM. Sildenafil effects on sexual and cardiovascular responses in women with spinal cord injury. *Urology* 2000; 55:812-815.
100. Berman JR, Berman LA, Lin H, Flaherty E, Lahey N, Goldstein I, *et al.* Effect of sildenafil on subjective and physiologic parameters of the female sexual response in women with sexual arousal disorder. *J Sex Marital Ther* 2001;27:411-420.
101. Laan E, Van Lunsen RHW, Everaerd W, Riley A, Scott L, Boolell M. The enhancement of vaginal vasocongestion by sildenafil in healthy premenopausal women. *J Women's Health Gen Based Med* 2002; 11:357-366.
102. Basson R, Brotto LA. Sexual psychophysiology and effects of sildenafil citrate in oestrogenised women with acquired genital arousal disorder and impaired orgasm: A randomised controlled trial. *BJOG* 2003; 110:1014-1024.
103. Berman JR, Berman LA, Toler SM, Gill J, Haughie S, and the Sildenafil Study Group. Safety and efficacy of sildenafil citrate for the treatment of female sexual arousal disorder: A double-blind, placebo-controlled study. *J Urol* 2003; 170:2333-2338.
104. Caruso S, Agnello C, Intelisano G, Farina M, Di Mari L, Cianci A. Placebo-controlled study on efficacy and safety of daily apomorphine SL intake in premenopausal women affected by hypoactive sexual desire disorder and sexual arousal disorder. *Urology* 2004; 63:955-959.
105. Bechara A, Bertolino MV, Casabe A, Fredotovitch N. A double-blind randomized placebo control study comparing the objective and subjective changes in female sexual response using sublingual apomorphine. *J Sex Med* 2004; 1:209-214.
106. Palacios S, Menéndez C, Jurado R, Castaño JC, Vargas JC. Changes in sex behaviour after menopause: Effects of tibolone. *Maturitas* 1995; 22: 155-161.

107. Nathorst-Boos J, Hammar M. Effect on sexual life—A comparison between tibolone and a continuous estradiol-norethisterone acetate regimen. *Maturitas* 1997; 26:15-20.
108. Hammar M, Christau J, Rud T, Garre K. A double-blind, randomized trial comparing the effects of tibolone and continuous combined hormone replacement therapy in postmenopausal women with menopausal symptoms. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105:904-911.
109. Laan E, Van Lunsen RH, Everaerd W. The effects of tibolone on vaginal blood flow, sexual desire and arousability in postmenopausal women. *Climacteric* 2001; 4:28-41.
110. Castelo-Branco C, Vicente J, Figueras F, Sanjuan A, Martinez de Osaba MJ, Casals E, *et al.* Comparative effects of estrogens plus androgens and tibolone on bone, lipid pattern and sexuality in postmenopausal women. *Maturitas* 2000; 34:161-168.
111. Liu JH. Therapeutic effects of progestins, androgens, and tibolone for menopausal symptoms. *Am J Med* 2005; 118:S88-S92.
112. Diamond LE, Earle DC, Heiman JR, Rosen RC, Perelman MA, Harning R. An effect on the subjective sexual response in premenopausal women with sexual arousal disorder by bremelanotide (PT-141), a melanocortin receptor agonist. *J Sex Med* 2006; 3:628-638.
113. Bechara A, Bertolino MV, Casabe A, Munarriz R, Goldstein I, Morin A, *et al.* Duplex Doppler ultrasound assessment of clitoral hemodynamics after topical administration of alprostadil in women with arousal and orgasmic disorders. *J Sex Marital Ther* 2003; 29(Suppl. 1):1-10.
114. Becher EF, Bechara A, Casabe A. Clitoral hemodynamic changes after a topical application of alprostadil. *J Sex Marital Ther* 2001; 27:405-410.
115. Heiman JR, Gittelman M, Costabile R, Guay A, Friedman A, Heard-Davison A. Topical alprostadil (PGE1) for the treatment of female sexual arousal disorder: In-clinic evaluation of safety and efficacy. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2006; 27:31-41.
116. Padma-Nathan H, Brown C, Fendl J, Salem S, Yeager J, Harning R. Efficacy and safety of topical alprostadil cream for the treatment of female sexual arousal disorder (FSAD): A double-blind, multicenter, randomized, and placebo-controlled clinical trial. *J Sex Marital Ther* 2003; 29:329-344.

117. Pauls R, Berman L, Berman J. A non-pharmacological method to enhance vaginal blood flow in patients with sexual arousal disorder. *Female Sexual Function Forum* 2001. Disponible en: <http://www.isswsh.org>.
118. Gibb D, Hockney S, Brown L, *et al*. Vaginal symptoms and insulindependent diabetes mellitus. *N Z Med J* 1995; 108:252-253.
119. Sabel JD. Epidemiology and pathogenesis of recurrent vulvovaginal candidiasis. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152:924-935.
120. Kroenke K, *et al*. Similar effectiveness of paxetine, fluoxetine, and sertraline in primary care: A randomized trial. *JAMA* 2001; 286:2947-2955.
121. Zemel P. Sexual dysfunction in patients with hypertension. *Am J Cardiol* 1988; 1:27H-33H.

CÁNCER CERVICOUTERINO

Miguel Sarduy Nápoles

Introducción

El cáncer cervicouterino (CCU) constituye un problema importante de salud entre las mujeres del mundo en vías de desarrollo, especialmente en la América Latina y el Caribe cuya tasa estandarizada de incidencia es de 23,5 por 100 000 mujeres al año.

Cada año se producen en el mundo alrededor de medio millón de casos nuevos de CCU y, según datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud, esta localización constituye la segunda causa de mortalidad femenina por cáncer a nivel mundial, ocasionando alrededor de 275 000 muertes al año, de las cuales 80 % se produce en los países en vías de desarrollo, donde se notifica como la principal causa de muerte por cáncer. Diariamente mueren 633 mujeres en el mundo por este cáncer, y de ellas 506 son de la región de América Latina.

Al igual que otras enfermedades crónicas, las tasas de incidencia y mortalidad del CCU aumentan con la edad y varían considerablemente de una región a otra del mundo, con diferencias que pueden alcanzar hasta veinte veces entre las reportadas como las más elevadas y las más bajas, incluso en una misma población, según los factores socioeconómicos y epidemiológicos presentes.

Cuba cuenta desde 1968 con el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cervicouterino y sus mejores resultados fueron obtenidos en los primeros doce años de su implantación. Sin embargo, a partir del año 1980, la situación fue cambiando. En 2004, la tasa de mortalidad había crecido 2,3 veces con respecto a la de 1970, y en el año 2005 la tasa fue casi el doble de la de 1980.

El CCU ocupa la cuarta causa de incidencia y mortalidad en la mujer cubana. En 2010 se reportaron en Cuba 1 263 casos nuevos y 430 muertes por CCU; 56 % de las fallecidas tenían en el momento de su muerte entre veinte y cincuenta y nueve años de edad. En los años transcurridos del actual siglo XXI, como promedio mueren en Cuba más de 400 mujeres por esta causa. Estamos, pues, ante un importante problema de salud.

Lamentablemente, aunque esta enfermedad puede evitarse en gran medida, los esfuerzos colectivos para prevenirla no han logrado disminuir su incidencia en la región de las Américas.

Para que se comprenda mejor, haré algunas precisiones acerca del desarrollo del CCU.

La infección genital por el virus del papiloma humano (VPH) es un factor importante en la oncogénesis; se transmite fundamentalmente por contacto sexual, de ahí que hoy se considera por muchos investigadores que el CCU puede catalogarse como *una enfermedad de transmisión sexual*.

Existen más de doscientos genotipos de VPH y de ellos más de treinta son de alto riesgo para desarrollar el cáncer. Los más comunes y responsables del 80 % de los cánceres de cuello uterino son los subtipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 y 58. Los dos primeros son los que se encuentran con más frecuencia.

La prevalencia mundial de los virus del papiloma de alto riesgo presentes en los casos con CCU alcanza el 99,7 %, demostrado por pruebas de alta sensibilidad, como la hibridación molecular.

Ahora bien, ¿la presencia del virus es causa suficiente para el desarrollo acelerado del cáncer? Indiscutiblemente que la respuesta es no.

La presencia viral puede ser neutralizada por las defensas inmunológicas del organismo, que es lo que ocurre más frecuentemente, o la

acción del virus en presencia de otros múltiples factores de riesgo, provoca cambios celulares que preceden con muchos años al cáncer. Es concluyente y muy importante señalar que la presencia o infección viral en el aparato genital no es por sí sola la causa para el desarrollo de este tumor o de los cambios celulares en el epitelio del cérvix que le anteceden.

El intervalo medio para que las lesiones precursoras progresen a cáncer invasor, oscila entre diez y veinte años.

Dentro de esos factores de riesgo están la iniciación precoz de la relaciones sexuales, las infecciones de transmisión sexual, la promiscuidad femenina o de su pareja, el hábito de fumar, el uso de preparados hormonales, la multiparidad, las deficiencias inmunológicas concomitantes y deficiencias nutricionales, entre otros.

La neoplasia intraepitelial cervical, conocida por las siglas NIC, es una lesión considerada como precursora del cáncer del cuello uterino que ha sido estudiada desde hace casi ocho décadas. Hoy se sabe que el ADN del VPH está presente en la mayoría de las lesiones intraepiteliales del tracto genital femenino inferior, y que la mayoría de los carcinomas en el cérvix se originan a partir de estas lesiones; solo un pequeño número no reconoce ese antecedente.

El cáncer cervicouterino

En sentido general, les expongo las diferentes etapas clínicas y sus posibilidades terapéuticas, consideradas por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia para poder relacionar sus efectos sobre el organismo de la mujer desde el punto de vista anatómico y otras posibles afectaciones.

Lesiones intraepiteliales. Generalmente se utilizan tratamientos conservadores.

En el CCU ya establecido pueden considerarse las siguientes etapas o estadios:

- etapa I(a) o microinfiltrante: tributaria de una histerectomía total (cuello y cuerpo uterinos);
- etapa I(b): indicación de una cirugía más radical, que incluye todos los órganos genitales internos y los ganglios de la región pélvica;
- etapa II: generalmente con la presencia de tumor y a partir de la cual no se utiliza el tratamiento quirúrgico, sino la radioterapia externa e interna (braquiterapia), asociada a los citostáticos;
- etapas III y IV: fases mucho más avanzadas de la enfermedad, en las que se emplean los tratamientos de la etapa anterior y se precisa de otros cuidados según los órganos afectados por la extensión tumoral.

En las lesiones precursoras y en todos los estadios del CCU puede producirse sangrado genital con la penetración del pene, en cuantía que va desde incómodas manchas hasta sangrados importantes en dependencia de lo avanzado o no de la enfermedad, lo que sin dudas, trae consigo una preocupación o sobresalto para ambos miembros de la pareja. El dolor al coito puede estar presente según la etapa del tumor.

Cáncer cervicouterino y sexualidad

Después de una indispensable introducción sobre el CCU y sus precursores vamos a analizar los factores que pueden afectar la función sexual en las pacientes con esta enfermedad.

El cáncer del cuello uterino es una enfermedad crónica que puede repercutir directa o indirectamente en la sexualidad, ya que el conocimiento del diagnóstico y la preocupación que de ello deriva pueden trastornar los reflejos normales de la respuesta sexual. En otras ocasiones, el factor generador de la disfunción procede del tratamiento de la

enfermedad, en el que se emplean intervenciones quirúrgicas amplias y/o radiaciones ionizantes asociadas a los citostáticos. Otras veces se relaciona con los síntomas generales de la enfermedad como debilidad, fatiga o dolor.

Factores relacionados con la cirugía

El efecto de la cirugía está influenciada por el medio sociocultural, la edad en que se lleva a cabo la cirugía y el tipo de cirugía. En general, la severidad de los efectos psicológicos se encuentra en relación inversa con la edad. El tipo de cirugía requerida y las secuelas de la misma tendrán un papel determinante en la funcionalidad psíquica y fisiológica de la paciente.

Cuando el estadio clínico requiere de una cirugía ampliada como la comentada anteriormente, la técnica quirúrgica conduce a la exéresis de un segmento de la vagina, lo que se traduce en un acortamiento en longitud de la misma, lo que, desde el punto de vista anatómico, puede ser una causa de dolor en el coito si no se orienta bien a la pareja sobre este particular. Ocasionalmente, después de la cirugía pueden formarse adherencias intraabdominales que pueden acentuar el dolor referido.

Factores relacionados con la radioterapia

La radioterapia que se aplica a las pacientes con cáncer del cuello uterino, es a través de la cubierta abdominal y por la vía vaginal, denominada braquiterapia.

Estas dos modalidades terapéuticas asociadas pueden producir efectos indeseables o secuelas por la acción de la radiación ionizante.

Las sensaciones de cansancio y decaimiento pueden estar presentes, así como síntomas digestivos que incluyen náuseas, diarreas y vómitos.

El ardor al orinar (cistitis), en la vagina (colpitis) y en el recto (proctitis) es común con estos tratamientos, al igual que en la piel (radiodermatitis), que muchas veces se irrita por el efecto radiante.

Como secuelas postratamiento podemos observar fibrosis, estenosis o estrechamiento vaginal que, en el caso que se haya realizado una cirugía previa, puede incrementarse, lo que sin dudas trae como consecuencia las dificultades orgánicas al coito (dispareunia).

La disminución de la lubricación producida por la menopausia artificial que se logra con la irradiación de las gónadas, es un elemento adicional que puede aumentar la dispareunia. Sobre este particular, se debe informar a la pareja para tomar las medidas tendentes a resolver esta situación.

La sexualidad no depende solamente de la ausencia de los efectos producidos por los estrógenos ováricos y de los cambios orgánicos en el aparato genital; es ineludible considerar los factores psicológicos y emocionales que influyen en esta.

La pérdida del vello pubiano es frecuente, lo que puede ser un elemento negativo para la imagen corporal y la autoestima.

Factores relacionados con el tratamiento con citostáticos

El empleo de diferentes citostáticos por vía parenteral complementa el tratamiento con las radiaciones ionizantes, lo que, desde luego, puede influir de forma negativa en el bienestar de la mujer por los malestares que pueden aparecer tras su uso. Los vómitos y las diarreas asociados al decaimiento son frecuentes durante los ciclos de tratamiento, produciéndose además la caída del cabello (alopecia), que puede afectar la imagen corporal temporalmente, pues la recuperación de este se produce a las pocas semanas.

El efecto de la menopausia artificial producida por el uso de las radiaciones y los citostáticos determina, al igual que en la cirugía con exéresis

de los ovarios, una amenorrea permanente y la disminución de la lubricación vaginal, lo que puede ser causa de dispareunia y dificultad para el orgasmo.

Otros factores que pueden afectar la función sexual en las pacientes con cáncer cervicouterino

Hemos considerado anteriormente los factores orgánicos que derivan de la enfermedad, de sus síntomas y del tratamiento; sin embargo, no menos importantes resultan otros elementos psicológicos, emocionales y de la relación de pareja, pues la función sexual está en estrecha relación con la salud emocional en general.

a) Factores psicológicos y emocionales

Estos dependen en gran medida de la personalidad de la mujer, así como de elementos culturales y sociales, en los que se incluyen la relación familiar y de pareja, que analizaremos más adelante.

La mujer con una personalidad estable asume su enfermedad y la sexualidad de una manera diferente que cuando existen rasgos de una baja autoestima o cambios de carácter frecuentes o crisis depresivas previas.

Deben tenerse en cuenta los sentimientos de la mujer sobre su sexualidad antes del cáncer al evaluar la misma después del diagnóstico y el tratamiento. No podemos esperar que una mujer que no disfruta de su sexualidad cotidiana, pueda hacerlo en esas condiciones.

El bajo nivel cultural y de información pueden influir negativamente al aceptar mitos, que son conceptos erróneos e irreales a la hora de interpretar la sexualidad.

Expresiones y pensamientos que pueden dirigir su conducta sexual, se esgrimen y hasta se argumentan en ocasiones:

- la actividad sexual puede estimular el crecimiento del tumor;
- tengo miedo de contagiar de cáncer a mi pareja;
- la culpa del cáncer es por «mi pasado sexual» o de su pareja por igual motivo.

Todo lo anterior influye negativamente en el disfrute de su sexualidad, pues con esos argumentos se pierden el deseo sexual y la capacidad orgásmica.

El diagnóstico de una enfermedad crónica como el CCU puede ocasionar crisis (período de transición) y estrés relacionados con la enfermedad, así como el empeoramiento, las complicaciones y las secuelas que pueden producir los tratamientos.

b) Depresión

La depresión en pacientes con enfermedades malignas probablemente se relacione con la pérdida del control sobre eventos de la vida, la interrupción de actividades habituales, los cambios en la cotidianidad del hogar y con la pareja, y los efectos adversos que marcan la imagen corporal por los medicamentos empleados y las radiaciones, adicionados al saber que se tiene un cáncer.

En los pacientes deprimidos, la respuesta sexual está inhibida y la fase de deseo es la más afectada; se observan falta absoluta de apetito sexual, y rechazo y angustia ante la posibilidad de llevar a cabo la relación sexual.

c) Ansiedad

La ansiedad que se produce en enfermas con CCU es sin duda un factor adicional en la disfunción sexual de las pacientes con una enfermedad maligna, pues les preocupa su funcionamiento futuro y si la actividad sexual les provocará dolor físico o algún daño.

d) Relación de pareja

No menos importante a la hora de valorar la sexualidad de la mujer con CCU es la relación establecida con su pareja que, de ser compacta y fuerte, puede ayudar a atenuar el estrés que produce la enfermedad. Ante esa relación estable y funcional, se espera una *adaptación* a los cambios que puedan producirse y, por tanto, un desempeño sexual de comprensión. Sin embargo, si existen alteraciones en la relación, el impacto al recibir el diagnóstico de cáncer y la terapia pueden exacerbar tensiones matrimoniales preexistentes.

El disfrute de la sexualidad y la calidad de la relación de pareja previos se corresponden con la función sexual postratamiento.

Lo más importante para el disfrute de la sexualidad es que tanto la mujer como su pareja conozcan los cambios que se pueden producir, logren adaptarse y tengan la asesoría profesional para manejarlos y recibir las orientaciones necesarias para mejorar su función sexual.

Conclusiones

1. El tratamiento quirúrgico, radiante o por citostáticos en las mujeres con CCU puede provocar cambios biológicos que dificulten el coito.
2. El comportamiento y la respuesta sexual pueden estar influenciados por cambios psicológicos y emocionales o por una disfunción en la relación de pareja.
3. El disfrute de la sexualidad no depende únicamente de la relación coital.

Bibliografía consultada

Cabezas Cruz E. Conducta a seguir ante la NIC. *Rev Cub Obstet Ginec* 1998 Sep-Dic; 24(3):156-160.

- Cecín Diep R, Ugarte F. Efectos de algunos fármacos e intervenciones quirúrgicas en la vida sexual. En *Antología de la sexualidad humana III*. México DF: CONAPO-FNUAP; 1994. pp. 623-655.
- International Agency for Research on Cancer. *Globocan 2000 Organización Panamericana de la Salud*. PAHT-OPS. 3a. ed. 2002.
- Lugones Botell M. La salud de la mujer en el climaterio y la menopausia. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 2006. pp. 6-8.
- Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2008. La Habana; 2008.
 —————. Anuario estadístico de salud 2009. La Habana; 2009.
 —————. Anuario estadístico de salud 2010. La Habana; 2010.
- Monsonego J. Prevention of cervical cancer: Screening, progress and perspectives. *Presse Med* 2007 Jan; 36(1 Pt 2):92-111.
- Palo G de, Chanen W, Dexeus S. Neoplasia intraepitelial cervical. En *Patología y tratamiento del tracto genital inferior*. Barcelona: Editorial Masson; 2001. pp. 62-89.
- Pérez M. Cáncer cervicouterino. En *Ginecología oncológica pelviana*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. pp. 79-144.
- Ríos MA, Hernández M, Aguilar FO, Silveira M, Amigó M, Aguilar K. Tipos de papilomavirus humanos más frecuentes en muestras cubanas de cáncer cervical. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2010 Abr-Jun; 36(2).
- Sarduy Nápoles M. Evaluación de tres métodos de tratamiento conservador en las NIC. Tesis doctoral. La Habana: CIMEQ; 2006.
 —————. Neoplasia intraepitelial cervical. Preámbulo del cáncer cervicouterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2008 May-Ago; 34(2).
- Sarduy Sánchez C. La sexualidad en la mujer de edad mediana. Realidades y retos. En *Artiles L, Navarro D, Manzano BR, compiladores. Climaterio y menopausia. Un enfoque desde lo social*. La Habana: Ed. Científico Técnica; 2007. pp. 119-131.
- Torres Rodríguez B. Hablemos de sexualidad. La Habana: Ed. Científico Técnica; 2006. pp. 150-153.
- Walboomers JM. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cancer worldwide. *J Pathol* 1999; 189:12-19.

OSTEOPOROSIS EN LA MUJER DE EDAD MEDIANA: ¿PROBLEMA DE SALUD EN CUBA?

Daysi A. Navarro Despaigne

En un país con un sistema de salud que llega a toda la población sin excepción, resulta difícil considerar que existan temas de salud «no visibilizados». La convocatoria realizada por la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES) por el Día de Acción por la Salud de las Mujeres me motivó a llamar la atención acerca de la osteoporosis, afección que en los países desarrollados se considera como una epidemia silente, por ser la enfermedad metabólica ósea más frecuente, aunque en nuestro medio son pocos los reportes relativos a esta afección. Desde hace varios años, como parte de la actividad de la Clínica de Climaterio y Osteoporosis (ClimOs) del Instituto Nacional de Endocrinología, se realizan investigaciones al respecto; además, se desarrollaron cursos de actualización y en 2008, con el Taller de Fisiología Ósea y Osteoporosis en el Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón, se iniciaron las actividades que permitieron que en abril de 2010 se presentara la «Guía nacional para el diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis», trabajo realizado en conjunto con la Sociedad Cubana de Reumatología y la de Obstetricia y Ginecología (1).

El artículo tiene como objetivos: actualizar aspectos generales sobre la osteoporosis; analizar cómo influyen en la mujer cubana de edad mediana los factores relacionados con la salud del hueso; y exponer brevemente nuestra experiencia relativa al diagnóstico y el tratamiento de la osteoporosis.

La mayor supervivencia femenina es un hecho de gran relevancia sociocultural, que tuvo su máxima expresión en el siglo xx, momento en el que la esperanza de vida de la mujer aumentó entre veinticinco y treinta

y cinco años. En 1990 había 467 millones de mujeres postmenopáusicas en el mundo; para el año 2020 se espera que la cifra aumente a 1 200 millones.

La osteoporosis es la enfermedad metabólica ósea más frecuente cuya principal importancia estriba en que su presencia conduce al aumento de la fragilidad del hueso y, como consecuencia, el incremento del riesgo de fractura. Por tanto, como se muestra en el gráfico siguiente, osteoporosis significa menor resistencia del hueso, que se relaciona con la calidad del hueso y la densidad o el contenido de calcio del hueso.

Paradigma de la Osteoporosis

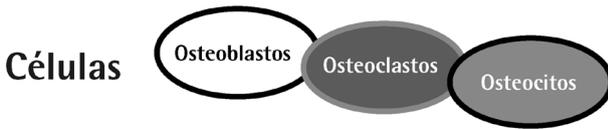


NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis.
JAMA. 2001; 285:785-95

El hueso, al igual que todo tejido vivo, está constituido por a) *células* formadoras de tejido óseo (osteoblastos), destructoras (osteoclastos) y otras con función no bien definida, llamadas osteocitos; b) minerales (*calcio* y *fósforo*): el primero es más que importante y, entre otras funciones, regula y mantiene la fuerza del hueso; y c) proteínas como

el colágeno, que constituye la matriz donde se insertan los cristales de minerales.

Composición del hueso



Minerales

Calcio, fósforo, cristales de hidroxapatita

MATRIZ PROTEICA

COLÁGENO TIPO 1

PROTEÍNAS NO COLÁGENA

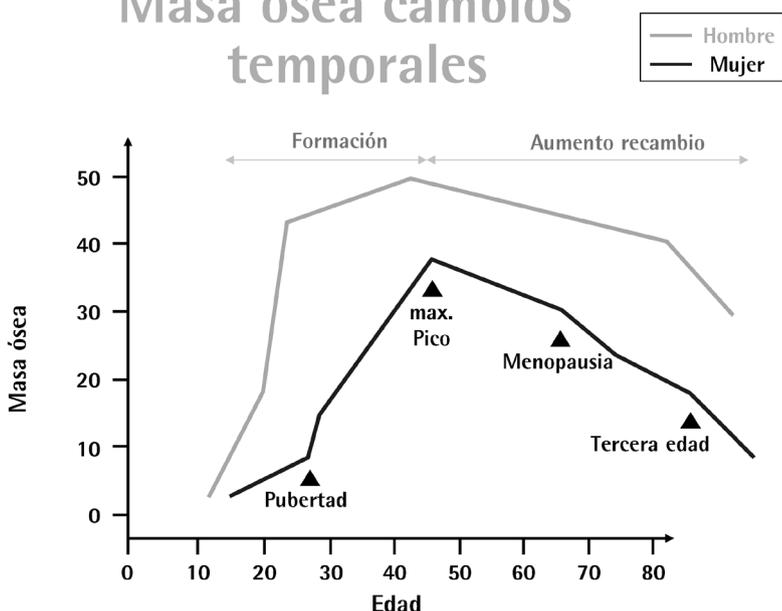
OSTEOCALCINA

OSTEONECTINA

¿Cuándo y cómo se incorpora el calcio a la matriz ósea? El modelado es el proceso mediante el cual el calcio se incorpora al hueso, se inicia en la etapa fetal y termina al finalizar la adolescencia (alrededor de los veinticinco años), de manera que el contenido de calcio del hueso del feto es aproximadamente 30 gramos y al final de la pubertad el mismo es de 1 200 gramos. A partir de ese momento no se incorpora más calcio al hueso, pues el mismo está en constante recambio (remodelado), lo que significa que nuevo calcio sustituye «viejas» moléculas de la matriz ósea. Durante este proceso no se recupera el total del calcio extraído, por lo que existe una pérdida mínima (0,5 % anual) pero continua del contenido mineral óseo, que no debe afectar la función del hueso a menos que el pico de masa ósea obtenido durante la pubertad sea «pequeño».

El hombre tiene una mayor masa ósea que la mujer y un recambio más lento; por tanto, posee una «mayor protección ósea». Durante el ciclo de vida de la mujer existe una etapa de rápida pérdida de calcio procedente del hueso (2,5 % anual), lo que ocurre durante los primeros cinco años de postmenopausia; esta pérdida necesaria podría originar un hueso frágil si no se formó un pico de masa óptimo o si se perdió mayor contenido mineral durante la vida reproductiva (2).

Masa ósea cambios temporales



Source : G. Birdwood (1996), Understanding Osteoporosis and its treatment, The Parthenon Publishing Group, ISBN 1-85070-409-0

Cuando se analiza el ciclo de vida de la mujer y su relación con el binomio salud-enfermedad, se aclara la relación que existe entre pubertad, inicio de la capacidad reproductiva y, por tanto, los problemas de salud inherentes a esta etapa de la vida, como las infecciones de transmisión sexual, la infertilidad y los problemas relacionados con el embarazo y el parto, que en nuestro país tienen una atención especial mediante

el llamado Programa de Atención Materno-Infantil. Sin embargo, en la medida que transcurren los años y la mujer arriba a la edad mediana (cuarenta años o más) y el interés en la reproducción disminuye, las acciones de salud son asumidas por el Programa General de Atención al Adulto, sin tomar en cuenta que es precisamente en esos momentos en que se inician los cambios neuroendocrinos y hormonales de la menopausia, incrementándose el riesgo para que se inicien afecciones crónicas, como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la osteoporosis, que disminuyen los años de vida saludable de la mujer (2).

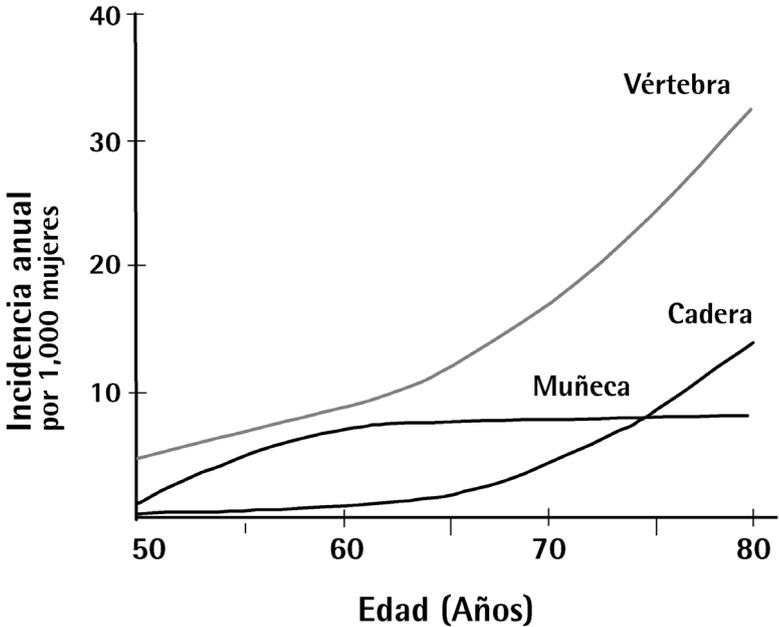
Según datos del *Anuario estadístico de salud* del Ministerio de Salud Pública (3), hoy día en nuestro país casi un millón de mujeres arriba a este periodo de la vida. Desde el punto de vista social, las mismas se desempeñan como esposas, madres, abuelas y trabajadoras que desarrollan un importante papel en la sociedad cubana actual, pues 47 % de las mismas tienen nivel educacional medio y superior; 37 % trabajan; 38 % son responsables del hogar; 95 % tienen pareja sexual; y muchas son dirigentes del sector político y/o social, entre otros (4).

Durante la etapa reproductiva, el papel o acción fundamental de los estrógenos, principal hormona sexual de la mujer, es disminuir el fenómeno de pérdida o reabsorción del hueso, al favorecer la muerte de los osteoclastos y aumentar factores que estimulan la actividad de los osteoblastos y, por tanto, promueven la formación de hueso (1, 2).

Osteoporosis significa fragilidad del hueso y, por consiguiente, susceptibilidad a fracturas. Según estadísticas de los Estados Unidos, anualmente se producen 1,5 millones de fracturas por año, de las cuales setecientos mil son de columna, y trescientos mil de colles (muñeca) o de cadera y otras, lo que significa un costo social de 17 billones de dólares (2).

¿Qué ocurre en nuestro medio?, ¿cuál es la incidencia de estas fracturas?, ¿cómo responden las mujeres cubanas al tratamiento para la prevención de la fractura por fragilidad?

Incidencia de Fracturas según sitio anatómico y edad mujeres > 50 Años



Wasnich RD: Primer on the Metabolic Bone Diseases and Disorders of Mineral Metabolism. 4th edition, 1999

Epidemiología de la osteoporosis en Cuba. No se dispone de datos al respecto, aunque según F. Tarragona, del Hospital Ortopédico Frank País, en informe presentado en el I Taller de Fisiología Ósea y Osteoporosis, en el Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón, al menos en La Habana se produce todos los días una fractura de cadera. Al respecto, debe consultarse también la tesis de G. Mayans y D. Navarro (5).

Se reconocen diferentes situaciones que constituyen factores de riesgo para desarrollar la osteoporosis, entre los que se encuentran: a) la raza

blanca o asiática; b) el sexo femenino; c) los antecedentes familiares de osteoporosis; d) déficit estrogénico asociado a la menarquía tardía y a la menopausia precoz; e) eventos relacionados con el estilo de vida, como el bajo peso, la escasa masa muscular, el sedentarismo, el ejercicio físico intenso, el consumo de alcohol, las dietas pobres en calcio; f) el consumo de ciertos medicamentos; g) la presencia de enfermedades endocrinas, del aparato digestivo y la insuficiencia renal (2).

Un análisis de los factores de riesgo antes mencionados aplicados a la población femenina cubana de edad mediana permite señalar que efectivamente la población en riesgo es importante desde el punto de vista epidemiológico, pues casi un millón de mujeres debe tener déficit estrogénico postmenopausia, cantidad que podría ser mayor si además se toma en cuenta aquellas mujeres con menopausia temprana espontánea o secundaria a gonadectomias postratamiento quirúrgico por enfermedad uterina benigna.

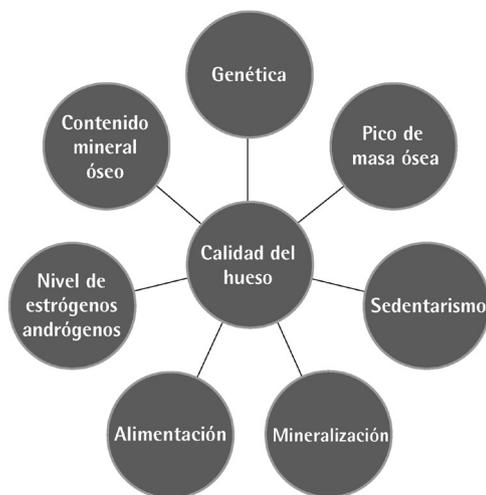
Factores de riesgo para la osteoporosis. a) La magnitud del pico de masa ósea alcanzado durante la pubertad no está establecido, aunque si tomamos en cuenta el consumo de lácteos es probable que el mismo podría no ser alto; b) 62 % de las mujeres atendidas en la ClimOs tienen osteoporosis; c) no existe una cultura para la protección del hueso, pues estudios realizados en población adulta cubana muestran que la misma desconoce aspectos básicos destinados a lograr una adecuada salud ósea (6).

Asimismo, la población femenina cubana tiene factores protectores para la salud ósea, como a) ser una población eminentemente mestiza; b) vivir en un país rico en sol, lo que favorece una adecuada formación de hormona vitamina D (y por tanto optimizar la utilización del calcio de la dieta); c) mantener un estilo de vida no sedentario.

¿Resulta posible identificar personas susceptibles de padecer fractura por fragilidad? Definitivamente sí. Se dispone de diferentes recursos diagnósticos, entre los que podemos citar el absorciómetro dual de

rayos (DXA): al comparar el contenido de calcio de un paciente con el pico de masa ósea de un grupo control similar en el color de la piel, permite identificar personas con huesos sin osteoporosis, personas con osteopenia y personas con un contenido mineral tan bajo que tienen riesgo de fractura ante un trauma mínimo.

Factores relacionados con la calidad del hueso



En Cuba, al igual que el resto del mundo (7-11), se dispone de estos equipos en prácticamente todo el país y de un variado arsenal terapéutico (bajo control) que incluye nutricosméticos como Kalsis o proteína de selenio, terapia de reemplazo hormonal y bisfosfonatos (12), eficaces para mejorar la calidad del hueso y, por tanto, disminuir las fracturas por fragilidad (10, 11).

En resumen, lo antes referido son elementos teóricos que permiten proponer que efectivamente, durante la edad mediana de la vida de la

mujer, existen condiciones biológicas que favorecen el desarrollo de una baja masa mineral ósea, lo que pudiera agravarse por un probable pobre pico de masa ósea alcanzado durante la adolescencia, así como por un estilo de vida no protector para el hueso. Durante la vida reproductiva, y aunque se cuenta con recursos diagnósticos necesarios, no se dispone de datos estadísticos confiables y necesarios para identificar esta entidad como problema o no de salud de la mujer (y del hombre, ¿por qué no?).

A partir de la edad mediana existen elementos que sugieren que la osteoporosis postmenopausia podría ser un problema de salud para la mujer de edad mediana cubana. Visualizarlo es nuestro reto.

Referencias bibliográficas

1. Sociedad Cubana de Endocrinología, Sociedad Cubana de Reumatología. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis. Memorias del VII Congreso Cubano de Endocrinología y III Congreso Cubano de Endocrinología Pediátrica Ciudad de La Habana: Palacio de Convenciones; abril 2010.
2. Navarro Despaigne D. Climaterio y osteoporosis En Climaterio y menopausia, un enfoque desde lo social. Ciudad Habana: Editorial Científico Técnica; 2008. pp. 313-326.
3. Alfonso JC. Características sociodemográficas y epidemiológicas de la mujer de edad mediana. En Climaterio y menopausia, un enfoque desde lo social. Ciudad Habana: Editorial Científico Técnica; 2008. pp. 21-37.
4. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud. La Habana; 2010. p. 15.
5. Mayans G, Navarro D. Factores comunes entre periodontitis y osteoporosis. Tesis para optar por el grado de especialista de primer grado en Periodoncia. Facultad de Estomatología Dr. Raúl González Sánchez, Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2004.
6. Céspedes Causelo I, Navarro D. Estilos de vida y salud ósea en mujeres de edad mediana de un consultorio médico. Policlínico Universitario Vedado,

2005-2006. Tesis para optar por el grado de especialista de primer grado en Medicina General Integral. Facultad Comandante Manuel Fajardo Rivero, Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2006.

7. González Macías J, Guañabens Gay N, Gómez Alonso C, Río Barquero L del, et al. Guías de práctica clínica en la osteoporosis posmenopáusica, glucocorticoidea. Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral. *Rev Clin Esp* 2008; 208(Supl 1):1-24.

8. Karjalainen JP, Riekkinen O, Töyräs J, Hakulinen M, et al. Multi-site bone ultrasound measurements in elderly women with and without previous hip fractures. *Osteoporos Int* 2012 Apr; 23(4):1287-1295.

9. Shen CL, Chyu MC, Yeh JK, Zhang Y, et al. Effect of green tea and Tai Chi on bone health in postmenopausal osteopenic women: A 6-month randomized placebo-controlled trial. *Osteoporos Int* 2012; 23:1541-1552.

10. Navarro D, Nicolau O. Terapia de reemplazo hormonal y calidad del hueso. *Rev Cubana Endocr* 2005; 16(2):30-38.

11. Navarro D, Triana M. Efectos del Kalsis como coadyuvante en el tratamiento de la baja masa ósea en mujeres de edad mediana. *Rev Colombiana de Menopausia* 2010; 16:8-16.

12. Mili T, Navarro D. Efecto de los bifosfonatos sobre el contenido mineral óseo. Experiencia en la ClimOs, 2005-2011. Libro de resúmenes del Congreso Panamericano de Endocrinología COPAEN 2012. La Habana: Palacio de Convenciones; 2012.

EXPLORACIÓN DE LA SEXUALIDAD EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE RIÑÓN

María Elena Rodríguez Lafuente, Maritza González Blanco, María Elena Alonso García, Laura Anabel de León Serra y Gretchen García de Armas

Introducción

La insuficiencia renal representa en los momentos actuales una de las enfermedades con mayor índice de prevalencia en todo el mundo, convirtiéndose así en un problema de salud. Según estadísticas, en los momentos actuales la tasa de incidencia de personas con dicha afección ha duplicado la cifra de hace una década, en la que el número se correspondía a 359 pacientes por un millón de habitantes. La Organización Mundial de la Salud la ha considerado como una epidemia, pues se estima que más de 500 millones de personas presentan insuficiencia renal crónica (1).

La insuficiencia renal crónica en Cuba tiene una prevalencia que coincide con los rangos internacionales. Existe una tasa de 0,92 personas afectadas por cada mil habitantes; la suma de pacientes con esta afección alcanza valores de hasta 40 000. Es considerada la séptima causa de muerte en el país, pero se vincula a las principales causas de mortalidad como son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial (2).

En la mayoría de estos pacientes la insuficiencia renal avanza a estadios progresivos de deterioro hasta culminar en una insuficiencia renal crónica, cuya única alternativa es recurrir a un tratamiento que sustituya la función que realizan los riñones.

El trasplante renal resulta hoy día uno de los métodos más efectivos; su sustento está en que resulta una técnica en la que es menor el riesgo

de morbi-mortalidad; resulta menor el costo y garantiza al paciente el mantenimiento de una calidad de vida en mejores condiciones. Gracias al desarrollo con que se cuenta hoy, el trasplante renal es la opción que brinda un tratamiento lo más cercano posible al funcionamiento renal del órgano dañado del paciente, teniéndose en cuenta que el trasplante constituye una opción de tratamiento y no una cura de la enfermedad (3).

Según datos recogidos en las estadísticas mundiales, el mayor número de trasplantes realizados en el mundo son representativos de potencias elitistas de primer orden como Canadá, los Estados Unidos, España, Reino Unido, Francia e Italia (4).

Estudios recientes han indicado que los avances que se han logrado en la actualidad demuestran que el trasplante de riñón es un procedimiento para alargar aún más la vida. Así el paciente vivirá entre diez y quince años más con un trasplante de riñón que permaneciendo en diálisis (4).

En Cuba se realizan trasplantes renales desde hace cuarenta y un años. El 24 de febrero de 1970, en el Instituto de Nefrología de la Ciudad de La Habana se realizó el primer trasplante de este tipo. Cuba se ha colocado a la vanguardia en cuanto al número de trasplantes renales con donantes cadáveres en nuestra región, lo cual ha sido posible gracias al Programa Nacional de Enfermedad Renal Crónica. Hasta la fecha se han realizado más de cuatro mil trasplantes de riñón, y los éxitos en esa materia se deben a la labor del equipo médico que interviene en este proceso (5, 6).

Con el incremento de la vida que brinda el trasplante hoy en día, desde hace algunas décadas ha comenzado a prestarse especial atención al conocimiento de los factores que modulan el proceso salud-enfermedad de esta afección.

A medida que la supervivencia de los pacientes ha aumentado, ha habido un interés por indagar qué factores influyen en la proporción de bienestar en la vida de estos sujetos, prestándose especial atención a elementos de orden psicosocial.

En este sentido la Psicología ha jugado un papel significativo, pues ha incursionado desde hace treinta años en el estudio y abordaje de los pacientes en cuanto se refiere a los factores de adaptación a la enfermedad, los procesos emocionales implicados en la aceptación de la enfermedad y la asunción del rol de enfermo, el apoyo emocional como factor esencial en el proceso de aceptación y afrontamiento de la enfermedad, y la reinserción social de estos pacientes.

La Psicología en la búsqueda de una atención integral en el paciente ha apostado por el trabajo interdisciplinario, cuyo principio no está en alargar la vida del paciente, sino en el mejoramiento de la calidad de vida con una integralidad de bienestar que incluya lo biológico, psicológico y social.

En la actualidad la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida en los pacientes persigue como principio el equilibrio armonioso de bienestar físico y psicológico.

En ocasiones se da por sentado que al recibir un trasplante se eliminan todos los problemas que eran característicos en otras etapas de la enfermedad. Por tanto, el trasplante no debe considerarse como una cura de la enfermedad; es el principio de un largo camino que exige mantener las medidas requeridas para lograr una integridad biopsicosocial en el paciente.

La literatura consultada refiere que vivir con un nuevo órgano constituye una situación que puede generar en ocasiones tensiones por las exigencias que ello implica. Por consiguiente, en estos sujetos pueden ocurrir disminución de necesidades y cambios en el sistema de motivos y en la expresión comportamental hacia lo social, el trabajo, la sexualidad y hacia las demás personas, que pueden manifestarse por la apatía, el desinterés, la ansiedad y la irritabilidad (7, 8).

Al hacerse realidad el tan esperado trasplante, el paciente comienza a experimentar cierta sensación de miedo por la posibilidad de riesgo, pero

es mucho mayor la satisfacción de recibir un trasplante al pensar que ello traerá consigo la liberación de la diálisis y el mejoramiento de la calidad de vida (7).

Para evitar tales complicaciones, el paciente debe realizar de forma permanente una serie de medidas, como ingerir los medicamentos inmunosupresores y conocer las características que exigen cada uno de estos en su forma de administración, mantener una vigilancia constante de posibles signos que sean indicios de infección o rechazo, así como cumplir con los requerimientos de una dieta sana que contribuya al fortalecimiento del sistema inmunológico.

Asimismo, los medicamentos que comienzan a ingerir, traen como consecuencia efectos secundarios, como aumento del apetito y de peso, problemas óseos y cambios en la imagen corporal.

Durante el post-trasplante se establece en los pacientes una ambivalencia que oscila entre el miedo y la esperanza, la dependencia y la independencia.

Expresión de lo antes mencionado son las dificultades en torno a la sexualidad, ya que pueden aparecer trastornos sexuales como resultado de los efectos secundarios que generan los medicamentos, y factores psicológicos en torno a la aparición de preocupaciones, como consecuencia de la evolución tórpida de la enfermedad de base (diabetes). Las afectaciones más frecuentes suelen ser el deseo sexual hipoactivo y el trastorno de la erección (9).

Ejemplo de ello es que los pacientes sienten temor a iniciar sus relaciones sexuales para evitar el daño del órgano o porque se sienten menos atractivos debido a los cambios físicos. En este sentido, por los prejuicios que existen en torno a la sexualidad, la mayoría de los pacientes una vez trasplantados sienten la necesidad de recibir información en este aspecto, pero solo recurren a pedir ayuda una vez que el conflicto se presenta.

Estas complicaciones propician en el paciente estados de ansiedad y/o estrés que transitan entre la explicación del problema y el miedo latente a una no reversibilidad, lo cual disminuye cuando reciben la atención especializada. Estos sujetos suelen culpar al trasplante, pero estas afectaciones pueden deberse a los cambios que, como ya se ha explicado con anterioridad, es posible que ocurra por los medicamentos o por la evolución tórpida de la enfermedad de base (10).

Otro elemento influyente en la sexualidad de estos pacientes y que también es generador de estados depresivos, son los cambios físicos que aparecen cuando el paciente lleva algún tiempo tomando los medicamentos inmunosupresores con una afectación en la imagen corporal que el individuo tiene de su cuerpo.

Los cambios que ocurren como parte de los medicamentos, suelen variar de persona a persona, y en algunas pueden ser más notables. Estos cambios físicos tienen repercusión psicológica y frecuentemente pueden presentar una mezcla de sentimientos, porque se sienten mejores por los cambios corporales, pero desconsolados por la agresión al cuerpo que traen consigo.

Así, pueden no considerarse atractivos para su pareja por causa del aumento de peso; en el caso de las mujeres, la aparición de vello afecta su imagen como también la cicatriz propia de la operación. Otro elemento es la aparición del llamado síndrome Cushing, en el que es característica la cara redonda, con abultamiento y estrías; otro de los cambios suele ser el enrojecimiento de la piel, así como procesos alérgicos (10,11).

En este sentido, por las consecuencias que pueden generar en la vida del sujeto las afectaciones en el área de la sexualidad, deben encaminarse acciones educativas que brinden información para ampliar su conocimiento, con el fin de lograr la aceptación armoniosa de su cuerpo, aumentar el grado de bienestar emocional y lograr un conocimiento saludable y realista del cuerpo, lo que es vital para la autoestima.

La sexualidad es parte esencial de la vida de cada persona y una realidad compleja en la que se interrelacionan lo biológico, lo psicológico y lo social; incluye desde la reproducción y el hecho de brindar placer erótico y espiritual, hasta el contexto social en el que se desarrolla el sujeto y la pareja.

La sexualidad es una categoría difícil de encerrar en un concepto. Muchos autores han intentado clasificarla desde concepciones más pragmáticas, reduciéndola a la función de la reproducción; otros, con una visión más constructivista e integradora, la perciben como una vía de obtener placer y de crecimiento humano. La Sexología es una ciencia multidisciplinaria, lo que, según la doctora Beatriz Torres, justamente es uno de los problemas fundamentales para el estudio de la sexualidad, pues el hecho de que su concepto sea una abstracción posibilita la multiplicidad de formas de ser conceptualizada (12).

La sexualidad ha sido conceptualizada, por algunos autores, como el conjunto de fenómenos emocionales y de conductas relacionados con el sexo, que marca de forma decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo. Comprende tanto el impulso sexual, dirigido al goce inmediato y a la reproducción, como los diferentes aspectos de la relación psicológica con el propio cuerpo –sentirse hombre, mujer o ambos a la vez– y de las expectativas de rol social (13).

Asimismo, Anamelis Monroy la percibe como el conjunto de características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos permiten comprender el mundo y vivirlo, por medio de nuestro ser, como hombres o como mujeres. Es una parte de nuestra personalidad e identidad y una de las necesidades humanas que se expresan con nuestro cuerpo; es un elemento básico de la femineidad o masculinidad, de la autoimagen y el autoconcepto del desarrollo personal. Estimula la necesidad de establecer relaciones personales con otros.

Es imposible comprender la sexualidad al margen de las relaciones interpersonales, pues esta matiza todas las esferas de la vida, «es fuente

permanente de goce erótico, sobrepasa las fronteras del fenómeno reproductivo y el ámbito de lo privado, se enriquece en los vínculos interpersonales, la intimidad compartida, los afectos y la ternura, potenciadora del florecimiento de una personalidad sana realizada, refluye como generosa corriente en la alegría de vivir y en la calidad de la propia vida de las personas de ambos sexos, la familia y la sociedad» (14).

Como fuerza social, la sexualidad ha sido considerada un factor determinante del comportamiento humano en general y de las interrelaciones entre los miembros de una sociedad en particular. Su ejercicio es una necesidad primordial con grandes repercusiones en la satisfacción personal y en las relaciones interpersonales afectivas. La aspiración de complementariedad y trascendencia motiva el acercamiento de las personas entre sí. Constituye una necesidad básicamente interpersonal, o sea, requiere de la relación de dos o más individuos; por tanto, se diferencia de otras necesidades humanas que, aunque pueden realizarse en común, no requieren indispensablemente de la presencia de otros para su satisfacción.

La sexualidad se expresa en el contenido de necesidades, valores, normas de conducta, formas de pensar, opiniones, actitudes, sentimientos y emociones, así como sus modos de expresión, constatándose aquí también una notable variabilidad interindividual. Vive y se manifiesta en la personalidad; se despliega en los marcos de su desarrollo; y en su curso los contenidos sexuales aislados se integran en la estructura del sistema y en su dinámica. Es un producto cultural que evoluciona con su vida y refleja la ideología predominante en un momento histórico-cultural concreto (14).

Los conocimientos, las capacidades y las experiencias se integran como componentes dinamizadores (motivaciones, necesidades, convicciones, valores y sentimientos relativos a la sexualidad en cada una de sus dimensiones) que los hacen capaces, partiendo de reflexiones conscientes, de lograr intencionalmente los proyectos de vida propuestos.

La sexualidad se construye y expresa en todas las dimensiones de existencia del sujeto: en la pareja, en la familia, en la sociedad y en lo individual. Constituye una vía de comunicación e interacción con otras personas, y de brindar y recibir amor, placer, satisfacción, felicidad. Cada persona construye de forma individualizada su identidad de género y su rol sexual, así como la orientación sexo-erótica asumida (15).

El paciente trasplantado tiene las mismas necesidades y motivos de cualquier otro ser humano; como parte de su personalidad se expresa su sexualidad, pero a veces se olvida esta sencilla verdad al tratar a un enfermo y obviamos esta esfera de su vida, que no por ser soslayada y menos mencionada en la comunicación con el profesional de salud, es menos importante para el sujeto y su pareja.

La sexualidad puede ser un tema recurrente en el pensamiento del paciente trasplantado renal, pero no siempre lo es en el de los profesionales que tienen a su cargo la rehabilitación de este tipo de paciente. Los pacientes generalmente se muestran temerosos de abordar esta temática con su médico de cabecera y muy pocas veces son orientados por este.

¿Cómo es posible que tanto el médico como el paciente se preocupen en la entrevista de egreso de cuándo puede comenzar a manejar su automóvil, a lavar la ropa y a trabajar, pero no se habla de cuándo puede comenzar a tener relaciones sexuales?

Para comprender los efectos del trasplante sobre la respuesta sexual, es indispensable reconocer que la persona que ha necesitado de este proceder queda con la idea de amenaza de muerte y preocupado por lo que será su vida, lo que por lo general desencadena una depresión acentuada. Asimismo, existe en el paciente una serie de mitos que por desgracia comparten muchos profesionales de la medicina: la vida sexual tendrá que cambiar o terminarse; durante el coito se presentarán dificultades para el desempeño físico; la excitación sexual y el ejercicio pueden provocar problemas; y, sobre todo, que ya tiene bastante con estar vivo.

Como resultado de la falta de comunicación en este tema, surgen diferentes tipos de reacciones en los pacientes:

- se abstienen de la actividad sexual porque nadie les ha orientado;
- se divorcian;
- duermen en camas separadas para evitar las tentaciones;
- se atreven a tener relaciones sexuales, pero en el momento del orgasmo se asustan, luego de lo cual comienzan a tener arritmias cardíacas o cifras elevadas de tensión;
- hacen el amor normalmente;
- tienen o mantienen disfunciones sexuales.

En la mayoría de los pacientes trasplantados surge la duda sobre qué modificaciones tendrá este evento sobre su vida y desempeño sexual. Las principales preocupaciones que se presentan en este sentido son:

- temor de que la actividad y la excitación sexual puedan producirle muerte súbita;
- miedo a que el médico le prohíba la actividad sexual;
- temor de que la enfermedad renal y el trasplante renal le provoquen impedimentos físicos para la actividad sexual;
- en el caso de los pacientes diabéticos, preocupación porque se empeoren las dificultades sexuales que presentaban previo al trasplante;
- preocupación porque disminuya su atractivo físico, producto de los cambios en la imagen corporal a causa de la cirugía y los medicamentos, y que por tanto se afecten sus relaciones de pareja.

Debido a la relevancia de la sexualidad para la calidad de vida de los pacientes trasplantados y a que es un tema poco abordado en la literatura científica, nos propusimos revisar los aspectos estudiados y explorar algunos elementos de la sexualidad y de las relaciones de pareja en pacientes trasplantados renales durante todo el proceso.

Objetivos

Explorar aspectos de la sexualidad, como parte de su calidad de vida y bienestar psicológico, de pacientes trasplantados de riñón que se atienden por el Grupo Multidisciplinario de Trasplante Renal del Hospital Hermanos Ameijeiras.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo, analítico, de corte transversal con un grupo de pacientes trasplantados renales del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras.

La muestra estuvo constituida por 49 pacientes trasplantados de riñón atendidos por el Grupo Multidisciplinario de Trasplante Renal del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras desde enero de 2010 hasta abril de 2011. Se trata de adultos de ambos sexos que consintieron en participar voluntariamente en la investigación.

Se realizó un análisis a partir de los resultados de tres investigaciones:

- variables de estudio: características sociodemográficas (edad, sexo, tiempo de trasplante);
- sexualidad;
- instrumentos: entrevista semiestructurada, cuestionario, SF-36, CAVIAR y Dinámica Grupal.

Análisis de los resultados

En la siguiente tabla se expresan las características sociodemográficas de los sujetos de nuestra muestra.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de la muestra			
Sexo	Masculino	28	57,14 %
	Femenino	21	42,86 %
Edad (años)	Mínimo	19 años	
	Máximo	72 años	
	Promedio	48 años	
Tiempo de trasplante	1 a 3 meses	8	16,33 %
	3 a 6 meses	7	14,29 %
	6 a 12 meses	5	10,20 %
	1 a 5 años	24	48,98 %
	Más de 5 años	5	10,20 %

Fuente: Entrevistas.

Con respecto a la edad, hubo una gran dispersión, aunque hay que señalar que 58,8 % de los casos tenían entre 40 y 59 años, con solo tres sujetos menores de 30 años. Esto destaca que son personas en etapas de florecimiento de su vida, incluida la sexualidad.

El grueso de los pacientes lleva más de un año con el órgano funcionando, llegando a haber sujetos con quince, dieciséis y veinte años viviendo con un trasplante renal; 55 % tienen más de dos años, lo que significa que deben estar en etapa de consolidación de su vida con un injerto, después de las complicaciones propias del primer año y de los problemas de adaptación propios del trasplante.

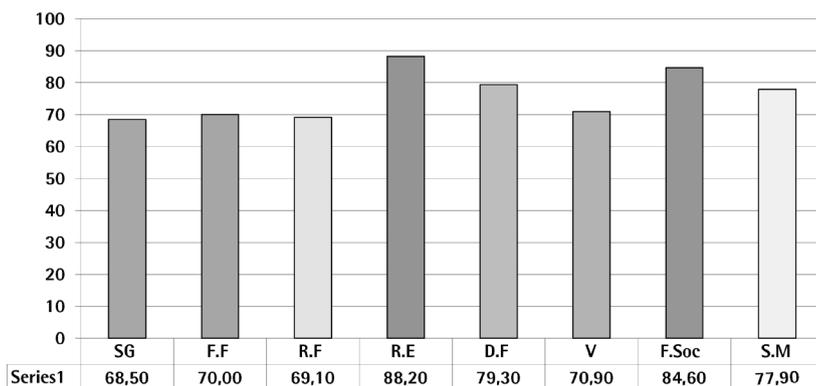
Al analizar la calidad de vida relacionada con la salud de los sujetos, se encontró que las escalas con puntuaciones más elevadas fueron fundamentalmente el rol emocional, la función social, el dolor físico y la salud mental, aunque todas están por encima de 69 %. Esto pone

de manifiesto cuán alta es la percepción de mejoría en estos pacientes después del trasplante.

Ello nos indica que su estado de salud actual, aunque les provoque algunas limitaciones, no posee problemas emocionales que afecten la realización de sus actividades de la vida cotidiana, así como su vida social habitual con la familia, los amigos,... No tienen dolor que afecte su trabajo habitual ni ansiedad o depresión; sienten bienestar y un alto grado de autocontrol.

En el gráfico 1 se puede observar, de manera general, que los pacientes que integran nuestra muestra perciben una buena calidad de vida relacionada con su salud, situación que se ratifica a partir de la declaración ofrecida por los propios pacientes sobre su estado actual de salud, comparada con la de un año atrás.

Gráfico 1. Calidad de vida relacionada con la salud



Fuente: SF - 36

Esto resulta alentador, pues ciertamente los pacientes se sienten mejor en cuanto a su estado de salud una vez que se someten al trasplante, por lo

que esta opción terapéutica mejora considerablemente la calidad de vida de los pacientes que la necesitan, desde la propia visión de quien la recibe.

En la literatura también se han reportado valores significativamente altos en las escalas del SF-36 de funcionamiento físico, funcionamiento social y percepción de salud general en pacientes trasplantados renales (16). Estudios muestran mayor calidad de vida en los pacientes trasplantados que en otros métodos (17, 18).

En relación con el bienestar psicológico de manera general se pudo constatar que las áreas laceradas en la vida de estos pacientes, a partir de su propia percepción es en primer lugar, con un nivel bajo de satisfacción, el área laboral. Se debe fundamentalmente a que estos pacientes, previo al trasplante, en su mayoría, son peritados por enfermedad y después tienen temor a reincorporarse a la actividad laboral por las posibles consecuencias. Otras investigaciones realizadas han obtenido iguales resultados en cuanto al área laboral de los pacientes trasplantados (19, 20).

La otra área afectada, con un nivel bajo de satisfacción, es la relacionada con la vida sexual y la relación de pareja de los pacientes de la muestra. En la investigación realizada por M. A. Pérez y sus colegas (19), en la que abordan los problemas psicológicos presentados por los pacientes trasplantados, nos exponen que diversas investigaciones reflejan que los trastornos sexuales suelen aparecer en 30 % de los trasplantados, y las causas pueden ser tanto físicas (la propia enfermedad, la medicación,...) como psicológicas: por ejemplo, algunos trasplantados evitan las relaciones sexuales por temor a dañar el órgano trasplantado o porque se sienten menos atractivos debido a los efectos de los medicamentos (crecimiento del vello) de los inmunosupresores.

En su investigación realizada con un grupo de pacientes trasplantados renales y otro con pacientes hemodializados, G. Borroto y sus colegas (21) encontraron que sus mayores preocupaciones se centran en el apoyo y las relaciones familiares; les siguieron en importancia la esfera sexual y la reincorporación laboral.

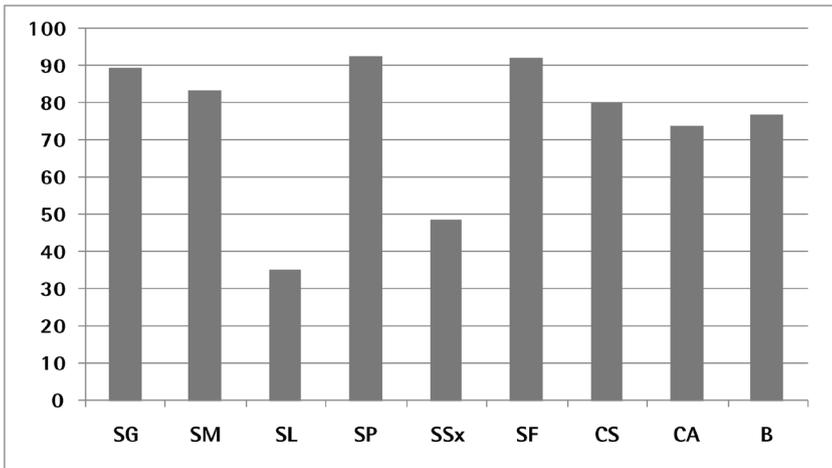
También en esta propia investigación se citan resultados de otras investigaciones en trasplantados renales, en las que se coincide en el deterioro de la función sexual y la disminución en el interés por esta.

Esta área no solo abarca la relación sexual sino también la consideración de que la pareja es fuente de felicidad, apoyo y amor. Ante ello debemos destacar que en nuestra muestra solo 43 % tienen una relación de pareja estable, lo cual pudiera estar influyendo en el resultado obtenido.

En el resto de las áreas estudiadas, los pacientes percibieron un alto nivel de satisfacción (en general con la vida, material, personal y social, y familiar), lo que denota que sus expectativas respecto a sus logros en estas esferas se encuentran bastante balanceadas.

Los resultados pueden observarse en el gráfico siguiente, en el cual también se aprecia el componente subjetivo y el afectivo del bienestar, así como el nivel de bienestar general.

Gráfico 2. Bienestar psicológico.



Fuente: CAVIAR

Al profundizar en estos resultados a través del cuestionario y de la dinámica grupal, hallamos los siguientes elementos que reforzaron el criterio de la baja satisfacción sexual hallada:

- no tienen relaciones estables de pareja: 57 %;
- de ellos, perdió su pareja durante el proceso de la enfermedad: 86 %;
- de los que tienen relaciones estables de pareja, 75 % plantean que, desde la etapa en hemodiálisis, disminuyó ostensiblemente la frecuencia de relaciones sexuales, lo que se mantuvo después del trasplante;
- 75 % de la muestra manifestaron una disminución del deseo sexual desde la etapa de hemodiálisis;
- solo 35 % plantean que han recuperado el deseo sexual (son pacientes de más de cinco años de trasplantados);
- todos los pacientes refirieron que han tenido sentimientos de minusvalía, de fracaso y de autoacusación en relación con esta esfera;
- todos plantean que han tenido cambios en su imagen corporal y que se han sentido poco deseables, lo que ha sido un factor importante con respecto a no buscar pareja;
- otro factor es la astenia y la fatigabilidad;
- 86 % no conocían acerca de los cambios probables en su sexualidad por la enfermedad de base o por la medicación, ni tampoco buscaron información con su equipo de salud;
- el hecho de no buscar información lo relacionaron con el temor a que el equipo pensara «mal de ellos», con el miedo a escuchar malas noticias y con la consideración de ese tema como íntimo, privado, que no debían comentarlo con otros;
- 46 % refirieron dificultades en la propia relación sexual cuando la realizaban;
- otro aspecto que les limita tener relaciones sexuales, es el temor a perder el órgano trasplantado y volver a hemodiálisis;
- 35 % plantearon que sus parejas limitaban sus relaciones por temor a estar haciendo algo que afectase su salud;

- solo 20 % refirieron haber recibido alguna información con respecto a su sexualidad por parte del equipo de salud;
- no se evidenciaron diferencias por edad ni por sexo.

En estudios realizados fuera de Cuba respecto al tema de la sexualidad en trasplantados renales se ha encontrado que:

- 76 % de las mujeres con trasplante páncreas-riñón manifestaron dificultades sexuales; de ellas, 27 % tenían diagnóstico de alguna disfunción sexual.
- 100 % de los sujetos trasplantados renales mejoraron la calidad de vida posterior a este. Pero 63 % manifestó fatiga y disminución de la libido como efectos de los inmunosupresores; y 61 %, cambios en imagen corporal.
- En otro estudio se refiere que los efectos adversos sobre la sexualidad se mantuvieron estables durante el primer año.
- La relación entre emociones, sexualidad y apariencia física como predictores de satisfacción con la vida.
- 54 % no tiene relación de pareja; de los que tenían, 40 % refirieron que no experimentaban satisfacción sexual.
- Otro estudio encontró mayores dificultades en relaciones de pareja en pacientes con menor nivel educacional, bajos ingresos e historia de rechazo renal.
- Mejoría de las dificultades sexuales posterior al trasplante: previo 62 % en hombres y 75 % en mujeres, posterior 48 % en hombres y 44 % en mujeres.
- Pobre atención a problemas sexuales. Escasa consejería previa y posterior.
- Dificultades en relaciones de pareja, sexualidad y vida familiar.

Lo hasta aquí expuesto nos habla a favor de atender este aspecto de la salud de estos pacientes como un elemento central en el mejoramiento de su calidad de vida y su satisfacción sexual.

Conclusiones

- La sexualidad es uno de los aspectos que más influye en la disminución del bienestar psicológico en los pacientes trasplantados renales estudiados.
- Predominó la falta de conocimientos sobre el tema.
- Existe una importante disminución del deseo y la práctica sexual.
- Más de la mitad no tienen relaciones de pareja estables ni se sienten con posibilidades de buscarlas.
- Se evidenció los cambios en la imagen corporal como el elemento a destacar, junto al temor a perder el órgano.

Referencias bibliográficas

1. Sánchez S, Ostrosky F, Morales LE, Guadalupe M, Alberú J. Trasplante renal: efectos en el perfil cognoscitivo. *Revista Chilena de Neuropsicología* 2010; 5(2):82-90 [citado enero 2011]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/artpdfred.jsp?Cve=179314915002>.
2. Reyes A. Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Trabajo para optar por el título de máster en Psicología de la Salud. Ciudad de La Habana, 2003.
3. Insuficiencia renal crónica. *Bibliomed* 2007 Abr; 14(4) [citado Feb 2011]. Disponible en: www.labibliotecamedica2.org/.
4. Buch A. ¿Cómo mejorar el manejo de la enfermedad renal crónica? Consideraciones y recomendaciones prácticas. *Rev Hab Cienc Med* 2008 Ene-Mar; 3(1).
5. De Armas I. Exitoso programa cubano de trasplante renal. Radio Nuevititas. Febrero 2010 [citado 15 Feb 2011]. Disponible en: <http://www.Radionuevititas.icrt.cu/index.php/cuba/1741-exitoso-programa-cubano-de-trasplante-renal.html>.

6. Abdo A. Historia del trasplante renal en Cuba. Trasplante de órganos en Cuba: reseña histórica. [citado Ene 2011]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitiostrasplante/temas.php>.
7. Rodríguez ME, De León LA, González M, Alonso ME, García G. Proceso de trasplante renal. Atención psicológica en sus diferentes momentos. 11o. Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis; febrero-marzo, 2010 [citado 23 Feb 2011]. Disponible en: www.interpsiquis.com.
8. Rodríguez AI. Proyectos de vida en espera de un trasplante hepático. Trabajo de diploma para optar por el título de licenciado en Psicología. Facultad de Psicología, Ciudad de La Habana, 2007.
9. Pérez MA, Martín A, Díaz R, Pérez J. Evolución de la calidad de vida relacionada con la salud en los trasplantados renales. *Nefrología* 2007; 27(5).
10. Glitin M, Sayama T, Gastón R. Aspectos psicosociales en el trasplantado renal. En *Trasplante renal*. Barcelona; 2002.
11. Baltar J, Ortega F, Gómez E, Rebollo P, Lares A. Cambios en la calidad de vida relacionada con la salud en el primer año del trasplante renal. *Nefrología* 2002; 23(3).
12. Torres Rodríguez B. Hablemos de sexualidad: inquietudes más frecuentes sobre la sexualidad, el amor y la pareja. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2006.
13. En www.encarta.msn.es.
14. González A, Castellanos B. Sexualidad y géneros. Alternativas para su educación ante los retos del siglo XXI. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2003.
15. Krause Peters M. Algunos temas fundamentales sobre educación sexual. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1985.
16. Overbeck I, Bartels M, Decker O, Harms J, Hauss J, Fangmann J. Changes in Quality of Life After Renal Transplantation. *Transplantation Proceedings* 2005; 37:1618-1621.
17. Liem YS, Bosch JL, Arends LR, Heijenbrok-Kal MH, Hunink M. Quality of life assessed with the Medical Outcomes Study Short Form 36—Item health survey of patients on renal replacement therapy: A systematic review and meta-analysis. *Value in Health* 2007; 10(5).
18. Weisbord SD, Kimmel PL. Health-related quality of life in the era of erythropoietin. *Hemodialysis International* 2008; 12:6-15.
19. Pérez MA, Martín A, Galán A. Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *Int J Clin Health Psicol* 2005; 5(1):99-114.

20. García G, Rodríguez, ME, Rodríguez A, González B, Borroto G, Guerrero C. Calidad de vida y trasplante renal. [citado 8 Feb 2009]. Disponible en: <http://www.Interpsiquis.com>.
21. Borroto G, Almeida J, Lorenzo A, Alfonso F, Guerrero C. Percepción de la calidad de vida por enfermos sometidos a tratamientos de hemodiálisis o trasplante renal. Estudio comparativo. *Revista Cubana de Medicina* 2007 Jul-Sep; 46(3).

SALUD SEXUAL Y SALUD MENTAL: DOS TEMAS EN DEBATE



Luz en mi interior

INTERSECCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y SEXUAL EN EL CONTEXTO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. APUNTES

Ada C. Alfonso Rodríguez

El homenaje que rinde la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad al profesor José Ángel Bustamante, personalidad de las ciencias cubanas, es un pretexto para reflexionar acerca de la imposibilidad de abordar la salud mental sin tomar en cuenta los factores sociales del entorno que envuelve a cada sujeto. Pionero en escudriñar en los aportes de las ciencias sociales y de la antropología e integrarlos a la enseñanza de una práctica social de la psiquiatría, se constituye en paradigma para los profesionales que revisamos y reflexionamos acerca de cómo los mandatos culturales y las normas sociales pueden convertirse en fuente de displacer y de percepción de mala salud, y en un obstáculo para el disfrute de una vida plena.

Lo aprendido y que merece (quizás) desaprenderse

En las últimas décadas del pasado siglo, emergió la categoría *género* como marcadora de inequidades en la salud, de ahí que comenzase a visibilizarse cómo la construcción social de lo femenino y lo masculino determinaba diferencias en el ejercicio del poder, en las posiciones de las mujeres y los hombres en los espacios de interacción social, lo cual se traducía en desigualdades en las relaciones, las jerarquías, los privilegios y en el acceso y control de los recursos por razones de sexo. El género, al decir de Scott, es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos; es una forma primaria de relaciones significantes de poder (1).

La pertenencia a uno de los sexos tiene una expresión concreta en la estratificación social y en la desventaja social de las mujeres

con respecto a los hombres en sus contextos, por lo que comenzó a perfilarse que el género como categoría podía utilizarse en el análisis de la organización social y de las ventajas y desventajas de los sujetos, así como de las posibilidades y oportunidades que disfrutaban.

En la teoría de género se afirma la existencia de un sistema social basado en la reproducción regular, con mayores o menores alteraciones, de patrones recurrentes que organizan las relaciones entre hombres y mujeres a nivel simbólico, normativo y práctico, en distintos espacios sociales e institucionales. El sistema de género se caracteriza por una gran extensión temporal y espacial al comprender el conjunto de interacciones entre hombres y mujeres en la familia, el mercado, la política y la cultura, y por tener sus raíces en la constitución de las sociedades modernas (2).

En el área de la salud, el género ha posibilitado construir indicadores de salud (menos construidos), rastrear perfiles diferenciados de enfermedad por sexo (con interpretación de género) y mucho más claramente reconocer, en las estadísticas de salud, diferencias por sexo en las causas de muerte. En este último aspecto, existe consenso en la necesidad de la desagregación de la información por sexo para poder realizar una lectura o análisis de género, insuficiente aún en la mayoría de los sistemas de salud de América Latina.

No obstante, las personas comprometidas con el tema *género*, no siempre hemos tenido las luces para reconocer la necesidad de no sustraer la categoría de su continente: el cuerpo sexuado y su expresión de «ser» o «estar» (la sexualidad).

Aunque pueda resultar un suicidio académico el planteamiento anterior, en la materialidad del cuerpo sexuado se ancla la construcción social de la sexuación del propio cuerpo, a partir de los símbolos y significados culturales de «ser mujer» y «ser hombre» en cada cultura

y en cada sociedad. Asimismo, se trata del lugar donde se aprehende «la homogeneidad» de «ser mujer» y «ser hombre» a partir de la internalización de los discursos hegemónicos acerca de los modelos de actuación según el sexo.

En la radicalidad de los sexos, en la dicotomía que marca el binarismo con el que se asume la categoría *género* se cuece la invisibilidad de la diferencia, de la heterogeneidad y en la que emergen los criterios de *normalidad* o *no* en el campo de la salud mental, en el ámbito de lo sexual.

Prefiero mencionar exclusivamente los modelos de actuación (roles de género), ya que los aspectos que aluden a las identidades de género y a cómo se construye la identificación de *sí mismo* desde las múltiples exigencias de los entornos en los que habitan las personas (cómo se construyen como sujetos de deseo a la vez que sujetos deseantes), merecen mención aparte por su complejidad.

La construcción de las identidades sexuales y las identidades de género desbordan el marco explicativo del «ser mujer» y «ser hombre» desde la lógica binaria y dicotómica de nuestra cultura. A partir de la asignación del sexo en el momento de su nacimiento, cada persona comienza a recibir la influencia de su entorno. De ese proceso intersubjetivo eminentemente social, en el que se construye la identidad como parte del autorreconocimiento y asunción de la mismidad, emerge la autodefinición: «yo soy un hombre», «yo soy una mujer» o «yo no me siento ni hombre ni mujer, al menos como se espera socialmente».

Este proceso de asimilación cultural y las convergencias que conducen a que cada quien se erija como un ser único sexuado, son altamente complejos y pueden ser además fuente de malestares y conflictos. De ahí la relevancia que se concede en el trabajo a visualizar la intersección entre la salud mental y la sexual.

Malestares, salud mental y salud sexual

Hace algunos años ya, la noción *malestar* se utiliza para romper la lógica binaria entre salud y enfermedad, y aunque puede ser asimilada en otros acercamientos al análisis de dicho binomio, en este contexto se utiliza para desarticular lo aprendido acerca de la salud mental y la enfermedad mental, especialmente de las mujeres.

Burín y luego muchas otras del movimiento de mujeres y feministas han utilizado dicha categoría para designar el sufrimiento psíquico y emocional de las mujeres ligado al lugar históricamente construido a estas y los modelos asociados que se constituyen en factores de riesgo para su salud mental (3, 4). Este acercamiento otorga significados a las dimensiones sociohistóricas de producción de subjetividades (4).

Lo útil de la definición de malestar es que sirve también para comprender el sufrimiento que la heteronormatividad, la discriminación y el estigma producen en los sujetos (mujeres y hombres) que se reconocen y autodefinen como *diferentes* en nuestras sociedades patriarcales, a la vez que permite cuestionar los discursos en los que se basan lo normal y lo anormal en el ámbito de lo sexual.

Foucault demuestra que la moral burguesa empapa de principio a fin el corpus conceptual y metodológico de las ramas de las ciencias desde la psiquiatría hasta el psicoanálisis entre los siglos xvii y xx, y pretende encontrar una forma científicamente avalada para hallar la frontera entre la salud mental y la locura, entre lo normal y lo anormal, entendiéndose por normal todo aquello que sirve a la funcionalidad del capitalismo y anormal lo que obstaculiza o le presenta resistencia (5).

Por tanto, lo normal en el campo de la salud mental y sexual tiene sus raíces en los discursos hegemónicos, y en cómo las disciplinas científicas han asimilado *lo deseado* social y culturalmente para estructurar los modelos clasificatorios primero y las prácticas de atención después, de determinados comportamientos humanos *no aceptables*, considera-

dos entonces peligrosos, riesgosos para la sociedad y susceptibles de ser considerados síntomas de una enfermedad.

El recurso histórico permite ver cómo han sido nominados los malestares en la historia de Occidente. La medicalización del cuerpo y del sufrimiento ha construido una de las estrategias de control social más eficaces que nuestras sociedades han desarrollado para preservarse de la «peligrosidad» de la sexualidad, la locura, las diferencias y la denuncia social (4).

Un acercamiento a las definiciones

Si bien se ha hecho referencia a los términos *salud mental* y *salud sexual* en este trabajo y a cómo se han ido construyendo estas nociones, a continuación se retoman para invitar a la reflexión con vistas a visualizar su interdependencia.

La salud mental es mucho más que la mera ausencia de enfermedades mentales; es una parte indivisible de la salud y la base del bienestar y el funcionamiento eficaz de las personas. Se refiere a la capacidad de adaptarse al cambio, hacer frente a la crisis, establecer relaciones satisfactorias con otros miembros de la comunidad y encontrar un sentido a la vida. Alude a la capacidad de las personas para realizar y poner en práctica sus proyectos de vida. Desde esta concepción, Reyes define la salud mental como un complejo proceso de construcción cotidiana, individual y colectiva del ser humano en relación con sus sentimientos, su cuerpo, su sexualidad y su medio (6). Conuerdo plenamente con el posicionamiento de Reyes al entender que es en la vida cotidiana donde se construye y se pone a prueba la capacidad de transformar las situaciones injustas y de desigualdad que generan malestar en las personas y, en el caso particular de las mujeres, las asimetrías de género que las colocan en lugares de subordinación y de silencios; la capacidad de transformar las problemáticas que se presentan en la cotidianidad de vida de las personas, que pueden constituirse en fuente de conflictos

y estrés; la capacidad de participar y decidir en los procesos que tocan directamente la vida cotidiana; y por último, las oportunidades y las capacidades para participar en los procesos de desarrollo social y de ciudadanía, sobre todo si se toma en cuenta que la salud mental es un derecho humano de las personas (7).

Resulta necesario adicionar a la visión de la autora, más centrada en las capacidades de las personas, la definición de especialistas cubanos de la salud mental que ponderan la relación salud y enfermedad mental, así como el papel de las instituciones de la salud mental y su personal (sistema de salud) como determinantes en la producción de salud en esta área:

La salud mental incluye la problemática de la salud y la enfermedad mental, su ecología, el uso y evaluación de instituciones y su personal. Igualmente el estudio de sus necesidades y los recursos para satisfacerla, la organización y planificación de los servicios para el tratamiento y la prevención de la enfermedad o para la promoción de la salud [8].

En su Programa de Acción de la CIPD, la Conferencia de El Cairo (1994) define:

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia... [La atención de la salud reproductiva] incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción

y de enfermedades de transmisión sexual [capítulo VII, párrafo 7.2].

Si bien el bienestar es inherente a la percepción de salud y forma parte de las definiciones asociadas a estas, nótese que, a diferencia de las menciones sobre salud mental tanto en la definición de El Cairo acerca de la salud reproductiva como en la de salud sexual que presentaremos a continuación, existe una mención explícita al ámbito de lo mental y psicológico como áreas inseparables de la salud sexual, de la salud integral.

La Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Asociación Mundial de Sexología definieron de manera más amplia la salud sexual como:

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 [9, 10].

Desde lo mencionado, un marco conceptual que aborde la salud integral y especialmente la salud mental, debe integrar la sexualidad como expresión social, política y de derechos humanos.

Por consiguiente, analizar la sexualidad permite estudiar cómo se originan, legitiman socialmente y se construyen simbólicamente las relaciones entre las personas a partir de las ideologías que cada sociedad tiene sobre el hecho sexual, el género y las identidades sexuales.

Desde lo aprendido, género y sexualidades son construcciones edificadas y estampadas desde y en los imaginarios colectivos y las subjetividades. No obstante, Artiles refiere que no es hasta ahora que la sexualidad se ve como factor de determinación de la salud, generadora de riesgos diferenciales según el sexo y la orientación sexual, y productora de inequidades y vulnerabilidades en la vida cotidiana. Se detiene en apuntar que esta «invisibilidad» ha influido en que se mantenga una distribución desigual de poder en la atención de los servicios de salud, con los consecuentes riesgos para la vida y la salud, así como la ausencia como eje en la formación de los recursos humanos de la salud (11).

Las interrogantes se suceden: ¿cómo intentar rastrear las cuotas de ideologías de género inscritas en los comportamientos sexuales de cada uno de nosotros y los otros?, ¿cómo definir los problemas sexuales desde una taxonomía que los etiqueta como disfunciones, atendiendo a normatividades legitimadas en las representaciones científicas a partir de juicios de valor asignados apriorísticamente?, ¿cómo definir un problema de salud en el campo de la sexualidad con una visión holística que valore su impacto en la salud mental?

Los problemas de salud abarcan todos aquellos fenómenos relacionados con la salud y el bienestar de los individuos y las familias, y tienen como causas principales o primarias aquellas carencias, deterioro y afectaciones producidas por el ambiente externo del hombre, como el medio físico, los ambientes familiar, social y laboral, y los estilos de vida, así como el ambiente interno del hombre, relacionado con los sistemas y órganos del ser humano, es decir, con los problemas vinculados a la genética, la inmunología, el sistema endocrino y otros.

Si tomamos como punto de partida la definición emitida por Castell, los problemas que consideramos como sexuales se relacionan directamente con la ausencia de bienestar de la persona, que aparece fundamentalmente por cuestiones del entorno en que se desenvuelve, y/o se vinculan con el cuerpo sexuado y sus funciones para el ejercicio de la sexualidad. Ahí, cuando escudriñamos en la intersección de

lo interno–persona, ambiente externo–social–relacional, tomamos conciencia de la complejidad que significa, desde nuestra profesión, brindar asistencia a la persona–paciente y saber cuándo el problema deja de ser del individuo–persona para devenir un problema en salud dado por la incapacidad de los/las prestadores/as de salud de brindar una atención de calidad a la demanda de atención sexológica.

Para muchos prestadores de servicios de salud, la construcción de la sexualidad, el erotismo y los comportamientos sexuales y las formas de vivir la sexualidad están atravesados por un paradigma heteronormativo, y los problemas que pueden presentarse en el área de la sexualidad deben abordarse desde concepciones biomédicas. Se trata de una atención basada en el ejercicio sexual y en el bienestar por el rendimiento sexual individuo–pareja, prestación que no interpela las ideologías de género ni las construcciones sociales que configuran y se expresan en lo que deseamos, sentimos y vivimos en materia de erotismo, pareja, selección de esta, encuentros eróticos, percepción y aprendizajes del disfrute sexual (placer sexual).

Género y sexualidad en la intersección

Luego de estos apuntes desearía actualizar algunas realidades identificadas ya hace algunos años y que por su actualidad permiten su revisión (12).

Las relaciones sexuales sin protección de las adolescentes–jóvenes tienen como resultado el embarazo no deseado y la interrupción de este. Las conductas sexuales en la adolescencia tienen un impacto diferenciado según el sexo para la salud mental y la sexual de los implicados. En el caso de las muchachas, cuando no existe una buena red de apoyo familiar deben abandonar sus proyectos de vida si deciden continuar con el embarazo, decisión que no siempre toman por sí mismas o con la ayuda de sus parejas, sino bajo la presión familiar, situación que también se pone en evidencia cuando la opción es el aborto inducido.

La baja percepción de riesgo está presente entre las personas que realizan el coito sin protección, comportamiento que resulta en infecciones de transmisión sexual, infección por VIH y embarazos no deseados. Cuando se explora acerca de la no utilización del condón en todas las relaciones sexuales, expresan que es improbable el embarazo, que no les va a pasar, pues fue rápido y además una sola vez, que lo hacen por amor (sobre todo las muchachas), particularmente si el coito se realiza en lugares no tradicionales.

En el caso de las mujeres jóvenes, la baja utilización de anticonceptivos o la falta de sistematicidad, aun cuando no se desea el embarazo, pueden explicar la frecuencia de abortos a esas edades, así como las infecciones de transmisión sexual. En el caso de los varones con comportamientos eróticos con otros hombres, a la baja percepción de riesgo se suma el estigma social dirigido hacia los comportamientos sexuales no hegemónicos y la discriminación temida.

La no aceptación social del homoerotismo, los miedos internalizados a la homosexualidad y a la salida del clóset, obliga a muchos hombres a la realización de intercambios sexuales en condiciones muy precarias y con temor a ser descubiertos y a perder credibilidad social; incluso muchos no se dan permiso para reconocer su homosexualidad, lo que trae aparejado situaciones de estrés, ansiedad y sentimientos de soledad. Por tanto, de existir encuentros homoeróticos, estos se viven con angustia y en condiciones de riesgo para la salud mental y la sexual.

Mujeres y hombres que tempranamente identifican que su deseo erótico y afectivo se dirige hacia personas del mismo sexo, tendrán que recorrer un camino bastante tortuoso antes del reconocimiento de su identidad sexual y su aceptación por sus padres y familiares. Incluso, para muchos y muchas el logro de la aceptación familiar ha estado directamente relacionado con la intervención de profesionales de la salud mental que durante tiempo los han tratado como personas que requieren de algún tipo de corrección.

En las personas con identidad de género no conformes, transgénero y transexuales, las vicisitudes pueden aun ser mayores, por lo que la intersección entre la salud mental y la sexual se hace más evidente. Durante la construcción de la identidad de género-identidades sexuales, las presiones familiares y del medio social ejercen un férreo control para tratar de reducir las sexualidades a los dictados de la heteronorma. La transgresión para muchas familias implica un doble duelo: primero, al considerar como homosexualidad las expresiones de la sexualidad; y con posterioridad, la transformación de género. En ocasiones este sufrimiento se traduce en sentimientos de extrañeza y abandono que pueden concluir en la expulsión de este miembro del grupo familiar. Si bien las familias exponen su sufrimiento, las personas transgénero construyen diferentes mecanismos para sortear el suyo y la ausencia de reconocimiento familiar y social. El daño psíquico originado por la transfobia y el sentimiento de no formar parte de ningún grupo, lleva en muchas ocasiones a la demanda en servicios de salud mental y atención clínica, especialmente si existe la necesidad de readecuación genital (personas transexuales).

Luego de este posicionamiento inicial, se requiere centrar la atención en tres cuestiones medulares: la formación de recursos humanos de la salud, la prestación de servicios por los/las profesionales de la salud y la persona.

Formación de recursos humanos

Los currículos de formación de recursos humanos tienen la peculiaridad, de marchar con cierto retraso si se les compara con el dinamismo de los cambios sociales. Veamos el caso de Cuba. Los cambios operados en la formación de recursos humanos durante los últimos veinte años han sido radicales y los escenarios de formación son diversos. A la clásica formación biomédica en las escuelas de medicina le siguió el Programa de Medicina General Integral, que introdujo con énfasis la visión preventivo-social en los currículos de estudios, ampliando los escenarios de formación de pre y posgrados en los llamados policlínicos docentes.

No obstante, si se observan con detenimiento los currículos de formación de los/las profesionales de pregrado, estos dan cuenta que género y otras categorías a considerar por su interrelación han estado ausentes, pobremente tratadas y/o puntualmente abordadas, sin que se goce aún de la transversalidad requerida en los contenidos de las diversas asignaturas que integran el programa de estudios, o se utilice como herramienta para el análisis de las situaciones de salud individuales o colectivas por la débil preparación de los profesionales encargados de su utilización en los consultorios y municipios en los que se desempeñan.

Similar suerte corren la sexualidad humana y la salud sexual en cuanto a temas, cargas horarias y áreas abordadas. La reproducción y las cuestiones derivadas de esta, y las enfermedades y/o infecciones asociadas al ejercicio sexual logran un espacio mayor en el currículo, que se retoma con mayor especificidad y profundidad en especialidades médicas como ginecología y obstetricia. Sin embargo, el erotismo en su diversidad se trata en la formación de los especialistas en salud mental.

En ningún caso se encuentran sexualidad y género como constructos teóricos. Para que esto ocurra, instituciones como el Centro Nacional de Educación Sexual, la Sociedad de Obstetricia y Ginecología, la Sociedad de Medicina Familiar y otras escuelas de formación como la Escuela Nacional de Salud o profesionales de forma aislada, han desarrollado figuras académicas de posgrado que posibilitan este encuentro, por lo que es frecuente que las personas homosexuales, lesbianas y transgénero que demandan servicios vivan experiencias negativas que los alejen de estos, recurriendo a la automedicación y a profesionales amigos. En muchos casos han vivido experiencias de discriminación también por su orientación sexual.

Prestación de servicios, profesionales de la salud y la persona

En adición a lo anterior, es importante destacar que la prestación de servicios de salud en Cuba es gratuita y que los servicios de salud se

caracterizan por su universalidad y acceso, por lo que aquellos que se especializan en salud mental y sexual son muy cercanos a quienes requieren atención.

No obstante, la homofobia, la lesbofobia y la transfobia internalizadas en algunos profesionales, construida desde una socialización primaria y secundaria heterosexista de la sexualidad, y la invisibilidad de la diversidad sexual (sexualidades) de los temas en los currículos de estudio, se traducen en servicios no amigables de salud, que incluso pueden poner en riesgo la salud de quienes demandan atención.

Los servicios de salud y los sistemas de salud son uno de los determinantes de salud encargados de garantizar el ejercicio del derecho a la salud y a la protección de esta. Sin embargo, no siempre prestadores y usuarios de servicios reconocen que existen cuotas de violencia institucional y vulneración de derechos en las prácticas que dispensan y reciben.

En el caso de la persona, como centro de la prestación, es importante detener la mirada en la relación intersubjetiva y no obviar el hecho de que los profesionales de la salud se encuentran entre los más afectados por la violencia que reciben tanto de las personas que atienden como de las instituciones en las que se desenvuelven, que tienen como misión la salud del «otro». De ahí que recomendamos revisar y potenciar los autocuidados, necesarios para la salud mental de prestadores e indispensable para el logro de la calidad de los servicios de salud.

El entorno en el que desarrollan las prácticas, las condiciones de vida de los/las prestadores/as, la satisfacción personal, el nivel de compromiso con la tarea, las relaciones de género y el clima organizacional, son algunos de los factores sobre los que se deberá continuar trabajando si se desea seguir transitando por la senda que nos mostró el doctor Bustamante.

Referencias bibliográficas

1. Scott J. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En Amelang J, Nash M. Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea. Ediciones Alfons el Magnanim; 1990.
2. Guzmán V, Barozet E, Candia E, Ihnen B, Leiva B. Capacidades y género: ¿suma o sistema de desigualdades? El caso chileno. *Revista CEPAL* 2012; 107: 53.
3. Burín M, et al. El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. Buenos Aires: Paidós; 1990.
4. López A, Grela C. Mujeres, salud mental y género. En Gómez A, editora. Mujeres y salud mental. Los espejos de la desigualdad. Cuadernos Mujer Salud, 6. Santiago de Chile: Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe; 2001. p. 10.
5. Foucault M. La ciencia hegemónica contemporánea y la homofobia. En Muñoz J, compilador. Homofobia. Laberinto de la ignorancia. México, D.F.: Universidad Autónoma de México; 2010. p. 51.
6. Reyes EM. Mujeres, salud mental y educación popular. En Gómez A, editora. Mujeres y salud mental. Los espejos de la desigualdad. Cuadernos Mujer Salud, 6. Santiago de Chile: Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe; 2001. p.10.
7. Alfonso AC. Mujeres, salud mental y educación popular. En Gómez A, editora. Mujeres y salud mental. Los espejos de la desigualdad. Cuadernos Mujer Salud, 6. Santiago de Chile: Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe; 2001. p. 13.
8. Castro-López Sorín S, citado en Orihuela JL, et al. Salud mental en pacientes adultos. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998; 14(5):474.
9. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud sexual: recomendaciones para la acción. Washington, D.C.; 2000.
10. World Association for Sexual Health. Salud Sexual para el Milenio: declaración y documento técnico. Minneapolis: The Association; 2008.
11. Artilés L. La sexualidad como determinante social de la salud y su consideración en las políticas públicas. *Sexología y Sociedad* 2008; 14(37):4-9.
12. Alfonso AC. Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres. *Rev Cubana Salud Pública* 2006; 32(1).

ESTRÉS Y SEXUALIDAD

Alina Julia Ortega Bravo

El término *estrés* ha sido estudiado por diversos autores, quienes, de acuerdo con sus épocas o sus concepciones, hicieron mayor énfasis en los aspectos biológicos, en lo psicológico y en lo social.

No se puede hablar del tema sin tener en cuenta a quien se considera el padre del estrés, Hans Seyle, el cual hizo una distinción entre el estrés bueno y el estrés malo, denominando *eutrés* al estrés positivo, lo que presupone que cierta cantidad de estrés es favorable, mientras que una dosis excesiva, a la que denominó *distrés*, resulta perjudicial.

Si relacionamos los planteamientos de este autor con la sexualidad, puede vincularse con los factores biológicos que se desencadenan ante la situación de predisposición del sujeto por su desempeño sexual: ocurren cambios bioquímicos en el organismo, el sistema nervioso simpático aumenta su actividad, hay incremento en la actividad cardiovascular y respiratoria, así como aumento del tono muscular, entre otros. El objetivo, según Seyle, es poner el cuerpo en un estado de activación tal que posibilite una respuesta de ataque o huida en la búsqueda del equilibrio, por lo que este autor hizo énfasis en los factores biológicos del estrés y su vínculo con la respuesta adaptativa del organismo.

Existen también autores que conceptualizan el estrés como *estímulo* o *agente estresor*. Los que más se destacan dentro de este enfoque, son los norteamericanos Thomas Holmes y Richard Rahe, psiquiatras de la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington, los cuales diseñaron una escala de acontecimientos que producían estrés, la cual contaba de cuarenta y tres eventos vitales. Los sujetos tenían que puntuar los acontecimientos acaecidos en el último año por encima y por debajo de cincuenta, en función del impacto y de la readaptación.

Cuando se hicieron los cálculos de las puntuaciones promedios, la muerte del cónyuge resultó el acontecimiento de mayor impacto, con cien unidades de cambio de vida. Otros acontecimientos que alcanzaron puntuaciones altas fueron el divorcio, la separación conyugal, el matrimonio y las reconciliaciones. Como vemos, en la escala aparecen sucesos positivos y negativos (1).

Por tanto, la relación de pareja juega un papel importante en el individuo al sentirse apoyado, aceptado, amado, realizado y, sobre todo, al poder contar con el otro como sostén de apoyo.

Holmes y Rahe realizaron un experimento de seguimiento para evaluar si existía relación entre un determinado esfuerzo de ajuste en un momento de la vida y las posibilidades de contraer una futura enfermedad. En sus estudios encontraron que durante los doce meses siguientes a la muerte del esposo o esposa morían diez veces más viudos y viudas que las personas de su grupo de edad. Encontraron también que las probabilidades de enfermar durante el año siguiente a un divorcio eran doce veces mayor que las personas casadas durante un año correspondiente (2: 16, 17, 21, 23, 51-53, 147, 152).

Actualmente predomina el enfoque del estrés a partir del análisis de la relación del individuo y su entorno, que se valora como *proceso transaccional*.

Una figura destacada en esta concepción es R. Lazarus, quien planteó que las causas del estrés no podían ser buscadas en el individuo ni en el ambiente, sino que estaban vinculadas a la relación entre ambos. De esta forma define el estrés psicológico como «[...] una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluada por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar» (3).

El estrés es un proceso, y la relación que se establece entre el individuo y su entorno va más allá del enfoque relacional, puesto que el papel del

sujeto no solo está en la cognición, con lo cual se reduce el papel de la personalidad en este proceso.

Estas concepciones implican una reflexión sobre el término *estrés* y la relación entre el hombre y su entorno, sobre su relación con los otros y, ante todo, consigo mismo, acorde con un pensamiento psicológico cuya esencia no está solo en cómo el hombre se comporta o evalúa su entorno, sino en cómo el hombre se crece, se proyecta y dirige sus acciones de acuerdo con todo lo que le ha sido dado por su historia, cultura y el vínculo con aquellos que de una forma u otra son parte de su propio yo y son fundamentales en el desarrollo y la formación de su personalidad.

Esta es la línea de pensamiento que sigue la autora, lo que le permite definir el estrés como:

...un proceso de interacción entre el individuo y el medio donde ambos se transforman y se modifican, en el que la personalidad juega un papel mediatizador y regulador determinante, vinculado a la historia personal física, psicológica, social y cultural del sujeto, y cuando en este intercambio se producen desajustes que no pueden ser superados por el hombre y sus entornos, deviene la enfermedad [4].

La personalidad en relación con el estrés, está muy vinculada al proceso de afrontamiento, ya que se considera que en la medida que el individuo fortalece y desarrolla sus recursos psicológicos, puede hacer un mejor manejo del estrés y, por supuesto, de su sexualidad.

La sexualidad se desarrolla y manifiesta en la personalidad en la medida en que hombres y mujeres constituyen y fortalecen sus actitudes, intereses, aptitudes, concepciones, deseos, motivaciones, sentimientos y conductas, que se integran en un todo único que les permite diferenciarse de los otros, conformando sus propias identidades, lo que se desarrolla a lo largo de sus vidas, para ser únicos e irrepetibles, y se forma a través de

la actividad y la comunicación sobre la base de la interacción de factores biológicos y sociales internos y externos.

Algunos autores se han referido a la sexualidad como amortiguador del estrés, aunque no todos han partido de este concepto desde el mismo ángulo, ya que algunos han enfatizado en los aspectos biológicos, como el sexo, y otros en los aspectos sociales (familia, trabajo, entorno), en los aspectos psicológicos relacionados con cuestiones de género y en la interrelación de todos los factores.

La sexualidad comprende todos los factores: lo psicológico, lo biológico y lo sociocultural, por lo que en la medida que el hombre aprende y se desarrolla como ser sexuado, establece también sus vínculos y afrontamientos con sus entornos, en los cuales puede desarrollar concepciones, estilos y modos de vida adecuados o no, que van a influir en sus afrontamientos y salud, por lo que algunos autores han realizado estudios e investigaciones sobre estrés y sexualidad.

Hay estudiosos que han investigado sobre el estrés en el trabajo y su repercusión en la sexualidad.

A. Ortiz señala cómo los sucesos estresantes en el medio laboral influyen de forma negativa en el medio familiar (5).

Según una encuesta realizada a través de Internet por la consultora D'Alessio/IROL/Harris, «el estrés afecta la sexualidad» (6). De los tres mil encuestados, 93 % aseguraron que las presiones laborales afectaban su vida sexual. La encuesta señala además que el argentino promedio es reservado en su vida sexual. Aunque su «iniciación» se produce durante la adolescencia, no suele compartir sus fantasías sexuales con su pareja. La mayor parte de los entrevistados plantearon que su actividad sexual se desarrolla dentro de límites muy finos, que pueden resquebrajarse ante la influencia de factores externos. Los usuarios de Internet que respondieron, aceptaron que las presiones laborales afectan principalmente la frecuencia de las relaciones con

sus parejas, porque consideran que la presión laboral exige tiempo y energía que pueden producir un cansancio que genera falta de deseo sexual.

Se han descrito diferencias sexuales en las respuestas de estrés en trabajos realizados por diversos autores, entre los cuales M. Álvarez resume:

- Existen diferencias en el sexo en la respuesta psiconeuroendocrina al estrés. Las mujeres tienden a mostrar una reactividad menor que los hombres.
- Las mujeres que han escogido una profesión tradicionalmente «masculina», muestran una respuesta psiconeuroendocrina similar a la de los hombres.
- Las mujeres describen con frecuencia sentimientos negativos de incomodidad y afectos negativos, mientras que los hombres manifiestan afectos positivos y satisfacción por su propia ejecución bajo estrés.
- Las respuestas psiconeuroendocrinas de estrés son moduladas por la fase de ciclo menstrual en que se produce.
- El ciclo menstrual normal se caracteriza por cambios en el estado de ánimo.

Este autor plantea que la interrelación entre los factores biológicos y culturales es el punto débil de la mayoría de estos trabajos, ya que no solo basta con saber que hay diferencias, sino que es necesario conocer el factor primordial que las provoca (7).

En investigaciones realizadas por la autora en relación con la sexualidad y el estrés, encontró la no existencia de diferencias respecto a los géneros, ya que en ambos sexos halló estrés, aunque es de señalar que no se percibe de la misma manera. Las mujeres valoran situaciones estresantes (el cuidado de los padres y los hijos, toda la carga del hogar,...) como algo que les toca por su condición de mujer, pero, si se evalúa, el nivel de estrés es tan alto como el de los hombres.

Asimismo, encontró predominio de sujetos casados con relación a aquellos que no mantenían una estabilidad de pareja. Sin embargo, el estar sin pareja y la estabilidad constituían situaciones estresantes importantes.

Entre los conflictos de pareja más comunes encontrados en sus investigaciones en sujetos estresados, se reflejaron la comunicación y la separación conyugal como fuentes de tensión, al igual que las relaciones familiares con dificultades, sobre todo entre padres e hijos.

Es importante visualizar la sexualidad en un sentido amplio y abarcador en el que prime el placer, la libertad, la diversidad y la responsabilidad.

Las tensiones, las afectaciones y los problemas físicos, psicológicos y sociales afectan la sexualidad; las afectaciones y tensiones en la sexualidad desencadenan cuadros estresantes en los individuos.

Coincidimos con la literatura y estudiosos del tema en que el estrés es uno de los factores que más influye en las relaciones sexuales, pudiendo originar serios trastornos bien porque provoque su aparición, bien porque agrave un trastorno desarrollado por otras causas.

D. Castañeda, de la Universidad Iberoamericana de México, D.F., publica un artículo en Internet en 2006 con el título «Relación entre sexualidad y estrés en mujeres de una universidad privada». Señala que en la Ciudad de México la población tiene que enfrentarse a muy altos niveles de estrés por el estilo de vida que se lleva, lo que ha hecho que se busquen distintos métodos con los que se logre reducir el estrés en las personas, ya que este trae consigo graves consecuencias que afectan su vida en aspectos tanto físicos como psicológicos y emocionales. Este estudio trata de encontrar la relación entre la sexualidad y los niveles de estrés en mujeres universitarias, con el fin de llegar a ver la sexualidad como uno de los factores que puede reducir el estrés en el ser humano. Encontraron resultados interesantes con relación estadísticamente significativa entre el estrés y tres de los factores de la función sexual (lubricación, orgasmo

y satisfacción): a mayor estrés en la vida, mayor satisfacción en vida sexual. Los otros dos factores (deseo y excitación) no mostraron relación estadísticamente significativa con la variable *estrés*. Concluye con que el estrés no es un factor que afecta directamente en el mal funcionamiento sexual de las mujeres universitarias, aunque no se puede descartar que exista relación entre estos, ya que los resultados indican que cuando existe un alto nivel de estrés en las mujeres, la satisfacción, la lubricación y el orgasmo son mayores.

Esta investigación nos permite reflexionar sobre la importancia de profundizar en los estudios de la sexualidad femenina, ya que nuestras sociedades machistas han derivado sus estudios fundamentalmente hacia la sexualidad masculina. Por tanto, en la literatura se encuentran más promovidos las investigaciones y el tratamiento de la disfunción eréctil y la eyaculación precoz.

Existen factores estresores externos e internos que repercuten en la sexualidad. Entre los factores estresores externos, se encuentran la falta de privacidad, que afecta la intimidad; el exceso de roles (de padre o madre, trabajador, familia en general), que aumenta en la medida que aumenta la edad, pues no solo están los hijos sino también los padres ancianos; y, en el propio individuo, los trastornos propios de la salud en la adultez media. En el caso de las mujeres se vincula la llamada *doble jornada*, que agudiza la situación, puesto que debe enfrentar además los problemas del hogar con las limitaciones económicas actuales.

Asimismo, los factores estresores internos agudizan el cuadro al ser vivenciados de acuerdo con las características muy particulares de cada uno, ya que influye la forma en que cada cual evalúa y valora su situación, que no siempre refleja la realidad.

Una situación sexual puede convertirse o ser evaluada como estrés por múltiples razones. El temor al fracaso, las excesivas exigencias sexuales, los conflictos de pareja, el miedo al embarazo o a la transmisión sexual de enfermedades, la ansiedad, la incapacidad para disfrutar

de las sensaciones eróticas, la preocupación obsesiva por lograr un rendimiento sexual adecuado y las experiencias sexuales anteriores asociadas a miedo, ansiedad, fracaso y frustración, entre otras, pueden hacer que cualquier estímulo o situación que permita prever o evaluar la inminencia de una relación sexual se convierta en aversiva y se trate de evitar, haciendo que la persona se dedique principalmente a autoobservarse, en lugar de disfrutar de la relación. Los temores y los miedos toman fuerza y se convierten en fuertes presiones y, a la vez, en círculos viciosos que generan angustia y depresión que, en el caso de la sexualidad, se describen como el temor al desempeño y al fallo y la autoobservación.

Se señala que acontecimientos agrupados aumentan la propensión a enfermar en periodo de doce meses, como la muerte del cónyuge, la separación y el divorcio. En nuestra experiencia clínica, además de estas situaciones, la infidelidad es un factor de estrés a largo plazo. A pesar de que, en el caso de las mujeres, se tiende a la reconciliación con la pareja tras un aparente perdón, aparecen reacciones que afectan el vínculo debido a las huellas dejadas.

Pueden ser situaciones de tensión crónica de gran estrés las enfermedades prolongadas, los conflictos de pareja continuos y situaciones de trabajo negativas, conflictivas y permanentes.

Otros aspectos son la soledad, sentirse solo/sola, pero las quejas más frecuentes en este sentido están dirigidas a la soledad en compañía, que limita la expresión del Yo, repercutiendo de forma negativa en la autoestima y en los afrontamientos centrados en la emoción, lo que se manifiesta a través de mecanismos evasivos y de rechazo.

Las personalidades favorecedoras de la salud, que tienden a conductas optimistas y de ver la vida como un reto, propenden con más frecuencia a buscar el placer en las relaciones sexuales que aquellas personas con tendencia al pesimismo y a la depresión.

El bienestar psicológico, como hemos visto, es un término abordado con frecuencia desde el estrés. Se define como la vivencia subjetiva relativamente estable que se produce en relación con un juicio de satisfacción por la vida en las áreas de mayor significación para cada individuo, y posee un carácter positivo, de disfrute personal.

En la medida en que el bienestar psicológico es mayor, mejor es el disfrute personal y más tiende hacia la búsqueda del placer sexual.

En los resultados del instrumento Goldberg, que mide bienestar psicológico, se observa en los pacientes estresados una tendencia al desajuste, puntuaciones en la prueba por encima de la norma y, a la vez, expresiones muy alejadas del disfrute y el goce sexuales.

El erotismo se lacera, al ser este la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación y orgasmo y que, por lo general, se identifican con placer sexual.

Por un lado, hay autores que plantean que las caricias y la sexualidad nos ayudan a soportar mejor el estrés, pero, por otro, la sexualidad causa estrés cuando existe un conflicto en este campo. Si la pareja tiene problemas no resueltos que cada vez causan mayor tensión, las caricias son percibidas y sentidas de forma negativa.

En el caso de las disfunciones sexuales tanto femeninas como masculinas, la relación de estrés que se crea en la pareja muchas veces se acrecienta por los pensamientos negativos que se generan, que no siempre son los mismos, lo que se refleja en el discurso, que no coincide por lo general, ya que las cuestiones de género influyen en la forma de visualizar las disfunciones o frustraciones en la respuesta sexual, de acuerdo con el sexo o el rol de pareja. En el caso de una pareja heterosexual, es muy común en consulta que el hombre con disfunción eréctil centre su discurso en la erección, mientras que las preocupaciones de la mujer

vayan dirigidas a la falta de atención o al pensamiento de una posible infidelidad.

En momentos de intensificación de estrés se acrecientan las dificultades en la comunicación con la pareja en cuestiones de la sexualidad: insuficiente comunicación erótica e incluso ausencia de fantasías eróticas.

La autoestima baja, los pensamientos negativos, los temores y las dificultades en los afrontamientos pueden ser causa y efecto de trastornos en la sexualidad, e incluso pudieran llegar a disfunciones sexuales de mantenerse por un tiempo mayor a tres meses y de no acudir al facultativo para orientación y tratamiento.

Por tanto, en la medida en que amplíemos los conocimientos en este campo, se modificarán concepciones que obstaculizan el desarrollo del placer y el disfrute en su sentido más amplio (entre otras, las discrepancias con la pareja y la familia) y se verán como parte de la vida.

La sexualidad humana es un elemento de gran importancia en la vida de hombres y mujeres, por lo que investigar y estudiar los vínculos entre estrés y sexualidad puede contribuir a brindar una mejor calidad de vida.

Referencias bibliográficas

1. Valdés M, Flores T. Psicobiología del estrés. Barcelona: Martínez Roca; 2000.
2. Hewitt J. Relajación. 5a. ed. Madrid: Pirámide; 1996.
3. Lazarus R, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
4. Ortega A. Estrés, salud y sexualidad. Editorial Capitán San Luis; 2009.
5. Ortiz A. El impacto de las emociones en la salud laboral. *Revista Jurídica de Lexjuris* 2001; 4.

6. Disponible en: <http://mujer.orange.es/sexualidad>.

7. Álvarez González M. Stress un enfoque integral. La Habana: Ed. Científico Técnica; 2000.

Bibliografía consultada

Zaldívar D. Conocimiento y dominio del estrés. La Habana: Ed. Científico Técnica; 1996.

AMOR Y APEGO EN LA ADULTEZ MAYOR

María Elena Real Becerra

A lo largo de nuestra vida, las personas formamos una amplia variedad de vínculos afectivos, pero no todos pueden definirse como apegos. El apego es la «vinculación afectiva intensa, duradera, de carácter singular, que se desarrolla entre dos personas, por medio de su interacción recíproca, y cuyo objetivo más inmediato es la búsqueda y mantenimiento de proximidad en el logro de seguridad, consuelo y protección» (1). Evidentemente, si se logra conseguir la seguridad deseada, el apego se definirá como *seguro* y, por tanto, se definirá como *inseguro* si no se logra esa seguridad anhelada.

En esta definición se destacan varios aspectos. En primer lugar, su *naturaleza esencialmente afectiva*, dado que se trata de la necesidad íntima de otra persona, en la que aparece un amplio espectro de emociones y sentimientos. En segundo lugar, su *perdurabilidad* a lo largo del tiempo, ya que no es una relación pasajera y de corta duración, sino que persiste durante bastante tiempo, a pesar de las separaciones. En tercer lugar, su *singularidad*, atendiendo a que se dirige hacia un núcleo reducido de personas, que desempeñan un papel central, y a las que se les trata de manera especial. En cuarto lugar, su *carácter no innato*, dado que es producto de la interacción; por tanto, si esa interacción es de mala calidad, el apego resultante también lo será. Y en quinto lugar, su objetivo básico de *búsqueda de seguridad*, que se conseguirá con la proximidad física o psicológica con la otra persona o ambas; esa sensación de seguridad será clave.

En el vínculo afectivo, podemos distinguir *tres componentes*: uno *conductual* (las conductas de apego); uno *afectivo* (los sentimientos asociados con la figura de apego); y uno *cognitivo* (el modelo mental de la relación). A continuación, desarrollamos cada uno de estos componentes.

En cuanto a las *conductas de apego*, se trata de manifestaciones observables y cuantificables que el sujeto despliega para lograr y mantener proximidad, contacto y comunicación con sus figuras de apego. El repertorio de conductas que se pueden poner en juego es numeroso y flexible, y quedará definido por su función, teniendo en cuenta que su objetivo será siempre lograr proximidad o contacto con la figura de apego. Para J. Bowlby (2), las conductas de apego se organizan en un sistema conductual del apego, muy sensible a los factores situacionales, cuya función es afianzar la seguridad y la protección del individuo, lo que aumenta las posibilidades de supervivencia. Ese sistema conductual del apego sería el responsable de seleccionar las conductas de apego específicas que se utilizan en cada situación concreta.

Es importante señalar que la ausencia de conductas de apego en un momento concreto no implica necesariamente la inexistencia de un vínculo de apego, sino que dependerá del contexto: si el sujeto interpreta el contexto como amenazante, se activarán esas conductas de apego. Por tanto, las conductas de apego son intermitentes, y su aparición e intensidad dependerán de múltiples factores: historia personal del sujeto, temperamento, situación, persona con la que interactúa, estado de ánimo... Así pues, encontraremos numerosas diferencias interindividuales e intraindividuales, en función de lo que se considere amenazante para activar la conducta de apego, y de la conducta de apego seleccionada.

Con respecto a los *sentimientos asociados con la figura de apego*, esos sentimientos suelen ser: la seguridad proporcionada por la proximidad de la figura de apego y la angustia originada por su separación o pérdida. Junto a esos sentimientos centrales, pueden aparecer otros, como cólera, temor, amor, pena, celos... Para un óptimo desarrollo, el ser humano necesita estar seguro, por ejemplo, de lo que puede esperar de sus figuras de apego (1). Esta sensación de seguridad en el otro es subjetiva y dependerá del modelo mental desarrollado y, consecuentemente, de la calidad de la relación.

En lo referente al *modelo mental de la relación*, este concepto fue introducido por J. Bowlby (2) para entender las diferencias en las formas de relación existentes entre los sujetos. El modelo mental de la relación sería un esquema global o una abstracción organizada mediante la cual «se filtra» la información significativa en las relaciones de apego. Se trataría de una creación personal del sujeto, basada en sus experiencias de relación con sus figuras de apego, que hace referencia a la organización de la memoria, de los conocimientos, de las experiencias y de los afectos, englobados en un conjunto coherente que puede dirigir e influenciar las evaluaciones y las acciones. Según esta autora, a partir de experiencias reales de interacción, el niño o la niña construye un modelo interno de la relación de apego que incluye expectativas, creencias y emociones complementarias sobre la accesibilidad y la disponibilidad de la figura de apego y sobre la capacidad de uno mismo para promover protección y afecto. De la interpretación que el niño realice de su experiencia y de las expectativas que genere, dependerá la calidad del apego que desarrolle. Es decir, si la figura de apego ha sido sensible a sus señales, el niño formará un concepto de ella como sensible y accesible, y de sí mismo como competente a la hora de promover su respuesta, y consecuentemente el niño desarrollará un apego seguro; si el cuidador no ha respondido a sus señales o lo ha hecho de forma inadecuada, el niño formará un modelo de su cuidador como incompetente a la hora de proporcionarle la respuesta deseada, y de sí mismo como ineficaz a la hora de obtener su cooperación y, por tanto, desarrollará un apego desadaptado.

Este modelo mental de la relación, en la medida que determina la calidad del vínculo, también afectará a los otros dos componentes del sistema de apego, determinando el tipo y la intensidad de las conductas de apego que el sujeto muestre y los sentimientos que la relación genere. Si el modelo mental es adecuado —la figura de apego es concebida como incondicional, disponible y eficaz y uno mismo como competente—, el apego será seguro, las conductas de apego serán adaptativas y los sentimientos sobre la relación serán de seguridad y confianza. Por el contrario, si el modelo mental es inadecuado (el concepto de la figura

de apego es de inaccesibilidad y escasa disponibilidad, y el concepto de sí mismo, de incompetencia a la hora de promover la respuesta materna deseada), el apego será inseguro, las conductas de apego serán desadaptadas y los sentimientos sobre la relación serán, entre otros, de inseguridad, desconfianza y resentimiento.

Ahora bien, en una aproximación al vínculo de apego a lo largo del ciclo vital, hemos de tener en cuenta que este vínculo se suele establecer, mantener y consolidar dentro de la familia. Por tanto, forma parte del sistema familiar, en continuo cambio, dado que una modificación en cualquiera de los elementos que lo integran, acaba repercutiendo en el resto de sus miembros y en el conjunto del sistema (3).

La familia continúa siendo el sistema básico desde el punto de vista emocional y social, ya que es en ella donde resolvemos nuestras necesidades de seguridad emocional, de contacto y de vinculación. Por consiguiente, la historia de apego a lo largo del ciclo vital estará muy condicionada por los diferentes sistemas familiares y por los roles desempeñados dentro de estos.

La principal figura de apego *en la vida adulta* suele ser un igual que coincide con la pareja sentimental, con lo que esas *relaciones de apego integran tres sistemas: el de apego, el de cuidado y el sexual.*

Las funciones del apego en la vida adulta son esencialmente las mismas que durante la infancia (el aporte de seguridad y protección); también se mantienen las formas de comunicación íntima que supone el vínculo del apego, aunque en este sentido el hecho más destacable es el progresivo desplazamiento de los apegos principales desde las figuras parentales hasta los iguales y la pareja.

En otras palabras, los *vínculos afectivos* que mediatizan y dan sentido a las relaciones promueven la supervivencia respondiendo a *tres necesidades* básicas en las personas: la necesidad de *seguridad emocional* (con la que se relaciona el vínculo de apego), la de *pertenencia a una comunidad* (con la que se asocia el vínculo de amistad) y la *sexual* (con la que se vinculan el

deseo, la atracción y el enamoramiento). Estas necesidades son claramente percibidas por los seres humanos, de tal forma que si una persona no las satisface y permanece desvinculada en uno o varios de los tres niveles (emocional, social o sexual), sufre sentimientos de soledad y es menos apoyada socialmente. Por tanto, esa función adaptativa de las vinculaciones afectivas va acompañada por una necesidad subjetiva sentida por el sujeto, de tal modo que se garantiza que los individuos no se desentiendan de los intereses de la especie y de su grupo de pertenencia (3).

Llegados a este punto en nuestro tema, debemos ocuparnos propiamente de los llamados vínculos de naturaleza sexual, el amor romántico y el enamoramiento en la adultez.

Según la definición de M. J. Cantero, «el amor es un compromiso que se desea recíproco, es una actividad, es un acto de voluntad que implica dar, y que se manifiesta por el deseo de cuidar al otro, por la responsabilidad voluntaria de estar disponible cuando se requiere, por el respeto por la persona tal y como es, y por el conocimiento íntimo del otro que posibilita, en última instancia, una actuación incondicional» (1). Ahí vemos que el amor no es un estado estático, sino un *proceso dinámico* a lo largo del cual se produce una cantidad de cambios en los sentimientos y las conductas de los miembros de la pareja amorosa, por lo que desde nuevos enfoques, diferentes de la teoría del apego, se han descrito estilos amorosos, en los adultos relativamente estables, que no tienen continuidad con los estilos previos de apego y que, incluso, pueden modificarse en función de las circunstancias concretas de la relación; es decir, se puede mantener una relación de pareja de un determinado estilo y, posteriormente, si se rompiera esa relación por cualquier circunstancia, iniciar otra relación nueva con un estilo diferente.

Estos son los presupuestos que hemos intentado contrastar en nuestra investigación sobre el desarrollo del amor y el apego a lo largo de la vida, por lo que nuestro trabajo consiste, fundamentalmente, en abordar la descripción del amor y el apego, en la adultez y propiamente en la *adultez mayor*.

Sea el *objetivo* de este trabajo, entonces, describir cómo son el amor y el apego en un grupo de parejas adultas mayores.

Metodología

En el planteamiento de esa descripción hemos empleado una metodología mixta (es decir, con técnicas tanto cuantitativas como cualitativas), que brinda especial importancia a la retrospectión. Así pues, nos hemos valido de un método autobiográfico que, al contar con la capacidad de recordar la propia vida de los sujetos, explora tres momentos temporales en su relación de pareja: el momento en el que se inició la relación, el momento en que esa relación estaba en la mitad de su duración y el momento en que finalizó la relación (o momento actual, si es que la relación sigue manteniéndose).

Para la descripción de las relaciones de amor y apego en la adultez mayor, se han utilizado dos acercamientos diferentes. Por una parte, hemos empleado instrumentos validados por autores como Sternberg, que constituyen el grueso de la metodología cuantitativa, como el Cuestionario de Historias de Amor y la Escala Triangular del Amor; por otra parte, hemos diseñado una entrevista semiestructurada que recoge, mediante una metodología cualitativa con sesiones de trabajo individuales, las principales características de la historia de amor más significativa vivida por la persona entrevistada. En este sentido, la persona nos narra cómo se había iniciado la historia, la duración de la misma, los hitos más significativos que marcarían el transcurso de dicha relación, los sueños e ilusiones que tenía cuando se inició la relación, los desengaños y frustraciones que pueda haber sufrido a lo largo de la misma... (4). Por consiguiente, podemos afirmar que nuestro estudio se ha basado, fundamentalmente, en datos cuantitativos que han sido comparados y enriquecidos con otros cualitativos.

Además, con un diseño transversal, hemos recogido datos procedentes de una población y muestra de 25 adultos y adultas mayores en edades

comprendidas entre los 65 y los 89 años, pertenecientes a una población que sigue vinculada al aprendizaje mediante la Universidad del Adulto Mayor, en el curso 2010-2011, quienes lógicamente mantienen las funciones cognitivas superiores que permiten llevar a cabo una entrevista y un estudio de este tipo.

Todas las entrevistas realizadas han sido registradas con grabadora, de manera que se facilite, con posterioridad, el análisis más detallado de la información recogida. Evidentemente, hemos contado con el consentimiento informado de la persona entrevistada para realizar esa grabación, con la garantía de que se protegería su identidad y que la información obtenida tan solo se utilizaría para fines científicos.

Consecuentemente, la generalización de los resultados que hemos encontrado estará limitada a la población que comparta estos niveles educativos y ocupacionales. Sin embargo, a pesar de esta limitación en la generalización de resultados, creemos que la utilización de esta muestra supone un posicionamiento, una mirada hacia grupos de personas que presentan un envejecimiento exitoso (5).

En nuestra opinión, la aportación más relevante con respecto a la muestra estudiada estriba en el hecho de haber trabajado con generaciones mayores. Si bien no ha sido posible momentáneamente la comparación entre diferentes generaciones (jóvenes, personas de mediana edad y personas mayores), se podría extrapolar los resultados obtenidos en investigaciones futuras.

El sesgo positivo de la muestra, caracterizado básicamente por la menor diferencia entre géneros (hombres y mujeres) en cuanto a nivel de estudios, y el hecho de que prácticamente todos los sujetos estudiados estén asistiendo a la Universidad del Adulto Mayor, ofrecen resultados que, aunque no sean estadísticamente significativos, merecen que se resalten a causa de las esperables diferencias de género encontradas en otras investigaciones sobre las relaciones de amor, con muestras generacionales más jóvenes (con respecto a expectativas al inicio de la relación

e hitos más importantes destacados del desarrollo de la misma), y en investigaciones anteriores (6, 7) con muestras de personas mayores.

Los resultados son procesados por el método de cantidad y/o frecuencia y se presentan en porcentajes en tablas y gráficos que se muestran en anexos al final de este trabajo.

Análisis y discusión de los resultados

De la investigación realizada se pueden derivar los siguientes resultados.

De la descripción narrativa de las entrevistas

En relación con el número de historias relatadas, hemos de destacar un aspecto fundamental: *la mayoría de las personas entrevistadas relatan una sola historia de amor.*

Con respecto al *inicio de la relación amorosa*, la mayoría de las historias de amor *se inician por una cercanía física entre sus miembros.*

Acerca de la duración de la relación de amor, la mayoría de las historias de amor relatadas *son de larga duración* (y esa duración es más larga cuanto mayor sea la edad de la persona entrevistada).

Del Cuestionario de Historias de Amor

En relación con la existencia de historias de amor más y menos elegidas, encontramos las siguientes:

- como historias más elegidas: la Historia de Viaje, la Historia del Jardín, y la Historia Democrática; es decir, la totalidad de las personas entrevistadas narran su relación de pareja como un viaje común que emprenden acompañados por la persona que han elegido, pudiendo dirigirse hacia el destino que prefieran,

como un jardín que hay que cuidar para que se desarrolle adecuadamente y florezca, y como un contexto en el que el poder se reparte equitativamente, tomando las decisiones de forma democrática;

- como historias menos elegidas: la Historia de Terror (en el papel de la víctima), la Historia de Terror (en el papel del que aterroriza) y la Historia Misteriosa (en el papel de detective). En este sentido, los entrevistados rechazan tener miedo de su pareja, provocar miedo en ella, o ser un detective que intente averiguar quién es la persona misteriosa con la que comparten una relación. Parece ser, pues, que los aspectos que impliquen miedo y sospecha son rehusados por las personas entrevistadas.

Así comprobamos que, según afirmaba R. J. Sternberg (8), existen tipos de historias más y menos compartidas por los miembros de cada cultura, en cada época histórica y contexto particular. Por tanto, estas serán las historias más y menos indispensables en el amor, según las personas de nuestro momento histórico y en nuestro contexto cultural.

Con respecto a la existencia de *diferencias en función del sexo* en cuanto a la elección de un tipo u otro de Historias de Amor:

- Encontramos que *los hombres eligen* la Historia de Viaje, la Historia Democrática y la Historia del Jardín (por ese orden, de mayor a menor elección), mientras que no eligen la Historia de Terror (en el papel del que aterroriza), la Historia de Terror (en el papel de la víctima) y la Historia Misteriosa (en el papel de detective) también por ese orden (es decir, de menos a más elegida; por tanto, la menos preferida aparece en primer lugar). Como podrá observarse, en el caso de los hombres, siguen apareciendo como historias más y menos elegidas las mismas Historias de Amor que habíamos comentado anteriormente, en el apartado dedicado a la muestra en general (sin distinción de género).

- *Las mujeres eligen* (de mayor a menor preferencia) la Historia del Jardín y la Historia Histórica (empatadas en primer lugar), la Historia Democrática y la Historia de Viaje; y no eligen la Historia de Terror (en el papel de la víctima), la Historia de Terror (en el papel del que aterroriza) y la Historia Misteriosa (en el papel de detective).

A este respecto, hemos de destacar varios apartados fundamentales, que detallamos a continuación.

En *primer lugar*, en el caso de las mujeres se modifica el orden en que las Historias de Amor son más elegidas, destacando el papel de la Historia del Jardín como nombrada en primer lugar, como representativa del importante papel que las mujeres otorgan al cuidado de los demás, a la preocupación por la relación. Además, también aparece como elegida en primer lugar la Historia Histórica (en la que se conceptualiza el presente como una acumulación de recuerdos del pasado y se tienden a archivar, física o mentalmente, todos los recuerdos y símbolos posibles del transcurso de la relación, como las fotografías, las cintas de vídeo...). Esta Historia Histórica no aparecía en el estudio de la muestra en general, ni en el apartado correspondiente a los hombres. Por tanto, ese relato narrativo que implica reflexionar acerca de la historia de la propia vida parece que es propio de las mujeres.

En *segundo lugar*, también deseamos señalar el orden en que aparecen las historias menos elegidas: Historia de Terror, en el papel de la víctima; Historia de Terror, en el papel del que aterroriza; e Historia Misteriosa, en el papel de detective (es decir, se rechaza en mayor medida la historia de amor que representa el papel típico de la violencia de género en las mujeres: el papel pasivo, de la víctima de esa violencia). En cambio, en el caso de los hombres, se rehúsa mayoritariamente el papel típico masculino en esa violencia de género: el papel activo del agresor, del que aterroriza.

Resultados sobre la Escala Triangular del Amor

En relación con la evolución de los componentes de la relación amorosa a lo largo del tiempo, hemos hallado evidencias de que la evolución de

los componentes del amor (intimidad, pasión y compromiso) a lo largo del tiempo no es la postulada en la teoría original de Sternberg (4).

En líneas generales, encontramos que, *en los inicios de la relación*, la intimidad y la pasión aparecen a un mismo nivel, superadas por el compromiso. En cambio, según Sternberg, en los inicios de la relación de pareja, lo verdaderamente importante es la pasión, quedando relegado a un segundo lugar el componente de intimidad y siendo prácticamente inexistente el de compromiso (4).

En un segundo momento temporal, en la medida que corresponde a *la mitad de la relación*, aumentan los tres componentes, quedando en el mismo orden (el compromiso en primer lugar, la intimidad le sigue a cierta distancia y la pasión queda más relegada). Sin embargo, según las investigaciones de Sternberg (4), en la mitad de una relación de cierta duración el componente más importante suele ser la intimidad, a la que le sigue la pasión (que ha perdido la predominancia que disfrutó) y empieza a ser destacable la presencia del compromiso.

En el tercer momento temporal (es decir, *en el final de la relación o en el momento actual*, si es que esa relación no ha finalizado) disminuyen los tres componentes, conservándose el orden anterior: primero el compromiso, seguido de la intimidad y queda última la pasión. Es importante destacar que la disminución más brusca es la de la pasión. Estos últimos resultados parecen concordar con los postulados originales de la teoría de Sternberg.

Así pues, nuestros resultados coinciden al parecer con los obtenidos por Villar, Villamizar y López-Chivral (7), quienes concluyeron que la estructura de la experiencia amorosa en personas mayores con parejas de larga duración es similar, pero no idéntica, a la que se encuentra en personas jóvenes o con relaciones más recientes. Los aspectos más característicos de estas relaciones adultas son los altos niveles de compromiso y sentido de responsabilidad y ayuda hacia la pareja, además de unos niveles comparativamente menores de pasión.

Asimismo, si comparamos los resultados de este estudio con los de otras investigaciones llevadas a cabo con muestras de edades mucho más jóvenes, como los estudios originales de Sternberg en contexto americano (4), nos encontramos ante evidentes cambios generacionales en el campo de las relaciones de amor.

Como ya hemos comentado, las relaciones de amor en las parejas de edades más avanzadas se caracterizan por un alto grado de compromiso, de responsabilidad hacia el otro y por bajos niveles de pasión.

Sin embargo, las investigaciones sobre relaciones de pareja en adolescentes y jóvenes adultos han concluido que sus relaciones están altamente marcadas por el componente pasional (9).

En concreto, las relaciones de amor de los adolescentes de hoy muestran un triángulo muy desequilibrado, según la terminología de Sternberg (4), a favor del componente de la pasión (que supera ampliamente a los de intimidad y compromiso). En este sentido, en otros estudios se han encontrado resultados que evidencian cómo la pasión era incluso más alta en las relaciones «reales» que se experimentaban en ese momento, comparada con el grado de pasión que manejan como ideal los adolescentes que nunca han mantenido una relación de pareja y que reflexionan sobre esta como una posibilidad de futuro (9).

Por consiguiente, esa clara diferencia entre las relaciones de pareja de personas de edades más avanzadas y las relaciones de pareja en la adolescencia o la juventud adulta, nos están confirmando los cambios generacionales que ya se evidencian. Las circunstancias que rodearon el crecimiento y el desarrollo de las personas mayores, son muy diferentes a las que están determinando ese crecimiento y desarrollo de las generaciones más jóvenes, lo que motiva numerosas discrepancias que se reflejan en todas las áreas de la vida.

En este sentido, es evidente que la vivencia de diferentes experiencias compartidas está conformando un cambio generacional en unos

jóvenes que se socializan más desde la experimentación grupal (compartiendo y ensayando valores con otros adolescentes y jóvenes) que desde la reproducción de lo transmitido por otras instancias históricas de socialización (como la familia, la escuela, las iglesias, los partidos políticos e incluso los medios de comunicación social). Así pues, los cambios y las transformaciones que se han producido en los últimos tiempos en nuestra sociedad, han desplazado los valores dominantes de la llamada modernidad por *los valores de la postmodernidad o alta modernidad* (10). Los jóvenes de hoy viven en valores como:

- la tolerancia (se acepta el pluralismo);
- la conciencia ecológica;
- la ausencia de límites o de normas (se está abierto a nuevas sensaciones y emociones, ejemplificadas por la expresión «lo que aguante el cuerpo»);
- el individualismo;
- el presentismo, con la consiguiente dificultad de proyectarse en el futuro (por lo que se vive el presente «a tope»);
- una concepción utilitarista del trabajo, que aparece como un medio de realización personal;
- la aceptación de la familia de origen como «ayuda gratuita»;
- el pacifismo, que da lugar al antimilitarismo;
- la inseguridad ante un futuro que perciben difícil;
- la supervaloración de la emoción sobre la mera razón.

Como es lógico, estos valores pueden traer consigo (y en verdad lo hacen) aspectos positivos en el desarrollo de las generaciones más jóvenes. Pero es evidente que entorpecen una construcción óptima de sus relaciones de pareja, excesivamente fundamentadas en el componente de la pasión, lo que resta importancia a la intimidad y al compromiso, fundamentales si se desea mantener una relación de mayor duración, según lo evidenciado por nosotros en estudios sobre «el amor y la intimidad emocional» en la relación de pareja (11).

Queda para la reflexión el posible efecto que este desequilibrio en las relaciones de pareja de las generaciones más jóvenes pueda tener sobre el claro aumento de los fracasos y las rupturas matrimoniales, sobre todo si comparamos esas relaciones de amor con las de personas de edades más avanzadas.

Conclusiones

1. La mayoría de las personas estudiadas ha experimentado una sola historia de amor.
2. La mayoría de las historias son de larga duración (y a mayor edad de la persona, mayor duración de la relación).
3. Existen claramente Historias de Amor más y menos elegidas por los sujetos estudiados.
4. Además, existen diferencias en cuanto al género en la elección y rechazo de esos tipos de Historias de Amor.
5. Los componentes de la relación amorosa (intimidad, pasión y compromiso) evolucionan a lo largo del tiempo, y esa evolución difiere en nuestra investigación con respecto a la evolución descrita en las investigaciones originales de Sternberg (4). En nuestra opinión, esa discrepancia está causada por el tipo de muestra empleada en cada estudio: población adulta joven, en el caso de Sternberg, y adultez mayor en nuestro caso.
6. Los componentes de la relación amorosa (intimidad, pasión y compromiso) se mantienen en el tiempo.

Recomendaciones

Realizar este estudio en otras muestras poblacionales de adultez mayor y comparar sus resultados entre sí, así como con muestras de adolescentes y jóvenes de nuestro país.

Referencias bibliográficas

1. Cantero MJ. Proyecto docente. Valencia: Universidad de Valencia; 2001.
2. Bowlby J. El apego. Barcelona: Paidós; 1998.
3. López F. Evolución del apego desde la adolescencia hasta la muerte. En López F, Etxebarria I, Fuentes MJ, Ortiz MJ, coordinadores. Desarrollo afectivo y social. Madrid: Pirámide; 1999. pp. 67-93.
4. Sternberg RJ. La experiencia del amor. La evolución de la relación amorosa a lo largo del tiempo. Barcelona: Paidós; 2000.
5. Gutiérrez M. Envejecimiento óptimo: un estudio en mujeres de 65 a 75 años de edad. Valencia: Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Valencia; 2006.
6. Holmberg D, Orbuch TL, Veroff J. Thrice-told tales. Married Couples Tell Their Stories. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates; 2004.
7. Villar F, Villamizar D, López Chivral S. Los componentes de la experiencia amorosa en la vejez: personas mayores y relación de pareja de larga duración. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 2005; 40(3):166-177.
8. Sternberg RJ. El triángulo del amor. Intimidad, pasión y compromiso. Barcelona: Paidós; 1989.
9. Calatayud MP, Serra E. Las relaciones de amor en los adolescentes de hoy. Barcelona: Octoedro; 2002.
10. Elzo J. Evolución de la realidad sociológica del adolescente y su intervención psicológica. Pamplona: Universidad Pública de Navarra; 1998.
11. Real Becerra ME. Intimidad emocional y asunción del compromiso. En Intimidad emocional y relación de pareja. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007.

Bibliografía consultada

- López Sánchez F. (2003). Apego y relaciones amorosas. *Información Psicológica* 2003; 82:36-48.
- Villar F. (2006). Historias de vida y envejecimiento. Informes Portal mayores 59. Artículo 7 [citado May 2011]. Disponible en: <http://www.insersomayores.csic.es/documentos/documentos/villar historias-01.pdf>.

SEXUALIDAD, ENVEJECIMIENTO Y DERECHOS.

UNA MIRADA DESDE LA CÁTEDRA UNIVERSITARIA DEL ADULTO MAYOR

Teresa Orosa Fraíz

Este trabajo quiero dedicarlo al máster Reynaldo Rojas Manresa, mi compañero de labor, profesor fundador de la Cátedra del Adulto Mayor, quien impartiera por primera vez el tema de la sexualidad a los primeros grupos de alumnos mayores de nuestro programa.

Recuerdo su profesionalidad y su simpatía al tratar este tema. Un día cuando había dado por terminada su clase, una adulta mayor, la mayor de todo el grupo, una mujer con bastón y con muchas limitaciones físicas, le dijo: «Profesor, usted ha ido presentando una serie de aspectos acerca del tema de la sexualidad; sin embargo, aún no ha hablado sobre la masturbación. Por favor, desearía que nos abordara sus criterios sobre eso».

Quizás Reynaldo quedó desconcertado por la pregunta; al menos yo quedé así, pues los mitos no existen en abstracto ni solo en los mayores. De cualquier manera, el profesor pasó de inmediato a ofrecer toda una explicación acerca de la masturbación, y la alumna quedó complacida.

Han pasado años desde esos primeros cursos. Varios adultos mayores se han ido preparando para impartir este tema dado la rápida multiplicación de nuestro programa a nivel de cada comunidad. Pero ahí está la experiencia de Reynaldo; su semilla también está en la Cátedra del Adulto Mayor.

Este trabajo cuenta con tres momentos: una breve caracterización de la Cátedra del Adulto Mayor, un resumen de los aspectos tratados con los adultos mayores y, en último lugar, algunos aspectos referidos a los derechos de las personas mayores.

Solo a manera de énfasis inicial deseo puntualizar que en cualquier tema de estudio sobre el envejecimiento y la vejez ha de partirse del carácter individual y la impronta del desarrollo de cada persona a lo largo de la vida y la determinación social y cultural en los procesos de la subjetividad.

En otras palabras, cada persona es de mayor según como ha sido a lo largo de la vida y lo que ha aprendido durante esta. Cada persona mayor es diferente a otra, ya que es precisamente la edad en que más individuo uno es. Y en el tema de la sexualidad esto se expresa de diferentes maneras.

En Cuba el programa de educación dirigido a personas mayores se denomina con el término de Cátedras Universitarias del Adulto Mayor (CUAM), las cuales constituyen grupos multidisciplinarios con misiones de investigación, asesoramiento de proyectos y capacitación gerontológica, así como el desarrollo y dirección en cada provincia del programa de aulas o universidades de mayores.

Las aulas o universidades de mayores ya existen en todas las provincias y municipios del país, por lo que el programa dispone de grupos de mayores tanto de carácter urbano como rural, y funcionan en los predios universitarios, en casas de cultura, museos de la localidad, áreas de salud, cooperativas agrícolas y en escuelas, entre otros lugares.

La Cátedra Universitaria del Adulto Mayor de la Universidad de La Habana, como fundadora del programa bajo Resolución Rectoral número 73/2000, constituye Centro de Referencia Nacional. Desde su creación ha desarrollado una labor de promoción y asesoramiento de este programa a lo largo de todo el país. Dicha Cátedra radica en la Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana.

Se fundó el 14 de febrero del año 2000, bajo el coauspicio de la Central de Trabajadores de Cuba y la Asociación de Pedagogos. Desde entonces ha atendido de forma sistemática a cincuenta y cinco aulas

o universidades de mayores, para un acumulado de 14 398 mayores capitalinos egresados.

A su vez, en Cuba ya existen diecisiete Cátedras del Adulto Mayor de carácter provincial, con un total de 562 aulas o universidades de mayores, y un acumulado de 85 312 mayores egresados a lo largo de todo el país.

Consideramos que el programa de Cátedras Universitarias del Adulto Mayor constituye una expresión de buenas prácticas por:

- su carácter accesible;
- su carácter sostenible sobre la base del voluntariado y sin requerimiento de financiamiento;
- sus enfoques teóricos de partida acerca del desarrollo humano, y de la educación como factor de prevención en salud;
- la labor de los propios adultos mayores como gestores, alumnos y profesores;
- la contribución al desarrollo local;
- los significativos resultados a favor del bienestar, la continuidad social y sentido participativo de miles de mayores, memoria histórica de nuestro pueblo.

Los objetivos generales son:

1. Actualización cultural y científica técnica de los cursantes.
2. Aprender a ser mujeres y hombres mayores de esta época.
3. Provocar cambios de carácter espiritual en los cursantes: desarrollo cognitivo y afectivo-motivacional y sociabilidad.
4. Reinserción social de los egresados en diversos proyectos comunitarios.
5. Promover una imagen social del envejecimiento y la vejez en escenarios educativos.
6. Promover la identidad con la edad y los procesos de cambios correspondientes.
7. Promover acciones de carácter intergeneracional.

8. Fomentar una nueva cultura gerontológica de desarrollo y no paternalista acerca del envejecimiento.

Descripción de la experiencia

El programa de Cátedras Universitarias del Adulto Mayor y sus aulas o universidades con mayores es auspiciado y presidido por la Dirección de Extensión Universitaria del Ministerio de Educación Superior de la República de Cuba y coauspiciado por la Central de Trabajadores de Cuba, en su atención a los jubilados, y la Asociación de Pedagogos de Cuba, en su labor de capacitación a los educadores. Asimismo, colaboran el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Educación, el Instituto de Deporte, Cultura Física y Recreación, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, así como los ministerios de Cultura y de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente.

Las instituciones auspiciadoras y colaboradoras facilitan los recursos humanos calificados como los profesores, además de los locales para el desarrollo del curso escolar, la conformación de los claustros docentes y la labor del voluntariado. Debe referirse que en función de garantizar el proceso de extensión del programa a lo largo de todo el país, una parte de los docentes provienen de los propios egresados adultos mayores más calificados, los cuales transitan, posteriormente por procesos de capacitación para convertirse en docentes de sus propios coetáneos.

El programa es de carácter gratuito para sus cursantes, por lo que los alumnos no pagan ni los profesores cobran.

El programa de las Cátedras Universitarias del Adulto Mayor consta de tres sistemas:

1. Curso básico de un año escolar, con diversos temas organizados a través de cinco módulos docentes: Introductorio o Prope-

déutico, Desarrollo Humano, Educación y Prevención de Salud, Cultura Contemporánea y Seguridad Social. A su vez, los módulos se desarrollan teniendo en cuenta cinco ejes temáticos: género, creatividad, pensamiento martiano, medio ambiente y valores.

2. Cursos de continuidad, dirigido a los egresados del programa básico y con diversidad temática, de manera que se pueda profundizar en temas presentados en el curso básico, así como en otros temas de interés solicitados por los egresados o a propuesta de los especialistas de cada comunidad.
3. Cursos de capacitación, dirigido fundamentalmente a adultos mayores egresados que se convierten en fuente de los claustros docentes de dichas aulas.

Como parte del proceso docente, se realizan constantes acciones de perfeccionamiento al programa, teniendo en cuenta la aparición de nuevos temas de interés y las necesidades cognitivas de cada grupo y generación de cursantes matriculados en las aulas. Se ha de destacar la importancia de la adecuación del programa en las aulas correspondientes a adultos mayores institucionalizados.

En la actualidad el tema acerca de la sexualidad se desarrolla en el contexto del módulo docente dedicado al Desarrollo Humano, aunque inicialmente se impartía en el módulo de Salud.

En el tema se abordan los siguientes aspectos:

- concepto de sexualidad;
- lo biológico y social en la sexualidad;
- sexualidad e imagen corporal en el adulto mayor;
- erotismo y autoerotismo en el adulto mayor;
- las relaciones interpersonales en la pareja de adultos mayores;
- salud sexual en los adultos mayores;
- el adulto mayor como promotor de salud sexual en las nuevas generaciones.

Abordar la sexualidad implica tener en cuenta las características del denominado «Patrón cultural de la sexualidad». Y ello está determinado por los siguientes paradigmas: lo coital-lo juvenil-lo matrimonial-lo reproductivo-lo patriarcal. Todo lo que no constituya o se desvíe de este patrón, aún se categoriza de forma inadecuada; por supuesto, de ahí se derivan numerosos mitos acerca de la sexualidad en las personas mayores.

En las clases, así como en los trabajos de cursos que sobre el tema han elaborado los mayores, se identifican un conjunto de indicadores y factores sobre la sexualidad y el envejecimiento:

- motivación y deseo sexual;
- afectividad y los sentidos;
- diversidad o individualidad sexual;
- disfunción sexual previa;
- etapa de la vida que se transita;
- autoestima;
- características de la relación de pareja;
- calidad de vida;
- sobrecarga de trabajo y doméstica;
- higiene personal y autocuidado;
- atmósfera sutil de cortejo;
- educación sexista y patriarcal;
- caída estrogénica y climaterio: climaterio-pérdida de deseo y estigmas en la mujer;
- mito: retirada de menstruación-retirada de deseo sexual;
- climaterio masculino: disminución de impulso del chorro eyaculatorio;
- cambios en la configuración corporal;
- pareja disponible y disponibilidad de la pareja;
- bienestar, placer;
- indiferencia, pasividad sexual: «él sí, pero yo no».
- aversión, abuso sexual.

- Estudio de mujeres postmenopáusicas: presencia de deseos sexuales sin necesidad de estimulación de la pareja, basados en los pensamientos, fantasías e imágenes de relaciones anteriores.

Finalmente, y como parte de la convocatoria a este panel, he revisado algunos de los documentos más importantes vinculados a las personas mayores.

En dicha revisión salta a la vista la importancia de los derechos de los mayores en temas de relevancia vital a nivel mundial: no existencia de seguridad social para los no pensionistas o desempleados; situación de los desplazados; desatención a los adultos mayores indígenas, emigrantes e institucionalizados; ausencia del consentimiento informado; analfabetismo; y el no derecho a una vivienda, entre otros.

Con relación al tema de la sexualidad (o vínculo con el tema de la sexualidad), se enfatiza de manera general el enfoque de género. En el denominado Plan de Madrid (II Asamblea Mundial de Envejecimiento, Madrid, 2002) aparece el inciso que refiere: «Lograr integración de una perspectiva de género en los programas, políticas y leyes».

En la Reunión Seguimiento de dicho Plan de Madrid (en Santiago de Chile, 2003) se introduce el capítulo dedicado al fomento de la salud y el bienestar en la vejez, así como un objetivo específico: «Estimular que las políticas de atención femenina incluyan temas específicos para las adultas mayores en el campo de la salud sexual y reproductiva».

En la actualidad numerosos países y redes de mayores se encuentran proponiendo la Convención de Derechos Humanos. En dicho documento, impulsado por la Red Continental de Mayores de América Latina y el Caribe, se propone en un artículo el derecho a la privacidad y a la intimidad.

En mayo de 2012 se celebró la Reunión de Seguimiento Madrid +10, y en el documento de relatoría o Carta San José de Sociedad Civil aparecen dos artículos importantes sobre el tema:

- «Garantizar protección especial de las personas mayores que por identidad de género, orientación sexual, estado de salud o discapacidad, religión, origen étnico, situación de calle u otras condiciones de vulnerabilidad, corren mayor peligro de ser maltratadas».
- «Prevenir, sancionar y erradicar todas las formas de violencia contra las mujeres mayores, incluida la violencia sexual».

A manera de conclusión, deseo enfatizar en la importancia de un pleno desarrollo sexual a lo largo de toda la vida.

Bibliografía consultada

II Asamblea Mundial de Envejecimiento. Plan de Madrid, España, 2002.
Reunión Seguimiento Plan de Madrid. Santiago de Chile, Chile, 2003.
Reunión de Seguimiento Madrid + 10. Carta San José de Sociedad Civil. San José, Costa Rica, 2012.

LA SEXUALIDAD EN UN GRUPO DE PACIENTES ALCOHÓLICOS

Annia Duany Navarro, Gloria Hernández Marín

Las adicciones son una de las grandes pandemias del mundo actual, y el alcohol ocupa un lugar preponderante, de ahí que se le llame la droga portera y modelo (1). El consumo de alcohol y sus complicaciones son una de las mayores causas de solicitud de atención en psiquiatría, porque es una de las drogas que modifica la conducta al actuar sobre la conciencia y la personalidad del individuo.

Al afectar la conciencia, daña el sustrato biológico en que se produce la representación de la realidad objetiva (el cerebro), fundamentalmente la neocorteza cerebral y las conexiones prefrontales. La conciencia es también una función psíquica exclusiva del ser humano, que se debe al desarrollo biológico y social y le permite su adaptación creadora al medio (2).

Por su parte, la personalidad es un conjunto estructurado y consistente de características biopsicosociales, culturales y espirituales que se establecen durante la interacción dialéctica sujeto-medio. Es la manera de ser, hacer, reaccionar, resolver y ser percibido (imagen) de un sujeto que lo diferencia de otro (3).

El alcoholismo está relacionado con múltiples enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias y cirrosis hepáticas (4); en ocasiones es un factor de riesgo que, junto a otros, facilitan la aparición de estas entidades o como una complicación directa del consumo de alcohol.

Se plantea que 70 % de la población mundial consume alcohol, de ellos 10 % se convierten en adictos. En relación con la distribución según el sexo, se dice que existe una proporción de 10,4 hombres consumidores de alcohol por cada mujer (5).

La sexualidad forma parte de nuestra personalidad, por lo que en cada actividad que realizamos está presente, independientemente de nuestra voluntad. El aspecto psicológico de la sexualidad se relaciona con la identidad sexual, la que a su vez está conformada por tres elementos indivisibles: la identidad de género propiamente dicha, el rol de género y la orientación sexual (6). En otras palabras, estos serían: el sentimiento de pertenencia a género (masculino, femenino o ambivalente), la forma en que se expresa y la preferencia sexual para elegir a su compañía sexual. Todos estos elementos tienen una importante connotación social.

El género es una construcción simbólica que reside en identificar las expectativas y los valores que una cultura concreta asocia al hecho de ser mujer u hombre, y al carácter y calidad de las relaciones que se establecen entre ellos. Se puede definir como el conjunto de asignaciones culturales que diferencia a los hombres de las mujeres y los articula frente a los recursos; se expresa en el desempeño de roles y en el modo de actuación social en los espacios donde se genera la continuidad cultural (7). De esta construcción social no siempre nos podemos desprender; no forma parte de nuestra personalidad, pero sí de la interacción con el medio, que anula nuestra individualidad.

Al tener en cuenta estos elementos, decidimos realizar esta investigación y nos propusimos:

- Identificar los principales problemas relacionados con la sexualidad que refieren los pacientes bajo tratamiento por ingestión de alcohol que solicitaron atención en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Salvador Allende.

Metodología

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo con un grupo de pacientes que presentaron problemas relacionados con el alcohol y que solicitaron

atención en el servicio de Psiquiatría del Hospital Salvador Allende, tanto de forma ambulatoria como ingresados.

El estudio se realizó entre marzo de 2007 y marzo de 2009.

Todos los pacientes que participaron en la investigación dieron previamente su consentimiento para que pudiera utilizarse la información que expresaron en esta investigación. Se realizaron entrevistas semiestructuradas e individuales a 120 personas (n=120).

Los acápites tratados durante la entrevista fueron:

- datos generales: edad, raza, escolaridad, vínculo laboral, estado civil, características del consumo (tiempo, cantidad, frecuencia);
- relaciones familiares, de pareja y con los hijos;
- problemas de la sexualidad que identifican y su relación con el consumo;
- conceptualización del ser hombre o mujer y su relación con el consumo de alcohol.

Análisis y discusión de los resultados

El grupo de estudio estuvo constituido principalmente por hombres (n= 95), lo que está en relación con las estadísticas de esta entidad clínica (5). Las edades estuvieron entre 35 y 50 años, a pesar de que el consumo de alcohol se inicia tempranamente (entre 14 y 15 años). La evolución de esta enfermedad es lenta, por lo que los pacientes, por lo general, llevan más de diez años de consumo cuando solicitan ayuda a causa de los problemas que le produce, tanto desde el punto de vista físico y social como personal. La distribución fue similar en cuanto a color de la piel.

En cuanto al vínculo laboral, la mayoría no tenía un trabajo estable y muchos lo hacían por cuenta propia, algo que les permite obtener dinero

de forma rápida y justifica una conducta poco responsable, porque, como muchos dijeron, «no tienen jefes ni horarios».

La edad de inicio del consumo fue alrededor de los 12 años, aunque el incremento de la cantidad y frecuencia fue con la adultez (entre 25 y 30 años), llevando una evolución de la enfermedad de entre quince y veinte años.

Entre otros datos, se obtuvo que 75 % de la muestra eran fumadores, entre una y dos cajetillas diarias; 50 % de ellos plantearon que tenían una relación de pareja; la escolaridad promedio fue de duodécimo grado.

Solo 35 pacientes de los entrevistados mantenía una abstinencia de más seis meses.

La sexualidad está constituida por múltiples aspectos, por lo que estudiarla en su conjunto se hace difícil, de ahí que nos interesamos por elementos importantes que tienen que ver con la familia como célula fundamental, en la que se desarrolla el ser humano y expresa sus afectos (diversos roles como hijo, padre, madre o parejas o ambas), elemento importante en la sexualidad. Destacamos los principales problemas referidos.

Dificultad en la comunicación. «Comunicarse es relacionarse con otro, dialogar, tener en cuenta al otro». Este acápite fue identificado tanto cuando hablaban sobre sus relaciones dentro de la familia con madres, padres o hijos como dentro de la relación de pareja, sobre todo cuando la relación era de mucho tiempo. La comunicación es algo más que la palabra; es uno de los elementos que permite al ser humano expresar sus afectos. En la familia la comunicación aparece como un proceso de interacción social, en el que cada uno de sus miembros intercambian e interactúan entre sí a partir de señales y símbolos que cada miembro codifica y descodifica dentro de un marco referencial (8, 9).

La comunicación tiene dos formas: la verbal y la no verbal; solo fue referida la verbal por los sujetos entrevistados. Este no reconocimiento

explícito de la comunicación no verbal deja sin cuidado la gestualidad y las expresiones faciales y corporales, por lo que se transmiten mensajes contradictorios que son identificados por el otro y producen «ruidos» en la comunicación interpersonal. Incluso esta se mantiene alterada durante la abstinencia, ya que comienzan los miedos a qué decir y cómo decirlo, algo que también ocurría al despertar de una ingesta.

Deterioro o ruptura de los vínculos afectivos. Este aspecto se relaciona mucho con el anterior, y también es una de las consecuencias directas por el consumo de alcohol, ya que con frecuencia hay abandono de las responsabilidades en los roles como madres o padres, así como relación con el siguiente aspecto identificado.

Presencia de violencia. La violencia no solo está en la relación de pareja, sino también en el seno de la familia, en la que muchas veces se establece la comunicación sobre la base del maltrato, los gritos, las ofensas y las humillaciones, llegando a la violencia física, en muchos casos entre las parejas. Este elemento fue identificado por los hombres, ya que las mujeres reconocen que ellas, a pesar de beber, tratan de cumplir con todos sus «deberes como madres y mujeres», además de que en la totalidad de los casos sus parejas también bebían, así que entre ambos se expresaba la violencia.

Dudas acerca de la posibilidad de cortejar y establecer nuevas relaciones. Este fue un elemento que solo fue identificado por los hombres, quienes expresan que aprendieron a enamorar con un trago por el medio y después se hace difícil pensar cómo lograrlo sin este. Plantean que «eso tiene que ver con ser hombre, [pues] ¿cómo serlo sin beber en determinados momentos?» y «el alcohol sirve para romper barreras». Esta relación entre el alcohol y la construcción de género ya ha sido demostrada en otros estudios (10).

Esta diferencia entre la visualización de la relación con el alcohol entre mujeres y hombres que se ha expresado en estos dos últimos acápites, se relaciona con la construcción de género (en la que interviene la

familia y la sociedad), que hace que se vea con perspectivas diferentes a hombres y mujeres tanto en el consumo de alcohol como en la enfermedad. Esta visualización diferenciada entre hombres y mujeres se encuentra también en otros autores (11-13), en la que quedan unos más protegidos o más desprotegidos que otros, según el análisis que se realice de las diversas entidades médicas.

Aparición de «conflictos» en la relación de pareja después de estar en abstinencia. Las mentiras y los engaños que han mediado en la comunicación entre ellos y sus familiares, fueron otra de las dificultades identificadas, que en ocasiones se perpetúa aun durante la recuperación e interfiere en las relaciones, pero que a la vez su enfrentamiento les genera miedo. Esto permite de alguna forma no legalizar conflictos no resueltos y que muchas veces no son producto de la embriaguez del paciente, aunque este estado los agrava.

El tema es más preocupante para los hombres que para las mujeres. Lo que pudiera estar en relación con el «funcionar bien» sexualmente, es importante para la evaluación de la masculinidad, mientras que para las mujeres no lo es tanto, pues ellas deben tener oculta su sexualidad.

Las disfunciones sexuales no se reportaron dentro de los problemas referidos.

Se puede concluir que:

1. La sexualidad de las personas con problemas con el alcohol se encuentra afectada tanto durante el consumo como en la abstinencia.
2. Existe relación entre masculinidad y el consumo de alcohol.

Por lo cual recomendamos que el abordaje de la sexualidad deba ser incluido dentro de las líneas de trabajo psicoterapéutico dirigido a personas que demandan atención por consumo de alcohol.

Referencias bibliográficas

1. González R. *Contra las adicciones. Clínica y terapéutica*. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 2002. pp.1-35.
2. González R. *La psicología en el campo de la salud la enfermedad*. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 2004. pp.15-20.
3. González R. *Clínica y terapéutica Psiquiatría básica actual*. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 1998.
4. Harrison. *Manual de medicina*. 15a. ed. Mc Graw-Hill-Interamericana de España; 2002.
5. Martínez M. *Cuando el camino no se ve*. Santiago de Cuba: Ed. Oriente; 2005. p. 59.
6. Monroy de Velasco A. *Salud y sexualidad*. En Monroy de Velasco A, editor. *Salud, sexualidad y adolescencia*. Ed. Pax México; 1988. pp. 24-27.
7. Artilles L, *et al*. *Ambiente, persona, sociedad y cultura: integralidad en el proceso de atención a la mujer de edad mediana*. En *Climaterio y menopausia. Un enfoque desde lo social*. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 2007. pp. 59-66.
8. Martínez C. *Para que la familia funcione bien*. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 2005. pp. 10-25.
9. Santos Z. *La comunicación en la familia*. En Urrutia L de. *Sociología y trabajo social aplicado*. La Habana: Ed. Félix Varela; 2003. pp. 213-218.
10. Duany A. *Masculinidad y trastornos psiquiátricos*. I Jornada Cubana de Masculinidades. CENESEX, Ciudad de La Habana; 2006.
11. González Pagés JC. *Feminismo y masculinidad ¿mujeres contra hombres?* *Temas* 2004 Abr-Sep; 37-38:4-12.
12. González Pages JC. *Estudios de masculinidades en Cuba*. Los nuevos desafíos. I Jornada Cubana de Masculinidades. CENESEX, Ciudad de La Habana; 2006.
13. González Pagés JC, Ulloa O, Mestre Y, Pérez M. *Género en disputa: masculinidades al debate*. En VII Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género. Libro resumen; 2008; La Habana, Cuba.

VIOLENCIAS: TEXTOS Y CONTEXTOS



EL BULLYING HOMOFÓBICO: APUNTES PARA UNA INVESTIGACIÓN

Yoanka Rodney Rodríguez, Mirtha García Leyva

En un cuaderno escribí la fecha y hora de cada una de las veces que fui acosado. Lo llevé al director. Él me dijo, Hijo, tienes demasiado tiempo disponible para preocuparte por estas cosas. Sin embargo, yo tengo cosas más importantes que hacer que preocuparme por cosas que ocurrieron hace dos semanas. Le dije: Quería que se hiciera una idea del acoso que se produce diariamente. El cogió el cuaderno y lo tiró a la basura

[estudiante de América del Norte, acosado por ser supuestamente homosexual, 2005].

P. P. SÉRGIO (1).

Introducción

La violencia entre escolares dentro y fuera de la escuela es un fenómeno común que afecta a las instituciones educativas y constituye para muchas personas un fenómeno cada vez más frecuente, que se interpreta como un reflejo de lo que ocurre en la sociedad.

Sin embargo, pocas personas se detienen a pensar que lo que sucede es que hoy las personas son más sensibles al fenómeno y lo identifican mucho más que antaño, a la vez que desde hace casi treinta años se acumulan numerosos estudios sobre el tema, por lo que es importante frenar lo que creen algunos profesionales, medios masivos y la opinión pública: la vida en las escuelas a veces es un infierno. Tal y como afirmará un especialista del tema, con quien estas autoras coinciden: «Ni la escuela es un infierno ni esos episodios de acoso y de violencia son nuevos» (2:2).

Según el informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas, desde la década de los setenta del pasado siglo se experimenta «un creciente reconocimiento de la amenaza que plantea el acoso escolar para el bienestar de niñas y niños y una importante actividad investigadora que

examina sus causas, prevalencia y efectos tanto en las víctimas como en los autores» (1:121).

En este sentido se destacan las investigaciones realizadas a partir de la década de los setenta del pasado siglo en Escandinavia, Japón, Gran Bretaña, Holanda, Canadá, Estados Unidos y España (3-5).

Estos estudios han posibilitado la existencia de un caudal de información sobre las características de los agresores y las víctimas; los diferentes factores de riesgo individuales, familiares, comunitarios y sociales que contribuyen a su aparición; y las diversas vías que contribuyen a su prevención.

También en los últimos años se amplía la definición del término con la finalidad de incluir formas más sutiles y complejas de violencia psicológica, y de distinguir el fenómeno de otras formas de violencia, ya que representan un patrón de comportamiento más que un evento aislado, a la vez que revelan que casi todo el acoso es sexual o basado en el género, elemento que cambia la percepción del acoso de manera tal que las respuestas apuntan a incidir en las pautas de comportamiento (1).

Este artículo tiene como finalidad contribuir a la identificación del *bullying* o acoso homofóbico, del cual son víctimas un número considerable de estudiantes en las escuelas, a espaldas del profesorado algunas veces y en otras no.

Desarrollo

La homofobia y el sexismo están estrechamente relacionados y sirven para acosar e intimidar a niños, niñas, adolescentes y jóvenes más vulnerables. Por una parte, se persiguen todas las rupturas de género y sexualidad de todos, independientemente de su orientación sexual y género; por otra, se les recuerda a las personas gays, lesbianas, transexuales y bisexuales que han de esconderse, que han de ocultar partes significativas de sus

vidas y que, si se muestran tal cual son, pueden ser objeto de rechazo, aislamiento, burla y acoso.

La escuela es una institución social que reproduce los problemas sociales en un marco más pequeño de la sociedad, por tales razones no se equivocaron las inglesas Askew y Carol Ross en 1991 cuando advirtieron que «el sexismo en la escuela constituye un microcosmo del sexismo en la sociedad» (6:154). Este planteamiento permite afirmar que las agresiones y formas sistemáticas de intimidación contra niños, niñas, adolescentes y jóvenes que desafían modelos dominantes de masculinidad y feminidad configuran un fenómeno frecuente en el ámbito escolar.

En el interior de los centros escolares, niño, niñas, adolescentes y jóvenes presionan a diversos coetáneos para hacerles respetar valores culturales y prácticas sociales que definen lo que significa ser «masculino» o «femenino», y emplean palabras que sugieren que un varón que juega con las niñas o evita los juegos más rudos del grupo de niños puede ser homosexual y que una niña que juega preferentemente con varones o en juegos con niñas en los que asume roles masculinos puede ser lesbiana.

Si bien algunas veces estas palabras se utilizan en broma, no se puede descartar que aun así transmiten un mensaje de que sería muy malo si fuese verdad (1).

Esta manera de proceder se utiliza con frecuencia en diferentes países y, aunque la mayor parte de la literatura refiere que esto sucede en países de Europa y América del Norte, otras regiones no escapan de esta situación. Tampoco se puede pasar por alto que la estructura patriarcal sigue vigente en las sociedades latinoamericanas, a pesar de vivir transformaciones políticas que incentivan la paz, la democracia y el respeto a los derechos humanos. Por tanto, la escuela continúa perpetuando los estereotipos sexuales de diversas formas, y el acoso hacia este grupo de estudiantes recibe poca atención oficial y se oculta en muchas ocasiones a los ojos de los adultos.

Al hacer un estudio sobre las sociedades patriarcales, se encuentra que históricamente estas se cuestionan, sancionan, marginan, excluyen y rechazan todas aquellas manifestaciones sexuales que se apartan del modelo oficial heterosexual; olvidan que la sexualidad humana es tan diversa como individuos existen en este planeta y enseñan, desde la familia, la escuela y los medios de comunicación, a las generaciones más jóvenes y desde edades tempranas que se deben comportar de acuerdo con su «designación biológica» o con su «papel sexual», es decir, que respondan a los estereotipos socialmente establecidos de lo masculino o lo femenino (7:12).

Los estudios sexológicos demuestran el carácter primariamente sano de todas las expresiones diversas de la sexualidad y coinciden en plantear que la orientación sexo-erótica constituye un componente psicológico de la sexualidad que se manifiesta en la personalidad y la entienden como la dirección que toma el impulso o deseo sexual y las vivencias erótico-afectivas, amorosas, hacia una persona del otro sexo, el mismo o ambos, que conforman la orientación heterosexual, homosexual y bisexual.

Se puede afirmar entonces, a partir de lo anteriormente planteado, que la orientación sexual es uno de los elementos que define la identidad sexual y que ninguna de las posibles orientaciones sexuales puede ser calificada de patológica.

Existen tantas orientaciones sexuales e identidades de género como habitantes en el mundo; por tanto, en la actualidad también es frecuente escuchar hablar de grupos LGBT, sigla que utilizan especialistas de este tema para identificar al colectivo de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, travestis y transgénero que forman parte también del amplio abanico de la diversidad sexual y que muchas veces son discriminados/as desde edades tempranas en las escuelas.

Es difícil hablar de transexual, travesti o transgénero en las escuelas; al respecto la literatura especializada refiere que «no puede emitirse el

diagnóstico de transexualidad, al menos en la infancia y adolescencia temprana», sino de «*inconformidad de género*, definida como aquellas conductas que los/as niños/as llevan a cabo y que son inconsistentes con los estereotipos culturales reinantes (atribuidos a cada uno de los sexos); se dan con independencia del sexo morfológico (fenotípico), asignado o/y orientación sexual futura del niño/a» o de «*disforia de género*, entendida como la sensación de profundo malestar que el niño/a siente con respecto a su identidad como niño/a y que se puede manifestar en un deseo de pertenecer al otro sexo o de sentirse como tal, junto con una preferencia marcada por conductas no conformes con el género» (8:17).

En dependencia de la educación que reciban estos niños, niñas y adolescentes tempranos/as y de los factores positivos que favorezcan la construcción de su identidad y del protagonismo humano que le posibilita elegir libremente la manera individual de construir su personalidad y su sexualidad, estas personas podrán decidir su identidad de género y orientación sexual con el decursar del tiempo.

La homosexualidad no es un desorden psicológico o una enfermedad; de hecho, actualmente no se percibe de este modo dentro de la comunidad científica internacional; de igual forma, «en sus manifestaciones externas no está obligatoriamente asociada a la reproducción de modos de expresión y conducta del otro sexo, como el manierismo, o lo que es lo mismo el afeminamiento o masculinización, y no constituye en sí misma una amenaza para la sociedad» (6:124-125). Igual que la heterosexualidad o la bisexualidad, la homosexualidad es uno de los factores que definen la identidad del ser humano.

Sin embargo, a pesar de estos estudios, innumerables niños, niñas, adolescentes y jóvenes a diario sufren agresiones y formas sistemáticas de intimidación por desafiar modelos dominantes de masculinidad en las escuelas y sus alrededores a mano de otros coetáneos.

Este tipo de acoso entre iguales se denomina «*bullying homofóbico*» o «*acoso escolar homofóbico*» y algunos/as especialistas lo definen

como «aquellos comportamientos violentos por los que un alumno o alumna se expone y/o queda expuesto repetidamente a la exclusión, el aislamiento, la amenaza, los insultos y las agresiones por parte de sus iguales, una o varias personas que están en su entorno más próximo, en una relación desigual de poder, donde los agresores o *bullies* se sirven de la homofobia, el sexismo y los valores asociados al heterosexismo» (9:5). Esta definición subraya el carácter victimizador de estas acciones, en las que existe una relación desigual de poder entre las partes, pero deja fuera a los espectadores y no puntualiza que esta situación se mantiene en el tiempo y no es ocasional.

Para el norteamericano Lee Edelman, el *bullying* homofóbico es «un procedimiento en el que toda expresión y forma de sociabilidad sexuada es examinada para verificar si oculta algún significado referido a la homosexualidad que deba ser normalizado, en este caso, a través de la violencia» (citado por www.clam.org.br). Las autoras de este trabajo coinciden parcialmente con este autor, por considerar que deja fuera de su análisis lo relacionado con la exposición violenta sistemática a que es sometida la víctima; o sea, estas situaciones deben producirse de manera repetida y recurrente en un periodo largo de tiempo.

A partir de lo anteriormente planteado, las autoras de este artículo definen el *bullying* homofóbico como acciones y comportamientos discriminatorios violentos hacia niñas, niños, adolescentes y jóvenes por motivo de su homosexualidad o aparente homosexualidad, de manera repetida en el tiempo y que involucra al estudiantado en los roles de víctima agresor y espectador.

Es decir, las víctimas de *bullying* homofóbico pueden ser tanto niñas, niños, adolescentes y jóvenes tanto homosexuales como heterosexuales, que no encajan rígidamente en los estereotipos y expectativas atribuidas a cada género. Aquí se incluyen a niños, adolescentes y jóvenes muy sensibles y tímidos o a niñas, adolescentes y jóvenes demasiado atléticas, extrovertidas o poco «femeninas», que no encajan en los estereotipos de

masculinidad y feminidad aceptados o preestablecidos por la sociedad, motivo por el cual son percibidos como homosexuales y acosados.

Por tales razones, es necesario conocer algunos elementos específicos del *bullying* homofóbico que lo diferencia frente a otras formas de acoso escolar, como «la invisibilización de la educación formal en el sistema educativo; el rechazo familiar o la falta de apoyo específico y explícito ante las sexualidades minoritarias; el contagio del estigma, no sólo para lesbianas, gays, transexuales y bisexuales sino para quienes les apoyan; y la normalización de la homofobia, que provoca una interiorización negativa del autoconcepto» (10:16).

Aunque se experimenta un incremento reciente de las investigaciones sobre esta forma de manifestación de la violencia, aún son insuficientes los estudios sobre la temática en cuestión. No obstante, se pueden brindar los siguientes datos. En septiembre de 2006 se presentó en el Parlamento Europeo un informe sobre exclusión social de jóvenes lesbianas, gays, bisexuales y transexuales (11), en el que se muestran datos alarmantes: más de 700 jóvenes LGTB de 37 países europeos tomaron parte en el estudio y mostraron que los jóvenes LGTB afrontan muchos prejuicios y discriminación en su vida diaria, y que 61,2 % se enfrentan a discriminación en la escuela.

Hay que destacar que, específicamente en los casos de discriminación de personas LGBT, muchas deciden no aceptar su condición ni ser visibles como homosexuales, debido al miedo a la discriminación. En consecuencia, amistades y familiares de estas personas seguirán pensando que no conocen a alguien homosexual, por lo que mantendrán el estereotipo del colectivo LGBT dado por los medios y mantenido por la sociedad (12:21).

Otro estudio más reciente fue realizado en 2008 con el apoyo de la Comisión Europea dentro del Programa Daphne II a cuatro países participantes –Italia (en Bolonia y Módena), Austria (en Viena), Polonia (en Varsovia) y España (en Madrid)—, a través de un cuestionario, mediante

entrevistas semiestructuradas, a un total de 1 469 personas entre trabajadores fuera del profesorado, profesores y estudiantes.

	Austria	Italia	Polonia	España	TOT
n	620	437	260	152	1 469
	Hombres	Mujeres	No válidos	TOT	
n	526	926	17	1 469	
	Estudiantes	Profesores	Trabajadores fuera del profesorado (TFP)	(faltante)	TOT
n	1 097	289	76	7	1 469

El resultado de esta investigación arrojó que uno de cada tres encuestados/as declaró que él o ella escucha con frecuencia en su escuela palabras ofensivas contra varones gays o percibidos como homosexuales; este porcentaje se considera relativamente bajo frente a las ofensas dirigidas a lesbianas (9,8 % *versus* 36,6 %) en todos los países participantes dentro de cada contexto local. Italia y Polonia aparecen como los países donde más se escucha un lenguaje ofensivo con connotación homofóbica.

En este sentido, los investigadores concluyen que parte del lenguaje común y cotidiano en la escuela se utiliza algunas veces para ofender a personas que son homosexuales o se perciben por otras como tales, y aclaran que estos comportamientos ofensivos no destruyen la homofobia y pueden provocar dos efectos negativos: reafirmar la idea de que la homosexualidad constituye una característica negativa y no deseable, y que cualquier persona que sea homosexual o tenga amigos o familiares homosexuales no es la víctima directa de la ofensa, pero será testigo de la ofensa. De igual modo, destacan que son los estudiantes varones quienes utilizan en mayor medida lenguaje homofóbico contra personas homosexuales o aparentemente homosexuales (12).

¿Quién utiliza lenguaje homofóbico contra personas homosexuales?

	Total	Austria	Italia	Polonia	España
Estudiantes Hombres	95,0	93,7	96,5	96,5	91,9
Estudiantes Mujeres	56,2	55,5	62,2	48,9	52,4
Profesores	3,2	2,9	4,9	1,3	1,6
Profesoras	0,8	0,4	1,0	1,8	-
TFP hombres	1,8	1,3	2,2	2,2	-
TFP mujeres		0,4		1,8	1,6
Otros	1,9	1,1	3,5	-	3,2

Según la encuesta realizada, «el análisis discriminado revela una serie de diferencias entre los subgrupos relacionadas con este tipo de lenguaje: en general es evidente que hombres (homosexuales) son el blanco principal por encima de las mujeres (lesbianas), además la homofobia lésbica se presenta en menor grado sin dejar de ser importante, la mayoría de las veces los testigos de estos actos son estudiantes hombres, mientras que los profesores y los trabajadores de las escuelas casi nunca están presentes en situaciones donde se utiliza esta clase de lenguaje» (12:21).

Sobre los lugares de riesgo, el resultado coincide con otros estudios acerca de otras formas de *bullying* (3-5, 15, 16), debido a que principalmente los espacios que no están bajo la supervisión de adultos son donde se producen estos hechos.

El aislamiento y la exclusión son la máxima expresión del *bullying* homofóbico y, al igual que en el caso anterior, «los estudiantes varones (homosexuales o percibidos como homosexuales) sufren más que las estudiantes mujeres (lesbianas o percibidas como lesbianas) tanto la exclusión como el aislamiento» (12:23).

Frecuencia %	Hombres blanco de ataques				Mujeres blanco de ataques			
	Austria	Italia	Polonia	España	Austria	Italia	Polonia	España
Siempre	1,7	1,2	5,8	6,2	1,1	0,5	2,3	4,6
Frecuentemente	3,6	3,0	4,6	9,7	1,5	0,9	1,5	2,6
Algunas veces	6,8	10,7	20,5	20,0	3,9	3,9	5,8	7,2
Casi nunca	11,6	22,9	13,5	32,4	6,9	16,5	17,4	65,1
Nunca	76,4	62,1	55,6	31,7	86,6	78,2	73,0	20,4

Fuente: 12:23.

Sobre el *bullying* homofóbico con violencia, el estudio constata que casi la mitad de las personas encuestadas afirmaron presenciar algún hecho de *bullying* homofóbico durante el año anterior a la investigación; la mayoría de los ataques fueron dirigidos a estudiantes gay o estudiantes de quienes se pensaba que eran gays, a la vez que informa que los porcentajes disminuyen cuando se trata de estudiantes lesbianas o estudiantes de las que se cree que son lesbianas, diferencia que se observa en los cuatro países.

Por último, reporta el informe que en cuanto a España, en relación con los otros países participantes, los niveles de exclusión, aislamiento y conductas homofóbicas ofensivas son bastante bajos, pero el *bullying* homofóbico con agresiones tiende a ser superior frente a la media general. A su vez, explican que son menos relevantes los ataques homofóbicos de que son víctimas personas de ambos sexos en comparación con el resto de los países participantes (12).

Un estudio sobre el fenómeno, pero esta vez en México, realizado en 2009 por la Secretaría de Educación Pública (SEP), con el apoyo de UNICEF, sobre violencia de género y discriminación escolar, revela que «el 43,2 % del profesorado de escuelas primarias y secundarias entrevistados mencionaron haber detectado casos de acoso escolar. La quinta parte reportó la existencia de grupos que intimidan a otros

compañeros y compañeras en el salón de clases. Uno de los motivos que más lleva a los estudiantes a "molestar" a sus compañeros (22 %) es que estos no compartan un conjunto de características consideradas masculinas. Lo mismo sucede en el caso de las niñas, ya que de no cumplir los estereotipos femeninos se les dice que se comportan como hombres» (16:101).

No hay dudas de que la mayoría de los casos de *bullying* ocurren en diversos contextos escolares sin supervisión y, por lo general, pasan inadvertidos por el personal adulto de las escuelas; sin embargo, es significativo que si bien los resultados obtenidos en el estudio realizado por Schoolmates (12) revelan que los profesores y los trabajadores de las escuelas europeas casi nunca están presentes en situaciones en las que se manifiesta el *bullying* homofóbico y son quienes aparentemente no notan este tipo de hecho, en México, aunque no es suficiente, un grupo importante de miembros del profesorado detecta el fenómeno, lo cual es positivo pues pueden estar en mejores condiciones para su prevención, neutralización e incluso su disminución.

En Cuba los estudios sobre el *bullying* homofóbico en las escuelas son casi nulos. El conocimiento que se tiene sobre el sufrimiento del estudiantado que vive a diario estas situaciones, proviene de las investigaciones realizadas por especialistas de la salud que son estudiosos del tema de la diversidad sexual o psiquiatras fundamentalmente, por lo que se hace necesario preparar a los profesionales de la educación en esta dirección.

No obstante, se considera que en el Sistema Nacional de Educación cubano aún queda mucho por hacer en materia de formación inicial y permanente sobre esta temática. Se considera vital entonces perfeccionar la instrumentación del Programa Nacional de Educación Sexual en las instituciones educativas; ofrecer información de manera clara y asequible para todas las personas, según sus niveles de desarrollo personal y social, sobre la homosexualidad

y el lesbianismo como formas de orientación sexual y sobre la transexualidad como identidad de género posible; educar para la paz, los derechos humanos y sexuales; y más importante aún, continuar el trabajo en aras de que esta información se traduzca en un cambio en las actitudes y los comportamientos de rechazo y discriminación a lesbianas, gays, bisexuales o transexuales o a quienes son identificados como tales.

Conclusiones

Niños, niñas, adolescentes y jóvenes víctimas del *bullying* homofóbico padecen en ocasiones de pérdida de la autoestima, las habilidades sociales y la seguridad en el entorno escolar; por tales razones es imprescindible que el profesorado esté preparado para la prevención de este flagelo.

La prevención del *bullying* homofóbico constituye un reto para la escuela cubana actual. No obstante, esta tiene potencialidades que le permiten formar a las nuevas generaciones sobre la base del respeto, la solidaridad y la aceptación del otro, aspectos fundamentales para la prevención del *bullying* homofóbico.

Referencias bibliográficas

1. Sérgio PP. Informe mundial sobre la violencia contra los niños y las niñas. Servicio de Publicaciones de Naciones Unidas; 2006.
2. Lomas C. ¿La escuela es un infierno? Violencia escolar y construcción cultural de la masculinidad. *Revista de Educación* 2007 Ene-Abr; 342:2. Disponible en: http://www.revistaeducacion.mec.es/re342/re342_05.pdf.

3. Olweus D. Conductas de acoso y amenaza entre escolares. Madrid: Ediciones Morata; 1997.
4. Ortega RR, Mora JA. Violencia escolar. Mito o realidad. Sevilla: Editorial Mergablum; 2000.
5. Trianes TM. La violencia en contextos escolares. Málaga: Ediciones Aljibe; 2000.
6. González HA, Castellanos SB. Sexualidad y géneros. Alternativas para su educación ante los retos del siglo XXI. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2003. p. 154.
7. Martín R, Cruz C de la. Educación sexual: las familias tienen mucho que hacer. *Sexología y Sociedad* 2007; 35:12.
8. Protocolo de atención sanitaria a personas transexuales. s/f. p. 17.
9. Platero MR. ¡Maricón el último! Docentes que actuamos ante el acoso escolar en el Instituto. *Revista d'Estudis de la Violència* 2007 Jul-Oct; 3:5. Disponible en: www.icev.cat.
10. Molinuelo B. Especificidad del acoso escolar por homofobia. Curso «El sexo y el amor no son de un solo color». Madrid: CCOO; 2007.
11. Takács J. Social exclusion of young lesbian, gay, bisexual and transgender people in Europe (LGBT). ILGA-Europe and IGLYO; 2006. Disponible en: <http://www.ilga-europe.org/europe/publications>.
12. Schoolmates. *Bullying* homofóbico en las escuelas. Guía para profesores. Material digitalizado; 2008:21. Disponible en: www.arcigay.it/schoolmates.
13. Ortega RR, et al. La convivencia escolar: qué es y cómo abordarla. Programa Educativo de Prevención de Maltrato entre compañeros y compañeras. Material digitalizado. Consejería de Educación y Ciencia, Junta de Andalucía; 1998.
14. Rodney RY. Programa de preparación de profesores y profesoras de la secundaria básica en la prevención de la violencia escolar. Tesis presentada en opción al título académico de máster en Educación. UVP Enrique José Varona; 2005.
15. Rodney RY. Estrategia pedagógica dirigida al profesorado para la prevención de la violencia escolar. Tesis en opción al grado académico de doctor en Ciencias Pedagógicas. La Habana: UCPEJV; 2010.
16. Secretaría de Educación del Distrito Federal. Programa: Por una cultura de no violencia y buen trato en la comunidad educativa. Material digitalizado; 2010. p. 101.

Bibliografía consultada

Ortega RR. Violencia interpersonal en los centros educativos de enseñanza secundaria. Un estudio sobre malos tratos e intimidación entre compañeros en la escuela como centro de cambio. *Revista de Educación* 1994 May-Ago; 304.

Rodney RY. La preparación de los(as) docentes de secundaria básica en la prevención de la violencia escolar. Material digitalizado; 2008.

Soriano S. Adolescentes gays y lesbianas en el ámbito educativo: análisis de la realidad y líneas generales para una propuesta educativa. *Orientaciones* 2004; 8.

¿QUÉ PUEDE APORTAR UN ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA EN EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES?

Iyamira Hernández Pita

Hacia dónde dirigir el actuar profesional en el abordaje de la violencia contra las mujeres

Para el abordaje de la violencia como problema social, de salud y de derecho, todas las instituciones jurídicas, policiales, educativas, de salud y las vinculadas directas o indirectamente a este problema universal deben dar respuesta real (y no formal) definitiva con acciones efectivas. La insuficiente producción de conocimientos en este ámbito y, lo que es peor, lo poco incluido en las prácticas y políticas no solo de los organismos de salud, sino de los vinculados a la toma de decisiones, con el fin de dar respuesta a tan infausto problema, constituyen parte de la inequidad en el derecho a la salud, básicamente de las mujeres, y parte de las violaciones a los derechos humanos y las desigualdades que conducen a las inequidades sanitarias que fragilizan y afectan las situaciones de salud y de vida que son completamente evitables e injustas (1).

Podría afirmarse que la violencia siempre ha formado parte de la experiencia humana. Sus efectos se pueden ver, bajo diversas formas, en todas partes del mundo. Cada año, más de 1,6 millones de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva. En conjunto, la violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo para la población de 15 a 44 años de edad (2).

Aunque es difícil obtener cálculos precisos, los costos de la violencia se expresan en los miles de millones de dólares que cada año se gastan en asistencia sanitaria en todo el mundo, además de los miles de millones

por los días laborables perdidos, las medidas para hacer cumplir las leyes y las inversiones malogradas por esta causa que restan a la economía de cada país.

Millones de niñas y mujeres son víctimas de violencia y sufren las consecuencias del maltrato debido a la discriminación de género y su condición de desigualdad en la sociedad.

Mujeres de todas las edades son víctimas de violencia, en parte por su limitado poder social y económico en comparación con los hombres. Si bien los hombres también son víctimas de la violencia, la que se ejerce contra las mujeres se caracteriza por su alta prevalencia en el interior de la familia, su aceptación por la sociedad y su grave impacto a largo plazo sobre la salud y el bienestar de las mujeres. Las Naciones Unidas han definido la violencia contra la mujer como «todo acto basado en el género que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como la amenaza de tales actos, la coerción o la privación de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada» (3).

«En todo el mundo, al menos una de cada tres mujeres ha experimentado durante su vida alguna forma de abuso por razones de género». La violencia contra las niñas y mujeres puede comenzar antes de su nacimiento y continuar a lo largo de su vida hasta llegar a la edad avanzada. Las mujeres se resisten a hablar sobre el maltrato y pueden llegar a captarlo como parte de su rol, incluso si se supone que los datos actuales subestiman la prevalencia de la violencia contra las mujeres (2).

Las formas más comunes de violencia contra la mujer según la literatura son: abuso físico, sexual, económico, ecológico y psicológico por parte de su compañero de pareja. Encuestas realizadas indican que entre 10 y 58 % de las mujeres han experimentado abuso físico por parte de su pareja en su convivencia cotidiana (3). En la introducción del informe

de la CEPAL *¡Ni una más! El derecho a vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe* se explica:

Entre 1990 y 2007, más de 900 mujeres chilenas fallecieron por causa de homicidio, una gran mayoría víctimas de sus parejas o ex parejas. En Bahamas el feminicidio representó 42 % del total de los asesinatos en el año 2000, 44 % en 2001 y 53 % en 2002; en Costa Rica, llegó a 61 % del total de homicidios de mujeres; en El Salvador, la mitad de los casos de violencia reportados por la prensa en 2005 acabaron en homicidios; en Puerto Rico, 31 mujeres fueron asesinadas como resultado de la violencia doméstica en 2004; y en Uruguay una mujer muere cada nueve días como resultado de la violencia doméstica. En todos los casos, mueren más mujeres a manos de sus parejas que a causa de la intervención de desconocidos. Estas cifras suscitan el rechazo generalizado de la población como lo demuestra la encuesta del Latinobarómetro 2006, en que 90 % de las personas encuestadas considera la violencia intrafamiliar como un grave problema [4].

Estas estadísticas nos hablan por sí solas sobre la gravedad de los daños causados a las mujeres por violencia de género.

[Sin embargo,] pocas veces analizamos que todas esas situaciones límites estuvieron precedidas o acompañadas por esas otras formas de violencia silenciosa y sutil que van menoscabando la identidad y, con ello, la integridad vital de quienes la padecen. La violencia psicológica tiene el mismo efecto que la gota de agua, cuando forma las estalactitas y estalagmitas en las cuevas. Es tal su poder que convierte en columnas inamovibles el cristalino líquido que parece inofensivo al caer. Así de peligrosa es esa violencia larvada que hemos naturalizado como atributo masculino de poder en las relaciones de pareja. Así de dañina es la cultura patriarcal que reproducimos a diario mediante la socialización de género [5].

En investigación realizada en 2004, que indagó la historia de maltrato de mujeres que cometieron homicidio o asesinato contra sus compañeros de pareja, se constató que todas tenían una historia de violencia conyugal y habían sido víctimas habituales de violencia emocional. Algunos de sus testimonios hablan por sí solos; las expresiones más frecuentes fueron: «Persecuciones, prohibiciones en cuanto a relacionarme con las amistades, vestirme de determinada forma, trabajar en la calle», «Me prohibía salir, solo podía hacerlo con él», «Me humillaba; me decía que no servía en la cama», «Me decía constantemente que yo estaba loca, me obligaba a tomar medicamentos y me decía que a mis hijos los iban a descuartizar», «Me decía las cosas más cínicas que se le pueden decir a una persona, me hacía sentir una cucaracha», «Me insultaba bajito para que nadie lo oyera y eso me irritaba mucho. Tiraba cosas mientras yo dormía: la cafetera, los jarros,... De esta manera me despertaba a cualquier hora y comenzábamos a pelear», «Si estaba enferma, no me ayudaba en nada; jamás se brindó ni para llevarme a un hospital. Yo era como una perra para él», «Nada de lo que yo le decía, tenía valor»(6).

Llama la atención que esas conductas tan dañinas y desvalorizantes no produjeron alarma entre quienes la recibían, porque el desconocimiento y las pautas de relación aprendidas convertían en aceptables tales desmedros, los cuales convirtieron con el tiempo sus vidas en infierno.

Según la Encuesta de la Oficina Nacional de Estadísticas, una proporción importante de las parejas cubanas contemporáneas (17 %-24 %, como mínimo) sufren variadas manifestaciones de violencia. En las situaciones más graves, tales actos violentos les cuestan la vida a las mujeres afectadas, sea por suicidio, homicidio o asesinato, o a sus respectivas parejas (7).

Esta violencia, en ocasiones, está tan «naturalizada» que ni siquiera es reconocida por quienes la experimentan. Existen una serie de agentes de socialización a través de los cuales las mujeres adquieren conocimientos sobre la violencia; entre ellos se encuentran la familia, la escuela, el grupo

de los iguales, los medios de comunicación, además de las experiencias adquiridas en su vida diaria. Estos conocimientos podrían convertirse en herramientas eficaces para identificar la violencia que viven en su cotidianidad y para tratar de detenerla.

El impacto del abuso en el género sobre la salud física puede ser inmediato o a largo plazo. No obstante, las mujeres que sufren de abuso rara vez buscan atención médica por trauma agudo. Menos de la mitad de las mujeres en los Estados Unidos que han sido abusadas, buscan tratamiento para las lesiones resultantes. Incluso cuando lo hacen, es posible que sus problemas de salud no sean atribuidos a los abusos. Las sobrevivientes de abuso suelen exhibir conductas de salud negativas, incluyendo el consumo de alcohol y otras drogas.

Los problemas crónicos de salud a causa del maltrato incluyen desde dolor crónico (dolores de cabeza, de espalda,...); problemas y síntomas neurológicos, incluso desvanecimientos y convulsiones; y trastornos gastrointestinales; hasta, en la salud reproductiva, problemas cardiovasculares y trastornos psíquicos. Las mujeres abusadas no solo suelen vivir con temor, sino también sufrir de depresión, ansiedad y hasta estrés postraumático (8).

En Cuba, la mujer ha alcanzado una relativa autonomía, favorecida a raíz del triunfo revolucionario, que permitió una visibilización de las mujeres como actores sociales importantes en la participación social dentro de un proyecto de equidad participativa.

No obstante todos los espacios alcanzados por la mujer cubana, la violencia no queda exenta de nuestro contexto, porque se trata de una problemática social con un trasfondo sociocultural importante que no solo exige cambios a nivel estructural sino subjetivo. Tanto así es que aún se observan actitudes de repliegue al entorno privado. Por ello se hace imprescindible apoyarnos en las diferentes concepciones de abordar el concepto de salud desde una perspectiva integradora, que conciba al individuo como ser biopsicosocial que ayude a develar

este fenómeno y nos permita explorar sus efectos sobre la salud de los sujetos afectados.

Considerar e instrumentar la perspectiva de género como una herramienta de análisis y de instrumentación en las políticas públicas en salud, constituye un desafío para la lucha por la salud como derecho ciudadano y bien público. Resulta un deber la instalación perentoria de capacidades para su instrumentación en los diferentes ámbitos de la salud con el fin de que se convierta en la espada necesaria para cortar el nudo gordiano de la inequidad de género en salud (1).

Por definición, la salud pública no se ocupa de los pacientes a título individual. Su interés no solo se centra en tratar las enfermedades, afecciones y problemas que afectan la salud, sino que pretende proporcionar el máximo beneficio para el mayor número posible de personas, lo que no significa que la salud pública haga a un lado la atención de los individuos. Más bien, la inquietud estriba tanto en prevenir los problemas de salud como ampliar y mejorar la atención y la seguridad de todas las poblaciones.

El enfoque de salud pública a cualquier problema es interdisciplinario y se basa en datos científicos. Extrae conocimientos de muchas disciplinas, como la medicina, la epidemiología, la sociología, la psicología, la criminología, la pedagogía y la economía. Esto le ha permitido al campo de la salud pública ser innovador y receptivo con respecto a una amplia variedad de enfermedades, padecimientos y lesiones en todo el mundo (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto un conjunto de determinantes estructurales que generan estratificación social e inequidades en salud, entre los cuales incluye indicadores tradicionales como el ingreso y la educación, y reconoce explícitamente la etnia, el género y la sexualidad, lo que constituye un verdadero avance en contraposición a los enfoques biologicistas tradicionales. Como determinantes intermediarias se consideran aquellas que determinan diferencias en la exposición y vulnerabilidad, e incluyen condiciones de vida, disponibi-

lidad de alimentos, conductas poblacionales y barreras para la adaptación de estilos de vida saludables. En este modelo el sistema de salud se entiende como un determinante intermediario, porque el acceso a los servicios de salud constituye una brecha que se traduce en diferencias en la exposición y vulnerabilidad de las poblaciones no solo a nivel de la asistencia médica, sino también en la información, promoción y acciones intersectoriales.

Del mismo modo el género puede analizarse como un sistema de categorías de diferenciación social que se estructura sobre relaciones jerárquicas de poder, determinadas por el nivel de control sobre los recursos. El género en salud se asume acríticamente vinculado solo a la mujer o sustituyendo equivocadamente el término sexo, lo que es frecuente en informaciones epidemiológicas, estadísticas y bases de datos probablemente por la falta de operacionalización para su uso práctico y por el insuficiente conocimiento y disponibilidad de indicadores domésticos, sobre todo de estos últimos. Por consiguiente, está ausente en la captura y análisis de información en los registros continuos de las instituciones de salud, en los sistemas de vigilancia epidemiológica y en la explicitación en políticas y programas de salud (1).

Por todo lo antes expuesto, creemos que el sector salud se convierte en un espacio importante para la contención de la violencia como problema social que daña la integridad biopsicosocial de todas las personas que la padecen y de quienes les rodean. Por tanto, podemos obtener tantos conocimientos básicos como sea posible acerca de todos los aspectos de la violencia mediante la recopilación sistemática de datos sobre la magnitud, el alcance, las características y las consecuencias de la violencia en los niveles local, nacional e internacional; llevar a cabo estudios para determinar las causas y los factores correlativos de la violencia, los factores que aumentan o disminuyen el riesgo de violencia, y los que podrían modificarse mediante intervenciones, búsqueda de posibles formas de prevenir la violencia mediante el diseño, la ejecución, la vigilancia y la evaluación de intervenciones; y ejecutar acciones que en diversas circunstancias resulten efectivas, acompañadas de una

difusión amplia de información y de una evaluación de la eficacia en relación con los costos de los programas.

Referencias bibliográficas

1. Artiles Visbal L. El nudo gordiano de la inequidad de género: tecnologías y realidades de la salud. *Sexología y Sociedad* 2009; 15(41):13-20.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Violencia contra la mujer. Carpeta de información. 2008. Disponible en: <http://www.who.int/trh.whd/vaw/infopack/violencia-infopack.htm>
3. OPS/OMS. Conceptualización de género para la planificación en salud. Programa de Mujer, Salud y Desarrollo. Washington D.C.: OPS/OMS; 1995.
4. Proveyer C. La violencia es un problema cultural y de aprendizaje. *Boletín Informativo Mensual. Servicio de Noticias de la Mujer de Latinoamérica y el Caribe (SEMLac)* 2008. Disponible en: semcuba@ceniai.inf.cu/www.redsemlac-cuba.net
5. Proveyer C. Violencia psicológica. *Boletín Informativo Mensual. Servicio de Noticias de la Mujer de Latinoamérica y el Caribe (SEMLac)* 2007. Disponible en: semcuba@ceniai.inf.cu/www.redsemlac-cuba.net
6. Hernández I. Mujeres de víctimas a victimarias. Una reflexión desde la sociología. Trabajo de diploma. Facultad de Filosofía e Historia de la Universidad de La Habana; 2004.
7. Angulo López ML. Guía metodológica para la asistencia a mujeres víctimas de violencia. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas de Cienfuegos* 2009; 7(5).
8. Campbell JC, Kub JE, Rose L. Depression in battered women. *JAMA* 2008; 51(3).

EJERCICIO DE LAS SEXUALIDADES NO HEGEMÓNICAS Y VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Ada C. Alfonso Rodríguez

En el año 1999 el Grupo Nacional de Trabajo de Gays y Lesbianas (NGLTF, por sus siglas en inglés) del Instituto de Políticas de los Estados Unidos, elaboró la siguiente definición:

Una lesbiana es una mujer cuyo deseo erótico y preferencias afectivas están dirigidas a otras mujeres. Su comportamiento erótico va desde la homosexualidad exclusiva a una bisexualidad y a una heterosexualidad situacional fundamentada por factores tales como el estatus económico, factores culturales o deseo sexual. [A la vez que reconoce que] lesbiana es una construcción social y política que no todas las mujeres que se han emparejado con mujeres aceptan [1].

Con posterioridad, el documento presentado en el IX Encuentro Internacional «Mujer y salud» en Toronto, Canadá, reconoce como lesbiana a «toda persona que: se define a sí misma como mujer; siente atracción erótica hacia otras personas que se definen a sí mismas como mujeres, con o sin un componente emocional y afectivo agregado; reconoce esa atracción y por lo menos se plantea materializarla» (2).

En Cuba, lesbiana, homosexual o mujer que ama a otra mujer son términos que utilizan las mujeres para su autodefinición y la vindicación de una sexualidad lésbica, no hegemónica.

La sexualidad lésbica se aleja de las *normas* de la sexualidad femenina, al menos de la que se reconoce ligada a la construcción género-dominante, por lo que en el entramado de control social heteronormativo las sexualidades no heterosexuales, que no ofrecen un plus reproductivo,

o al menos se piensa que no lo ofrecerán, se silencian, estigmatizan y discriminan.

Es importante recordar que durante años:

...la maternidad, como destino superior, es quien ha otorgado la calidad e identidad de ser mujer ya que la sexualidad y su potencial para el placer sexual autónomos de la reproducción, fueron reprimidos, expropiados, castigados y satanizados [...] [3].

Las mujeres que expresan una relación erótico-afectiva con otras mujeres o incluso el deseo de esta, están sujetas a la violencia de una sociedad que las valora según los roles que actúan. La sexualidad sirve de sustrato para el ejercicio de las asignaciones de los roles sociales; por tal motivo el contrato social/sexual opera como mecanismo que asegura la subordinación de las mujeres y la manipulación de sus derechos por apartarse de la heterosexualidad obligatoria y *traicionar* el orden natural (3).

Cuerpos, presión social y socialización de la violencia

Desde el nacimiento de la niña, la familia, la escuela, la Iglesia, las amigas y otras instancias ideosocializadoras se encargan de emitir mensajes de control sobre el cuerpo de las mujeres y acerca de los comportamientos ideales al *ser mujer*.

Los permisos y las reprimendas educan a la niña según los estereotipos sustentados por el imaginario social. Así, las niñas en las que se observa tempranamente un *desvío* de lo esperado, se someten a un régimen de *castigo* que les hará comprender que su comportamiento no es el *deseado*.

Niñas, adolescentes y mujeres aprenden que sus necesidades afectivo-sexuales, sus deseos y sus gustos deben ocultarse, silenciarse y posponerse. Sin embargo, y a pesar de la vigilancia férrea a la que pueden estar

sometidas, los diferentes escenarios sociales brindan las oportunidades para validarse como sujetos deseantes.

Los juegos eróticos con niñas y adolescentes, la intimidad en espacios de convivencia temporal, los escenarios de estudio y trabajo alejados de la supervisión familiar y de pareja, pueden ser permisivos para que se pongan a prueba las fantasías sexuales y, por tanto, la aceptación de una identidad sexual no heterosexual.

La autodefinición, como proceso psicológico e íntimo, estará influenciada por las presiones sociales del entorno, violencia simbólica-estructural que domestica el lugar de las mujeres, sus cuerpos y sus sexualidades.

El proceso de autoaceptación, el proceso de comunicar a *otros*, de salir afuera, es de enfrentamiento y rupturas, cargado de violencias y contraviolencias.

Las presiones sociales heterosexistas y heteronormativas configuran y sirven de soporte al estigma hacia las mujeres lesbianas y a la creencia arraigada en algunos y algunas de que la identidad y escogencia sexual no heterosexuales guardan relación con el hecho de que estas mujeres no han encontrado un *macho capaz* de volverlas a las prácticas sexuales *deseadas* socialmente.

Al cuerpo de las mujeres le es permitido un solo erotismo posible: el que se disfruta con un hombre. El patriarcado se ha apropiado del cuerpo de las mujeres y lo ha cosificado, convirtiéndolo en objeto para la gratificación sexual de los varones.¹

¹ La Red de Salud de las Mujeres advierte acerca de cómo el «consumo» del cuerpo femenino en los medios de comunicación, la publicidad, el cine, la televisión e internet ha alcanzado dimensiones gigantescas, en una forma de violencia con sesgo de género que propicia, al mismo tiempo, la explotación sexual, la pornografía y las redes de prostitución infantil. Si bien en Cuba existe un cuidado sobre la imagen femenina en los medios de comunicación social y en los productos comunicacionales, en los

Esta creencia da *permiso* a algunos hombres a vulnerar el cuerpo y la sexualidad de las mujeres lesbianas, haciendo ejercicio del poder que les ha sido asignado.

En muchos casos la violación de una mujer lesbiana es una herramienta de castigo: se la viola para que «aprenda cuál es su lugar como mujer». Las víctimas preferidas son aquellas «de aspecto masculino» que desafían tanto las normas de género como las de preferencia sexual y son vividas como «competidoras por los varones» [4:49].^[2]

El patriarcado conforma, configura y soporta la violencia contra las mujeres a la vez que la impunidad de sus agresores, luego que estas guardan silencio acerca de los episodios de violencia sexual de las que resultan víctimas. En la intersección de lesbofobia, machismo y poder emerge la violencia por razones de género y por la trasgresión al mandato de la heterosexualidad obligatoria, por razones de orientación sexual.

Un alto número de las mujeres lesbianas que me han compartido sus experiencias de vida, reconoce que han sufrido violencia sexual de algún familiar, expareja, amigo de la familia, compañero de trabajo o extraño.

Las formas de violencia van desde frases peyorativas cargadas de un fuerte componente sexual hasta aquellas que han sufrido de agresión física sexual. Los cómplices de estos hechos responsabilizan a la orientación sexual, a las prácticas lesboeróticas y a la vida en pareja del mismo sexo de la violencia física, psicológica, patrimonial y sexual que han sufrido estas mujeres. El disfrute del derecho a la libertad sexual está constreñido a la heterosexualidad.

últimos años el uso de la imagen femenina como mercancía en el video clip ha sido fuente de fuertes polémicas y discusión.

² Estas violaciones se conocen como correctivas, puesto que buscan revertir los comportamientos lesboeróticos.

La intimidad emocional y sexual, el disfrute de la sexualidad y del placer sexual, la construcción de un proyecto de pareja del mismo sexo, la maternidad y el maternaje son parcelas de vida que no tienen garantías de derechos para las mujeres lesbianas, no forman parte de la agenda de avance de las mujeres ni de la que busca eliminar todas las formas de violencia contra estas.

Las lesbianas no existen; pertenecen al sector de lo innombrable en el que se entrecruzan y hacen sinergias todos los campos de fuerzas de la discriminación y de la violencia por género, color de la piel, orientación sexual, estatus económico, generacional y otros.

En lo profesional, siempre me ha llamado la atención los resortes que permiten que la violencia se instale en los resquicios de la subjetividad, cómo se aprehende incluso desde modelos de relación que las propias mujeres dicen que no comparten, pero que reproducen. Y es que todas las relaciones humanas, todas las relaciones intersubjetivas están señaladas por el poder.

Los estilos y las relaciones de poder construidos desde las ideologías y lógicas patriarcales, luego de interiorizarse, internalizarse y asumirse como pautas para la crianza y la convivencia, trasquilan el orden social y relacional. Un ejemplo de lo expresado puede observarse en la inoperancia del mito «mujer igual madre», uno de los pilares en el que se erige la subjetividad de las mujeres con respecto a la sexualidad de las hijas lesbianas.

El imaginario social refuerza el amor materno, la ternura hacia hijos e hijas, la complicidad entre madres e hijas. Sin embargo, la salida del clóset puede, y en muchos casos resulta, el disparador de la violencia madre-hija-madre. Los prejuicios hacia la homosexualidad, la lesbo-discriminación aprendida e internalizada a partir del consumo de los discursos heterosexistas controladores de los cuerpos y las sexualidades de las mujeres operan como dispositivo para la emergencia de la violencia.

Según las mujeres lesbianas que participaron en los grupos de enfoque de una investigación recién concluida, la homofobia es el pilar en que se asienta la violencia relacionada recibida de sus madres («La homofobia, enfrentamos la violencia desde la homofobia»), y expresaron que reconocen «chantaje emocional de parte de sus madres», aunque no solo de parte de ellas, pues otros miembros de la familia apoyaron y/o aceptaron otras formas de violencia dirigidas a ellas en el ámbito familiar.

La sociedad próxima, representada por las instituciones de base comunitaria, la comunidad (vecinos, amigos), algunos miembros del grupo familiar y, en ocasiones, los profesionales de la salud mental que fueron consultados, se hicieron cómplices de la violencia, ya que le adjudicaron a la orientación sexual la responsabilidad de los malos tratos que sufrían las mujeres.

Aunque no existe consenso entre los grupos con los que hemos trabajado, algunas mujeres reconocieron que sus compañeras eróticas ejercen violencia contra ellas, a la vez que aceptaron que ellas, además, eran responsables de ofrecer malos tratos a sus parejas:

«A veces te acostumbras a estar al lado de alguien pero no te sientes bien y eso te genera agresividad».

«Muchas veces sientes incapacidad para negociar una salida a un conflicto que no sea la violencia».

«Aunque también mi pareja puede utilizar la homofobia como chantaje si aún yo no he salido del clóset».

La violencia íntima o de pareja en las relaciones lésbicas ha estado asociada a factores como la necesidad de una de ellas de hacer pública la diada amorosa; los reclamos de ruptura de un triángulo amoroso en el que la compañera afectiva exige una definición empleando diferentes formas de violencia psicológica; los celos; la restricción de la movilidad y de contacto con amigas; los empujones, los gritos, la descalificación e incluso la violencia sexual.

La «insatisfacción social y la asimetría de poder» en la relación son cuestiones que consideraron que están en la base de los reclamos antes mencionados y enunciaron en los grupos que «en la pareja lésbica siempre hay alguien que lleva las riendas; si la otra se supera, aquella que se siente hombre se puede sentir mal».

Una exploración más profunda acerca de la forma en que se estructuran las relaciones y los roles que desempeñan en el interior de la pareja, nos coloca ante una realidad: en la casi totalidad de las parejas en las existen relaciones violentas y/o episodios aislados de violencia, las relaciones se estructuran según los roles más tradicionales de género de las parejas heterosexuales, nominando incluso a la compañera como *el hombre* de la relación, lo que nos hace inferir que existen entre las integrantes de estas parejas un apego a las construcciones hegemónicas de masculinidad y feminidad, así como una exclusividad en la actuación de roles de género tradicionales, lo cual no siempre tiene una necesaria traducción en los roles eróticos, en los que pueden desdibujarse los roles sexuales.

Las mujeres reconocen que entre las causas que las induce a mantenerse con sus parejas, a pesar de reconocer que en ocasiones son maltratadas, se encuentran: el «chantaje emocional, el desconocimiento sobre el acto de la violencia», la «autoestima inadecuada» y el «desconocimiento de los lugares a los que se puede ir para solucionar un problema de violencia, aunque, si se conocen, no sienten apoyo; entonces tenemos que recurrir a soluciones alternativas como acudir a un amigo, realizar yoga y otras)».

La «naturalización» de los malos tratos impide que se registren como formas de violencia psicológica. Para muchas estos están justificados por la precariedad de recursos materiales para una convivencia efectiva en pareja, que apela al refrán «el que se casa, casa quiere».

El silencio erótico y la invisibilidad de las mujeres lesbianas impiden identificar el impacto que tiene la violencia íntima en la vida de ellas y/o

si esta es resultado de la suma de las múltiples violencias recibidas a lo largo de la vida.

Estigma y atención en salud

En los últimos años, en los circuitos de salud relacionados con la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH se ha identificado el estigma y la discriminación como factores que están en la base de una mayor incidencia de VIH entre la población masculina. Sin embargo, en otros ámbitos relacionados con la salud sexual en muy pocas ocasiones se mencionan entre las causales del padecer o de la poca percepción de salud. Por tal motivo indagamos, en la mencionada investigación, en qué medida podrían identificarse como formas de violencia por las mujeres lesbianas.

Las mujeres consideraron que «la discriminación vendría siendo una consecuencia del estigma». Resultó interesante que consideraran la red social comunitaria OREMI, desarrollada por el CENESEX, como un espacio amigable, así como que la pertenencia o no a otros grupos está mediada por el estatus económico de clase. A la vez reconocieron que en el espacio grupal se generan conductas discriminatorias hacia otras mujeres lesbianas y otras orientaciones sexuales:

«Nosotras pertenecemos al grupo OREMI, que invita a las mujeres a dialogar; es un grupo abierto, heterogéneo. Hemos tratado de educarnos en la solidaridad. Fuera de ahí se agrupan por clases... Puede ser por temor a la homofobia y a la pérdida de su puesto de trabajo; pasa igual que con los artistas... Es una actitud ante la vida que tenemos que aprender. A veces somos peyorativos y discriminadores con la orientación heterosexual; es *cheo*».

«Descubrí que este es el centro de mi lucha. Yo no tengo que llegar a ningún lugar y decir que soy lesbiana».

«Si no eres heterosexual, no eres una persona digna de respeto, lo demás todo es cuestionable... Hacen así y tratan de no sentarse al lado tuyo...».

Las prácticas discriminatorias basadas en prejuicios se vinculan normalmente con estigmas sociales y normas latentes de comportamiento social, lo cual tiene como base varios supuestos que implican inferioridad, peligro o maldad en el grupo social que se margina, ya sea por sus características físicas, creencias o, como en este caso, por sus orientaciones sexuales diferentes a las hegemónicas (4). Los estigmas sociales funcionan al igual que si fueran marcas físicas, a modo de exhibición de la diferencia como rasgos negativos o inmorales, como muestra de la inhabilitación de quien las porta para acceder a la aceptación social (Goffman, citado en 4:94-95).

A partir de Link y Phelan, Careaga desarrolla el proceso mediante el cual cinco componentes se combinan para generar el estigma. La autora refiere (5):

1. Las personas identifican y etiquetan las diferencias humanas.
2. La creación de estereotipos en los que las diferencias específicas están ligadas a características no deseadas, por lo que la persona marcada es desacreditada.
3. El grupo que etiqueta, separa a «ellos» (el grupo estigmatizado) de «nosotros», tomando la definición del «otro».
4. Las personas estigmatizadas son víctimas de discriminación y pérdida de estatus.
5. El ejercicio del poder.

La identificación, la asignación y la clasificación se anclan en el distanciamiento que tienen las personas *marcadas* respecto a lo que se considera deseado socialmente desde la lógica de la normativa social. En el caso de las mujeres lesbianas, este se produce de los estereotipos sociales acerca de la feminidad. Los estereotipos basados en la

orientación sexual se asimilan como naturales y sirven para etiquetar, segregar y degradar a las mujeres lesbianas, a la vez que se reeditan y reafirman desde la lógica hegemónica heterosexista.

Es necesario destacar que el estigma no solo opera como un mecanismo de control social de las sexualidades no hegemónicas, sino que coloca en desventaja social a quienes lo padecen. Las mujeres que enfrentan estigma o temen enfrentarlo por su orientación sexual, sienten permanentemente la amenaza de ser expulsadas del orden social (familiar, laboral, escolar, filial,...). El ocultamiento permanente obliga en muchas ocasiones a la búsqueda de ayuda profesional para mitigar el agotamiento que produce mantenerse en el clóset con los demás y consigo misma.

En el caso de las mujeres que sufren violencia de parte de su familia y/o de sus parejas, la situación se agrava, pues al impacto que sobre su salud tiene la discriminación directa y la estructural, se adiciona el sufrimiento psíquico y físico de la violencia que sufren, en particular si esta tiene como origen y blanco su sexualidad.

Las personas identifican a los profesionales de la salud mental como los/las que van a comprender, orientar, apoyar y acompañar a las personas que «sufren». Mientras que, en el campo de las profesiones, tanto la psicología como la psiquiatría son las encargadas de rotular la salud o la enfermedad mental según las características emocionales, cognitivas o comportamentales de las personas, ya se acerquen o se alejen de la «norma».

Las angustias, los malestares y los síntomas que padecen las mujeres lesbianas, tienen como base el malestar familiar, la no aceptación de la elección de pareja sexual en correspondencia con una orientación sexual «no deseada» y el malestar social por el ejercicio de una sexualidad contrahegemónica.

Las clasificaciones de enfermedades mentales durante años han servido para etiquetar a las personas según sus comportamientos según se acerquen o se alejen de la norma hegemónica. La homosexualidad es un

ejemplo. La llamada «inversión del deseo sexual» motivó que se nombrara como «invertidas» a las mujeres cuyo deseo erótico-afectivo se dirigía hacia otras mujeres.

Si se tiene en cuenta este panorama, la mujer lesbiana maltratada deberá validar que *su condición moral* no ha sido causante de la agresión. El estigma asociado a su sexualidad hace que no sea un sujeto creíble, lo que puede aumentar los sentimientos de culpa, la vergüenza y el silencio asociados al episodio violento o que sean revictimizadas, como se expresa en el siguiente testimonio:

«Salí de la fiesta; es verdad que había tomado dos tragos con una compañera [...]. Cuando estábamos en la calle, ella quiso que me fuera para su casa y se puso un poco pesada. Vino la policía y nos maltrató, nos ofendió. Traté de explicarle al que estaba un poco más alejado y que no había abierto la boca, y me dijo: "Te pasa por tortillera". Me sentí aplastada y quería que la tierra se abriera y me tragara» [mujer lesbiana de 32 años].

La calidad moral es un parámetro externo, una construcción subjetiva cultural. Sirve en este caso a los agentes del orden para valorar si existe o no delito, si la palabra de la mujer merece considerarse, si es pertinente y si merece apoyo, a la vez que puede ser en un elemento determinante para las mujeres en cuanto a discriminar la violencia y reivindicar sus derechos. Por tanto, si debido al estigma y la discriminación, la mujer ha internalizado su falta de calidad moral y, por su condición de lesbiana, no se asume sujeto de derechos, aceptará la alusión peyorativa a su sexualidad. Socialmente se asume, *de manera despectiva y grotesca, que se lo merecen, se lo buscaron y lo disfrutaron* (6).

Desgraciadamente los/las profesionales de la salud mental no siempre logran deslindar el rol profesional del estigma aprehendido acerca de las sexualidades no hegemónicas, lo que sin dudas se convierte en un obstáculo para brindar orientación y atención a las mujeres lesbianas sobre la base de sus derechos sexuales.

El actuar profesional es social, impregnado de los mitos que definen la sexualidad como el conjunto de prácticas que acontecen entre personas de diferente sexo, ancladas en los preceptos de la reproducción, a los que estuvo confinada la sexualidad durante siglos o de aquellos aprehendidos en las familias de origen, que califican como *perversos*, *anormales* y *contranatura* los vínculos afectivos y eróticos que buscan el placer sexual entre personas del mismo sexo y que han terminado por patologizar primero y medicalizar después los deseos, las expresiones y las experiencias de las sexualidades no heterosexuales.

Consideraciones finales

En la actualidad, según Careaga, se reconoce la existencia de vacíos en cuanto a las necesidades de salud específicas de las mujeres lesbianas tanto en la literatura como en la práctica médica.

...Los servicios de salud en América Latina prácticamente no están disponibles para las mujeres lesbianas y bisexuales que experimentan violencia, a la vez que ellas desconfían de los profesionales de la salud. Incluso algunas han tenido la experiencia de que se les pretenda enviar a tratamiento por causa de su orientación sexual [5].

En Cuba, a pesar de la universalidad, gratuidad, accesibilidad y cobertura del Sistema Nacional de Salud y ser prioritaria la atención de las mujeres en materia de salud reproductiva, continúa siendo un desafío dar respuesta a las necesidades de salud de las mujeres lesbianas y bisexuales si se toman en cuenta las barreras que tienen los profesionales de la salud para indagar acerca de la orientación de las personas que les demandan atención.

Durante los últimos años se ha trabajado en el país en el desarrollo de una estrategia educativa, dirigida a la población en general y en especial

a los jóvenes, por el respeto a la libre orientación sexual e identidad de género, a la vez se han incrementado las acciones que llaman la atención acerca de la presencia de la violencia contra las mujeres y la necesidad de acciones para erradicarla. No obstante, aún existe un marcado silencio respecto a la violencia que sufren las mujeres lesbianas por su orientación sexual.

Ser lesbiana es una identidad que muchas mujeres que disfrutan relaciones afectivo-eróticas con otras mujeres no hacen pública, pues reconocen que no existen aún los mecanismos que garanticen la no discriminación por orientación sexual. Algunas de las que reconocen abiertamente su identidad sexual, han tenido que enfrentar el estigma en diferentes espacios en los que se desenvuelven.

La renuncia, la postergación y/o la negación son actitudes asumidas para sostener los lazos afectivos con sus familias de origen o con las que han constituido. Para muchas es la única forma de mantenerse cerca de sus hijos o mantener los lugares de prestigio alcanzados en sus trabajos o en sus comunidades. Esta represión tiene impactos sobre la salud mental de las mujeres que se mantienen en el clóset y que apuestan por la unidad familiar en detrimento de vivir su sexualidad como mujeres lesbianas.

Con el fin de dar respuesta a los vacíos teóricos y de la práctica médica, se requiere de esfuerzos para desmontar las lógicas patriarcales que reconocen la heterosexualidad de las mujeres como la sexualidad *normal* que garantiza la reproducción social y, aunque devaluada, se ajusta a la organización social de género en nuestra sociedad; deshacer el estigma sexual que garantiza la persistencia de lesbofobia; y reducir la brecha de desigualdades basadas en la diferencia: entre mujeres, mujeres lesbianas, mujeres trans y entre los hombres y las diferentes y múltiples formas de ser mujer.

Referencias bibliográficas

1. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Ser y reconocerse lesbiana. Protegiendo la salud como un derecho. *Revista Mujer Salud* 2007; 2:27.
2. Eiven L, Sardá A, Villalva V. Lesbianas, salud y derechos humanos desde una perspectiva latinoamericana. Un aporte para la discusión y la reflexión. *Revista Mujer Salud* 2007; 2:43-44.
3. Red de Salud de las Mujeres. Territorio en disputa. En Tu cuerpo, tu vida, tú decides. *Cuadernos Mujer Salud* 2006; 11:9.
4. Tena O. Análisis ético de la homofobia. En Homofobia: laberinto de la ignorancia. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. Colegio de Ciencias y Humanidades; 2010. pp. 94-95.
5. Careaga G. Salud y estigma. *Revista Mujer Salud* 2007; 2:33-34.
6. Ortiz T. Sexualidad y poder: una clave compleja para analizar la complejidad de la violencia sexual. *Cuadernos Mujer Salud* 2006; 11:65.

EL *BULLYING*: DE LO QUE POCO SE HABLA Y SE CONOCE EN LAS ESCUELAS CUBANAS

Yoanka Rodney Rodríguez, Mirtha García Leyva

La escuela, como agencia de socialización, tiene entre sus tareas la educación de los niños, las niñas, adolescentes y jóvenes que a ella asisten. Como sistema de relaciones sociales, en ella se expresan múltiples interacciones, y a los educadores profesionales corresponde guiarlas para que se caractericen por el respeto a la dignidad humana.

La escuela —palabra empleada en lo adelante como término genérico que abarca todo el entorno educativo— debe ser el lugar en el que niños, niñas, adolescentes y jóvenes reciban, fundamentalmente a través del profesorado, las mismas influencias y el mismo sistema de normas, patrones y código de valores. Es indiscutible que todos los miembros del estudiantado no se encuentran en igualdad de condiciones para percibir y procesar esa información, ya que se acrecientan en el ambiente escolar, en no pocas ocasiones, la desigualdad, la discriminación y la violencia de unos en relación con otros (1).

En ocasiones, en algunas escuelas ocurren hechos que incitan a pensar en cómo prevenirlos o eliminarlos una vez instaurados. Uno de estos son las manifestaciones de violencia que afectan la compleja red de relaciones sociales que existen en la escuela y que se expresan en la estructura grupal que funciona en su interior.

Desde el punto de vista sociológico, se reconoce la escuela como un complejo sistema de relaciones sociales que actúan a distintos niveles e inciden entre sí. Incluye tanto las relaciones que se establecen entre sus miembros como los que funcionan entre ellos y el resto de la sociedad. Esta compleja red de relaciones sociales está compuesta por las

costumbres, normas, convenciones, hábitos y valores que encuadran las relaciones en un marco de referencia útil, cuando está al servicio del desarrollo de los principales protagonistas (profesorado y estudiantado) del proceso educativo, e inútil o problemático, cuando se desconoce su utilidad o funcionamiento (1, 2).

El sistema de relaciones sociales que se establecen entre estudiantes, es muy complejo y por lo general en reiteradas ocasiones atraviesa por sentimientos, emociones, actitudes y valores que los seres humanos despliegan entre sí cuando conviven de forma estable y prolongada.

Al respecto hay que señalar que entre estudiantes acontecen situaciones diversas y se despliegan actitudes que, por un lado, inciden de manera positiva en las relaciones interpersonales de sus miembros en el aula, en su personalidad y en el desarrollo social y moral; y por otra, no siempre proporcionan modelos de comportamiento social adecuados y creencias en normas y reglas idóneas.

En ocasiones, también se ponen en práctica actitudes negativas que se basan en un esquema de dominio y sumisión interpersonal que van más allá de lo moralmente tolerable y se convierten algunas veces en modelos de referencia negativos para el desarrollo social.

Cuando ocurre lo anteriormente planteado, aparece entonces un fenómeno de prepotencia o desequilibrio en el estatus social «que un chico/a establece con otro o que un grupo de ellos establece con un estudiante en particular: son esquemas de malas relaciones que pueden adquirir diferentes grados de peligrosidad para el desarrollo social y la convivencia en el centro educativo» (2:19); si este fenómeno se sostiene repetidamente en el tiempo de manera intencional, se le denomina *bullying*, *acoso escolar*, *acoso entre iguales* o *maltrato entre iguales*.

Ante esta realidad, este trabajo se dirige de modo particular a contribuir a la identificación del maltrato entre iguales, desde el reconocimiento de

este fenómeno en la escuela cubana, si se tiene en cuenta que hasta el momento hay poca evidencia de estudios realizados.

Desarrollo

Adentrarse en la violencia que afecta la escuela y, en particular, las relaciones entre estudiantes, es bien complejo; para la opinión pública y algunos miembros del profesorado muchas veces es un problema propio de los tiempos que corren y se apresuran en culpabilizarse unos y otros sin realizar un análisis crítico de los múltiples factores que inciden en la problemática.

Ante este panorama es necesario esclarecer qué se entiende por violencia escolar:

...uso inadecuado de poder que ejerce cualquier miembro de la comunidad educativa que afecta la dinámica escolar, transgrede los derechos de la víctima o las víctimas, provoca daños a personas y bienes materiales y atenta, sobre todo, contra el desarrollo de la personalidad del estudiantado [3:26].

Con esta definición se asume que todos los sujetos que participan en la dinámica de la vida escolar son responsables de lo que ocurre en esta; tiene en cuenta la influencia negativa del uso inadecuado del poder y la autoridad en las relaciones interpersonales inter e intragenéricas; y reconoce que, cuando descansa en la diferencia, es mal empleada y no se justifica. Sin embargo, la situación se agrava si es un miembro del profesorado quien la utiliza, cuando no emplea adecuadamente sus poderes.

De igual modo, la definición anterior obliga a pensar que el daño que la violencia ocasiona a personas implicadas en estas situaciones, exige brindar atención y asistencia especializada y protectora a víctimas y espectadores, dirigida a contribuir a la transformación adecuada de sus conductas y también a victimarios, quienes con su modo de proceder

demuestran problemas en la conducta que el proceso educativo no puede soslayar y de los cuales se tiene que ocupar.

Para entender la violencia escolar, es oportuno precisar dos tipos de situaciones que pueden producirse en la escuela:

- relaciones asimétricas de poder y el sometimiento de las personas por la fuerza en cualquiera de sus variantes (física, verbal, gestual, sexual) en las relaciones jerárquicas institucionales o del sistema educativo;
- relaciones simétricas o paritarias, en las que la víctima puede devolver la agresión y ser aceptada socialmente, con matices, o relaciones asimétricas, en las que se da el maltrato entre iguales (4).

En este artículo se hará referencia a la segunda situación, la cual se refiere al *bullying* o acoso escolar, fenómeno antiguo de creciente reconocimiento a partir de la década de los setenta del pasado siglo, el cual constituye una forma de violencia que preocupa a muchos países por representar una amenaza al bienestar de niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

Las primeras investigaciones sobre el *bullying* o acoso escolar las realiza el noruego Dan Olweus entre 1973 y 1978; ya en la propia década de los setenta realizó en Suecia un estudio a largo plazo que culminaría con un completo programa antiacoso para las escuelas de Noruega. A este investigador se le reconoce como pionero en estos estudios por definir el fenómeno, describir su incidencia y diseñar programas de intervención que permitieron constatar que el maltrato escolar entre iguales es un fenómeno muy antiguo y poco estudiado.

Para finales de la década de los ochenta y a partir de 1990 este fenómeno atrajo la atención de investigadores de diferentes países, como Japón, Gran Bretaña, Holanda, Canadá, Estados Unidos y España (5). En Europa, a partir de 1990, el estudio del fenómeno se extendió a otros países

como «Italia y Portugal [...] y en Francia el fenómeno se contempla dentro de la categoría más amplia de violencia juvenil» (4:24); en el caso particular de los Estados Unidos, la reiterada publicidad hecha por los medios de comunicación sobre algunos acontecimientos ocurridos en algunas escuelas y en los que, en parte, el problema víctima/acosador se relacionaba con estudiantes implicados, provocó el aumento de la atención sobre este fenómeno (6).

De esta manera, durante los doce años posteriores se produce un desarrollo vertiginoso en los estudios de este campo, tanto en términos de investigación como de intervención y políticas nacionales (7-10).

El *bullying* o acoso escolar es un comportamiento que puede definirse como «comportamiento negativo repetitivo e intencional (desagradable o hiriente) de una o más personas dirigido contra una persona que tiene dificultad en defenderse» (5:3) y se puede describir con los siguientes aspectos:

- una relación interpersonal que se caracteriza por un desequilibrio real o superficial de poder o fuerza (relación asimétrica);
- comportamiento agresivo o querer *hacer daño* intencionadamente;
- llevado a término de forma repetitiva e incluso fuera del horario escolar;
- el niño, niña, adolescente y joven que esté expuesto a las acciones negativas, tiene mucha dificultad para defenderse.

Aunque, en principio, las relaciones entre iguales son paritarias o simétricas, ya que no contienen roles superiores ni inferiores, se conoce que existen casos en los que uno o varios niños, niñas, adolescentes y jóvenes en el ámbito escolar dominan a otros u otras que se perciben más débiles. Esto ocurre porque se trata de relaciones de dominio-sumisión, en las que se basan prácticas cotidianas para controlar a otros u otras mediante la intimidación, la falta de respeto y la exclusión (2). Por ello se le define como un abuso constante de poder, que ocurre por lo general de manera

oculta y poco manifiesta a los ojos del profesorado, pero sin dudas esta práctica es muy dañina para las víctimas, agresores y espectadores de este tipo de violencia.

Esta definición permite distinguir entre el *comportamiento bullying* y las peleas entre coetáneos dentro y fuera del ámbito escolar, en las que hay un conflicto o enfrentamiento agresivo entre dos o más estudiantes que tienen la misma fuerza o poder, así como las peleas amistosas, en contextos de juego, cuya intensidad puede variar, pero son vistas por el resto del estudiantado como oportunidades para ganar estatus, hacer nuevos amigos e incluso divertirse (4).

De manera general este término se refiere a un tipo de violencia típica del estudiantado, que aparece cuando el daño que se causa es intencional, la víctima no provoca la agresión y los actos violentos se repiten en el tiempo; los agresores se perciben como los más fuertes y consideran a las víctimas como más débiles o menos hábiles. Para algunos especialistas del tema «se trata de agresiones [...], en las que no hay provocación sustancial por parte de la víctima» (4:23).

Diversos son los estudios que revelan que el *bullying* o acoso escolar constituye un problema considerable que afecta a una gran cantidad de estudiantes (2, 5, 7, 11, 12). En la investigación pionera realizada por D. Olweus, se encuestaron a 130 000 estudiantes entre 8 y 16 años. Se obtuvo que 15 % participaban en acciones intimidatorias como víctimas o agresores de manera frecuente; aproximadamente 9 % eran víctimas; 7 %, agresores; y 1,6 % desempeñaban ambos roles. Al mismo tiempo se conoció que el estudiantado que se identificaba como víctima decrecía con la edad y que los varones estaban más representados entre agresores y víctimas que las niñas.

Las investigaciones realizadas en el Reino Unido hacia finales de la década de los noventa a 6 758 estudiantes de 24 escuelas primarias en edades comprendidas entre 7 y 11 años, y en 7 secundarias a 4 135 estudiantes entre 12 y 16 años de edad, arrojaron que 27 % informaba haber sido

víctima alguna vez en el trimestre y 10 % habían sido agresores al menos una vez a la semana (4, 11).

En estas mismas investigaciones se constató que el número de las víctimas se reduce con la edad, que los agresores eran por lo general compañeros del mismo curso o nivel que las víctimas; que los varones eran intimidados por otros varones y rara vez por una mujer; que los primeros eran objeto y actores de agresiones físicas y amenazas con mayor frecuencia que las mujeres, pero estas sufrían otras formas indirectas de maltrato, como ser objeto de rumores y excluidas del grupo (4).

En países mediterráneos, como Italia, en un total de 1 379 estudiantes, de los cuales la mitad era de escuelas primarias y la otra mitad de escuelas secundarias en un rango de edad de 8 a 11 años y de 11 a 14 respectivamente, arrojó que casi 50 % del estudiantado de todas las escuelas investigadas informaron haber sido víctimas alguna vez o más; y 20 %, con una frecuencia de una vez por semana. En estos estudios no se encontraron diferencias de sexo consistentes, pero los investigadores reconocieron que es mucho más probable que un chico admita ser agresor a que lo haga una chica. Igualmente se comprobó que mientras la agresión física tiende a decrecer con la edad, las agresiones verbales e insultos permanecen estables, y las agresiones indirectas, más visibles en las chicas, tienden a incrementar su frecuencia (4, 11).

Un grupo de investigadores en España, de la Universidad de Sevilla, refiere que investigaciones hechas a 2 828 estudiantes arrojaron que las relaciones de maltrato entre compañeros afectan a un porcentaje que oscila entre 5 % y 25 % del estudiantado, y que se da con más frecuencia en los propios centros escolares (aulas, patios,...) que en la calle (13). Igualmente reconocen que estos problemas avergüenzan a las víctimas, lo que las lleva a guardar silencio y a prolongar su sufrimiento. Al mismo tiempo sostienen que aunque otros escolares conozcan esta realidad del maltrato y de la victimización de sus compañeros, no suelen hacer nada para evitarla, ya sea porque no saben cómo hacerlo, porque

creen que no les concierne o porque, como se sabe, también el miedo a las represalias impide que algunos/as denuncien la situación.

A su vez, en el Informe del Defensor del Pueblo (1998-1999) del país ibérico se publican resultados de estudios realizados a 3 000 estudiantes de secundaria básica, la mitad chicos y la otra mitad chicas; en estos se señala que la forma de maltrato que más perciben las víctimas es verbal (33,8 %) y que los agresores maltratan precisamente por esta misma causa, o sea, por considerar que fueron maltratados verbalmente (4).

Los estudios realizados en los Estados Unidos se diferencian de los países europeos considerablemente, pues los especialistas consideran que el *bullying* es sinónimo de agresividad infantil y existen pocos trabajos que diferencian la agresividad proactiva de la reactiva, lo cual hace muy difícil mostrar adecuadamente una visión del fenómeno en ese país. No obstante, la literatura especializada concluye que el índice de estudiantes víctimas, agresores y espectadores de la violencia en ese país es más alto que en los países de Europa (4).

Uno de los pocos estudios que han abordado esta cuestión en México, se realizó en 2009 por la Secretaría de Educación Pública (SEP) con el apoyo de UNICEF, sobre violencia de género y discriminación escolar. Sus resultados revelaron que 43,2 % de los docentes de escuelas primarias y secundarias entrevistados mencionaron haber detectado casos de acoso escolar, y destacaron que la quinta parte reportó la existencia de grupos que intimidan a otros compañeros y compañeras en el salón de clases. Uno de los motivos que más lleva a los estudiantes a *molestar* a sus compañeros, es que estos no compartan un conjunto de características consideradas masculinas (22 %). Lo mismo sucede en el caso de las niñas, «ya que de no cumplir los estereotipos femeninos se les dice que se comportan como hombres» (12:101).

En el caso de Cuba, en investigaciones realizadas por R. Y. Rodney (3) en una escuela secundaria básica a 145 estudiantes (66 muchachas y 79 muchachos), en edades comprendidas entre 11 y 14 años, se constató

que en situaciones de violencia los miembros del estudiantado implicados ocupan diferentes roles (víctimas, agresores y espectadores). Según esta investigación, 24,24 % de las muchachas y 16,18 % de los muchachos agreden para imponer respeto, mientras que 22,27 % de las féminas y 20,06 % de los muchachos informan que son víctimas por este tipo de causa.

Asimismo, 21,21 % de las muchachas y 18,88 % de los muchachos informaron que agreden a otros/as compañeros/as con el propósito de provocar, mientras que 9,09 % de las féminas y 1,92 % de los muchachos consideran que son víctimas de las provocaciones de otros/as compañeros/as.

La *Revista CEPAL* de agosto del pasado año publicó los resultados de un estudio sobre la violencia entre escolares en la América Latina, en dieciséis países de la región (Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Colombia, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Cuba). En Cuba se analizaron 206 escuelas primarias, 383 aulas y 5 910 estudiantes de sexto grado de la educación primaria; al respecto, el estudio refiere que 10,55 % de los escolares eran víctimas de robos; 6,86 %, de intimidación o amenaza; 4,38 % son maltratados físicamente y 13,23 % sufren algún episodio de violencia (14).

Este estudio también señala que 12,1 % del estudiantado conocen a compañeros/as que en su clase fueron víctimas de robo en el último mes; 7,38 % conoce cuántos han sido objeto de intimidación o amenaza, mientras que la violencia física afecta a 7,42 % del estudiantado. Sobre las variables analizadas (género, nivel socioeconómico de las familias, nivel cultural y lugar de residencia rural o urbano), de manera general entre los dieciséis países los «datos indican que hay una relación estadísticamente significativa entre el género de los estudiantes y el haber sufrido algún tipo de robo, insulto, amenaza o maltrato físico» (14:45). En este sentido, las variables (ser víctima de robo, de violencia verbal o de violencia física) se relacionan estadísticamente con el género, lo que constata que los niños sufren más robos y son más insultados, amenazados

América Latina (16 países): Porcentaje de estudiantes de 6° grado de primaria que declaran haber sido víctimas de robo, insultados o golpeados en su escuela en el último mes, por país.

País	Robados	Insultados o amenazados	Maltratados físicamente	Algún episodio de violencia ^a
Argentina	42,09	37,18	23,45	58,62
Brasil	35,00	25,48	12,94	47,62
Colombia	54,94	24,13	19,11	63,18
Chile	32,54	22,43	11,55	43,08
Cuba	10,55	6,86	4,38	13,23
Costa Rica	47,25	33,16	21,23	66,22
Ecuador	47,60	28,84	21,91	56,27
El Salvador	33,42	18,63	15,86	42,55
Guatemala	35,56	20,88	15,06	39,34
México	40,24	25,35	16,72	44,47
Nicaragua	47,56	29,01	21,16	50,70
Panamá	36,99	23,66	15,91	57,32
Paraguay	32,23	24,11	16,93	46,34
Perú	45,37	34,39	19,08	44,52
República Dominicana	45,79	28,90	21,83	59,93
Uruguay	32,42	31,07	10,10	50,13
Total América Latina ^b	39,39	26,63	16,48	51,12
Promedio países	38,72	25,88	17,20	48,67

^a Porcentaje de estudiantes que declaran haber sido víctimas de maltrato (independientemente del tipo de este) en su escuela durante el último mes.

^b Resultados del total de América Latina obtenidos mediante la ponderación de resultados de cada país.

y agredidos físicamente que las niñas. En este estudio en Cuba, el maltrato afecta a ambos géneros de manera equitativa en las tres variables de-

pendientes utilizadas (14); estos resultados también se constataron en las investigaciones de Rodney (3).

Los hallazgos en Cuba reafirman lo aportado por los estudios internacionales, que constatan que tanto el sexo como la edad del estudiante inciden en la expresión y la magnitud que alcanza la violencia entre iguales. En esos análisis, los estudiantes varones aparecen mayormente en situaciones de maltrato físico, mientras que las mujeres emplean preferentemente el maltrato social o psicológico, aunque hay diferencias poco significativas en ambos géneros en cuanto al uso de gestos ofensivos y crueles con sus compañeros/as, así como movimientos corporales que en muchos casos suelen ser disimulados a la vista de los educadores profesionales.

Otro estudio reciente, realizado a inicios de 2012 a 40 estudiantes de una población de 60 de sexto grado de una escuela primaria del municipio de la capital, evidenció que 27,5 % de los niños y las niñas encuestados/as informaron ser víctimas de amenazas; 20 %, de gritos; 15,5 % refirieron que son víctimas de humillaciones; y 2,5 %, de maltrato físico. Sobre la frecuencia en que ocurren estos hechos, 17,5 % declararon que frecuentemente y 70 % que a veces; solo 5 % refirieron no haber sido nunca objeto del maltrato entre iguales (15).

Sobre las causas de las agresiones realizadas o recibidas de compañeros/as del aula, se constató la diversidad de factores que inciden en este aspecto. No obstante, se destaca la respuesta a provocaciones en las cuales niños y niñas pierden fácilmente el control ante los apodosos que reciben de sus compañeros/as, las amenazas y los falsos rumores. Los espacios de riesgo identificados fueron los matutinos y el receso.

En relación con Cuba, se puede concluir que la escuela cubana no escapa del fenómeno de la violencia; existen investigaciones que directa o indirectamente identifican situaciones violentas en esta agencia de socialización, en sus diversas formas, y proponen alternativas para su

prevención (3, 16-24); otras, aunque no abordan la problemática de la escuela, revelan la existencia del fenómeno en la sociedad cubana, sus medios de comunicación y la familia (25, 26).

De cualquier forma, estas investigaciones posibilitan afirmar que Cuba es uno de los países con menor porcentaje de niños, niñas, adolescentes y jóvenes víctimas de la violencia escolar y que, en comparación con el resto de los países investigados, se encuentra siempre en un extremo que permite afirmar que sus aulas son una de las más seguras en la región. Para mantener este logro, se impone la realización de un trabajo sistemático y multidisciplinario en aras de la prevención de este fenómeno, con el fin de que Cuba continúe siendo «referencia regional de cómo prevenir las causas sociales del maltrato en la infancia y la adolescencia» (Sáez, citado en 27:1), lo cual se debe, entre otras razones, a la tradición pedagógica que llega hasta la actualidad, que sentó las bases para que el magisterio cubano, respaldado por la voluntad política del Estado, se preocupe por atender las modificaciones del contexto sociocultural y su influencia en el desarrollo de la personalidad de las nuevas generaciones y mejore el trabajo metodológico, la calidad técnica de las clases, la vinculación de la teoría con la práctica, la actualización y el rigor científicos de los contenidos, así como el trabajo educativo encaminado a la formación de valores y a la educación para la ciudadanía.

Al igual que en otras formas de violencia, en el *bullying* o acoso escolar, los iguales pueden ejercer diferentes roles (3, 4, 11, 24) como:

- a. *Víctima*. Cuando algún miembro del estudiantado es *objeto* de la violencia, uno actúa contra él en detrimento de sus derechos, integridad física o moral, independientemente de la razón que sea. Puede observarse en las asambleas de grupo, matutinos, receso o durante otras actividades del proceso educativo. Según Olweus (5), las *víctimas* se caracterizan por ser personas prudentes, sensibles, calladas, apartadas y tímidas. Pueden también ser inquietas, inseguras, tristes y de baja autoestima. Suelen ser

depresivos y se embargan en ideas suicidas con más frecuencia que el resto de sus coetáneos. En ocasiones no tienen ni un solo buen amigo y se relacionan mejor con los adultos que el resto de sus compañeros/as. En el caso de los varones, con frecuencia son más débiles que el resto de sus compañeros.

También hay que señalar que la literatura especializada reconoce la existencia de dos tipos de víctimas: una, «sumisa o pasiva, que se caracteriza por un patrón de reacción ansiosa o sumisa, combinada (en los chicos con debilidad "física"); y otra, "provocativa", caracterizada por una combinación de reacciones ansiosas y agresivas» (4:29).

- b. *Agresor/a*. En este rol, el agresor o los agresores someten y controlan a la víctima; promueven la exclusión de otro igual o castigan y golpean. Son personas con una personalidad agresiva y con una actitud más positiva por lo general hacia la violencia que los estudiantes que no lo son. Tienen una fuerte necesidad de dominar y someter a otros compañeros y salirse siempre con la suya; suelen ser impulsivos y molestarse con mucha facilidad. No muestran por lo general ninguna solidaridad con compañeros/as victimizados/as.

Con frecuencia este tipo de estudiante suele ser desafiante y agresivo/a hacia los adultos, padres y profesorado. Se involucran, en ocasiones, en actividades antisociales y delictivas, como vandalismo, delincuencia y drogadicción, y en el caso de varones, con frecuencia son más fuertes que los de su edad y, en particular, que sus víctimas.

No obstante, existen estudios divergentes en este sentido al encontrarse autores que opinan que no necesariamente un agresor debe ser una persona falta de habilidades sociales y cognitivas, ya que se ha demostrado en estudios que «algunos agresores son expertos en manipular las situaciones sociales, organizar

grupos y utilizar métodos indirectos para agredir» (Sutton *et al.*, citado en 4:26).

- c. *Espectadores/as*. Son todos aquellos miembros del estudiantado que no se implican, en general, en situaciones de violencia; en ocasiones son indiferentes, actitud que denota falta de sensibilidad; en otras, apoyan o ayudan al agresor o agresores de diferentes formas, utilizan la sonrisa para reforzar indirectamente el acto violento entre el agresor y la víctima; y existen también otros que pueden ayudar a la víctima.

Al mismo tiempo, en ocasiones, también son víctimas de la violencia, porque, sin estar involucradas «de forma directa, lo están de forma indirecta, porque son observadores y sujetos pasivos de la misma, al verse obligados a convivir en situaciones sociales donde esos problemas existen» (2:36).

En resumen, los espectadores constituyen un grupo heterogéneo de personas que observan o conocen los hechos de violencia que se producen en el aula o fuera de esta, por lo que tienen un cierto grado de implicación personal. Pueden ser:

- activos: si apoyan o ayudan al agresor;
- pasivos: si refuerzan indirectamente con risas, con atención;
- prosociales: si ayudan a la víctima.

Entre agresores, víctimas y espectadores se establece lo que la literatura especializada denomina el *triángulo de la violencia*, en el cual se reconoce la participación de cada uno/a con distinto grado de responsabilidad. Este se sustenta en el rígido esquema de *dominio-sumisión*, que adopta a veces el modelo social de las relaciones interpersonales en la escuela, y la *ley del silencio* (2).

El esquema de *dominio-sumisión* se caracteriza porque existe una persona dominante y otra dominada; una que controla y otra que es controlada; una

que ejerce un poder abusivo y la otra que debe someterse (2). Esta situación conduce a una relación de violencia a corto, mediano o largo plazo.

A su vez, estos especialistas reconocen la existencia de una *ley del silencio*, que es aquella que prohíbe hablar, la cual constituye una forma más de violencia al servicio del mantenimiento de la misma (2); se establece, fundamentalmente, cuando *víctimas y espectadores/as* se ven directa o indirectamente obligados a callar e ignorar la violencia que un tercero ejerce sobre otro miembro del estudiantado, siendo instados a asumir un cierto grado de culpabilidad, de ser cómplice, culpabilidad que ninguno de los protagonistas puede olvidarse. Los «violentos, ante la indefensión de la víctima y la pasividad de los espectadores, refuerzan sus actitudes abusivas y transfieren estos comportamientos a otras situaciones sociales» (2:40).

También coadyuva a comprender el *fenómeno del bullying*, el conocimiento de las diferentes funciones que tiene el empleo de la violencia. Esta puede ser reactiva o proactiva (4, 11). En ambos casos, la valoración de las conductas depende de las normas y valores sociales.

Función reactiva. Se refiere a una respuesta dirigida a defensa, castigo, amenaza o venganza, ante una provocación. Es una violencia que se relaciona con problemas de impulsividad, autocontrol y relaciones sociales que se basan en la tendencia a realizar atribuciones hostiles al comportamiento de los demás.

Función proactiva. Se refiere a comportamientos que suponen una anticipación de beneficios; o sea, está dirigida a obtener objetivos. Es deliberada y controlada por refuerzos externos; se caracteriza por el empleo de medios coercitivos; y se relaciona con posteriores problemas de delincuencia y con altos niveles de competencia social y habilidades de líder.

El *bullying* o acoso escolar se diferencia de otros tipos de violencia porque representa un patrón de comportamiento más que un evento aislado,

y sus semejanzas están dadas por las diferentes formas de violencia en que se expresan.

Violencia verbal. Se caracteriza por el uso de códigos obscenos y vulgares con la finalidad de ejercer el poder sobre otra persona mediante el lenguaje verbal (19). El estudiantado la emplea para mantener un lugar dentro del grupo o para conservar amistades, mediante insultos y menosprecios en público para poner en evidencia al/a la débil. Es más frecuente en mujeres que en los hombres.

Violencia gestual. Se manifiesta cuando se utiliza el lenguaje no verbal; en muchos casos sirve de complemento a las violencias verbal y física. Se caracteriza por gestos y formas inadecuadas de expresión, en ocasiones obscenas. Se observa fundamentalmente en las mujeres y constituye una forma de agresión social típica de ellas, que incluye movimientos corporales amenazantes y obscenos; está relacionada con conductas dirigidas a la manipulación de las relaciones sociales para hacer daño, como amenazas con retirar la palabra y la amistad, así como la promoción de rumores con el objetivo de aislar a alguien del grupo. Es más fácil de identificar en hombres que en mujeres.

Violencia física. Cuando se daña la integridad física por medio del maltrato corporal, que puede caracterizarse por pellizcos, golpes, tirones de cabellos, empujones, sacudidas, daños con objetos (lápices, borradores, compás) y organización de una paliza al acosado, entre otras maneras.

Violencia psicológica. Está presente en todas las formas de *bullying*; ocasiona un deterioro en la personalidad de los sujetos, a su proceso de socialización y al desarrollo armónico de sus emociones y habilidades; entorpece e inhabilita el desarrollo potencial de las víctimas. En este caso, existe una persecución, intimidación, tiranía, chantaje, manipulación y amenazas al otro.

Exclusión social. Cuando se ignora, se aísla y se excluye al otro. Se manifiesta a partir de la indiferencia que se muestra hacia un acto de

violencia, así como la falta de expresiones afectivas o caso omiso a logros alcanzados.

Violencia homofóbica. Son acciones y comportamientos discriminatorios y violentos hacia niñas, niños, adolescentes y jóvenes por motivo de su homosexualidad o aparente homosexualidad.

Cualquiera de las formas de *bullying* o acoso escolar tiene un costo en el desarrollo pleno de la personalidad del estudiantado implicado; sin embargo, es importante destacar que estas consecuencias no son inevitables pero sí prevenibles. Entre estas, se pueden destacar:

a) En víctima:

- comportamiento agresivo como resultado de las frecuentes intimidaciones, humillaciones o algún tipo de abuso que sufre;
- depresión, ansiedad, sentimiento de soledad y pérdida de seguridad personal (indicadores propios de víctimas que acumulan gran estrés);
- tristeza inmediata y rabia;
- aislamiento;
- pérdida de la capacidad de concentración (disminuye brusca-mente el rendimiento escolar);
- negativa para asistir a la escuela o entrar a clases;
- retraso del lenguaje;
- problemas académicos;
- experimentación de sentimientos de debilidad e inseguridad cuando tienen que hacer uso de una asertividad; estos/as estudiantes sufren mucho y tienden a autoprotgerse encerrándose en su mundo (no se puede olvidar que el problema de la violencia es siempre un problema de crueldad y no solo de conflicto);
- problemas psicosomáticos, depresión, ansiedad, pensamientos suicidas (lamentablemente algunos/as se quitan la vida para no tener que soportar más esa situación).

b) En agresor/a:

- se siente superior, ya sea porque cuenta con el apoyo de otros atacantes o porque el acosado es un/una niño, niña, adolescente u joven con muy poca capacidad de responder a las agresiones;
- problemas de conducta (fugas, fracaso escolar);
- pueden convertirse posteriormente en delincuentes; la persona se siente frustrada porque se le dificulta la convivencia con los demás niños, y cree que ningún esfuerzo que realice vale la pena para crear relaciones positivas con sus compañeros.

c) En espectador/a:

- provoca miedo y temor difuso a llegar a ser objeto de violencia;
- se aprende a no implicarse, a pasar por alto estos injustos sucesos y a callar ante el dolor ajeno;
- pérdida del sueño;
- sentimiento de culpabilidad.

Dar prioridad a la prevención del *bullying* o acoso escolar resulta impostergable. Hay que asegurar que el entorno educativo sea un espacio libre de violencia y un lugar en el cual se respeten y promuevan los derechos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Para ello es necesario tener en cuenta los múltiples y complejos factores que inciden en la aparición de este fenómeno y analizarlos, entre estos:

- los roles que ocupan los sujetos en situaciones de violencia dentro del entramado de relaciones sociales que se establecen en la escuela (colectivo pedagógico, colectivo estudiantil), el modo de resolver los conflictos, la comunicación, la empatía y actitudes y conductas prosociales;
- el sistema de normas de convivencia que deben asumirse en el plano individual, grupal y social, que deben hacer a la escuela un lugar democrático e incidir de una forma muy importante en

que el proceso de integración sea satisfactorio para los sujetos que lo realizan.

Si el profesorado encargado de la formación de las nuevas generaciones tiene en cuenta estos aspectos, es posible que el estudiantado en la escuela aprenda a ser y estar en esta; a pensar y aprender a hacer y sentirse útil; y aprender a relacionarse con las demás personas, lo cual conduciría, según estas autoras, a la prevención de la violencia escolar en todas sus manifestaciones.

La intimidación de los agresores y las agresoras ocurre en contextos sociales en los que docentes y familias pocas veces están al tanto de su existencia, y los demás niños y niñas no quieren involucrarse o simplemente no saben cómo ayudar. La mejora del clima de convivencia en la escuela es la clave, pero no se logra, generalmente, con la simple adopción de medidas puntuales dirigidas a resolver los problemas y los conflictos que se van presentando en el quehacer diario (indisciplina, conflictos interpersonales, maltrato entre iguales,...), sino que requiere trabajar en un marco global en donde se incluya un abanico amplio de factores internos y externos que inciden en el marco escolar y han de concretarse en un Plan de Convivencia.

Conclusiones

La violencia siempre ha formado parte de la experiencia humana. A pesar de estar presente en todas las sociedades del mundo en mayor o menor grado, esta no debe aceptarse. Sus efectos pueden verse con diversas formas que se modifican y se vuelven cada vez más sutiles; sin embargo, es prevenible.

El *bullying* es un fenómeno común que afecta a niños, niñas, adolescentes y jóvenes en el marco escolar, pero no perturba solamente a quien va dirigido. Esta forma de violencia tiene un efecto negativo desde que aparece. Por lo general, las situaciones son invisibles

para el profesorado, lo que hace más complejo poder reaccionar y participar en su prevención o erradicarlas.

Referencias bibliográficas

1. Blanco PA. Introducción a la sociología de la educación. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2001.
2. Ortega RR, *et al.* La convivencia escolar: qué es y cómo abordarla. Programa Educativo de Prevención de Maltrato entre compañeros y compañeras. Consejería de Educación y Ciencia, Junta de Andalucía. Material digitalizado; 1998.
3. Rodney RY. Estrategia pedagógica dirigida al profesorado para la prevención de la violencia escolar. Tesis en opción al grado académico de doctor en Ciencias Pedagógicas. La Habana: UCPEJV; 2010.
4. Trianes TM. La violencia en contextos escolares. Málaga: Ediciones Aljibe; 2000.
5. Olweus D. Conductas de acoso y amenaza entre escolares. Madrid: Ediciones Morata; 1997.
6. Anderson M, *et al.* The School-Associated Violent Deaths Study Group. School-associated violent deaths in the United States, 1994-1999. *Journal of the American Medical Association* 2001; 286:2695-2702.
7. Smith PK, Morita Y, Junger-Tas J, Olweus D, Catalano R, Slee P. The nature of school bullying: A cross-national perspective. London: Routledge; 1999.
8. Juvonen J, Graham S, editores. Peer Harassment in School. New York: Guilford Publications; 2001.
9. Espelage DL, Swearer SM, editores. Bullying in American Schools. Mahwah, N.J.: Erlbaum; 2004.
10. Smith PK, Pepler D, Rigby K. Bullying in Schools: How Successful Can Interventions Be? Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
11. Ortega RR, Mora, JA. Violencia escolar. Mito o realidad. Sevilla: Mergablum; 2000.

12. Secretaría de Educación del Distrito Federal. Programa: Por una cultura de no violencia y buen trato en la comunidad educativa. Material digitalizado; 2010.
13. Ortega RR. Las relaciones entre compañeros/as escolares. En Goñi A, editor. Psicología de la educación sociopersonal. Madrid; 1996.
14. Román M, Murillo FJ. América Latina: violencia entre estudiantes y escolar y desempeño escolar. *Revista CEPAL* 2011; 104.
15. Romero SY. La prevención de la violencia en la escuela entre niños y niñas. Trabajo de diploma. UCPEJV, La Habana; 2012.
16. Martínez JF. Historia de la educación pública en Cuba desde el descubrimiento hasta nuestros días. Causas de su fracaso. Pinar del Río: Casa Villalba; 1943.
17. Artilés LI. Aprendemos la violencia. *Sexología y Sociedad* 2000; 6(16).
18. García LM. Estrategia educativa desde la comunidad educativa dirigida a eliminar paulatinamente manifestaciones de violencia escolar. Manuscrito. La Habana; 1999.
19. García LM. Estrategia participativa desde la comunidad educativa dirigida a eliminar manifestaciones de violencia en adolescentes. Tesis en opción al grado científico de doctor en Ciencias de la Educación. La Habana: UCPEJV; 2001.
20. Arteaga González S. Papel de la escuela media en la formación de una cultura para la convivencia ciudadana contra la violencia. Una estrategia de afrontamiento a la violencia desde la escuela. Villa Clara: UCP Félix Varela; 2005.
21. García LM, Rodney RY. ¿Qué hacer si no te respetan tus derechos? En 10 preguntas para hablar de derechos con niñas y niños y 10 preguntas para cubanos y cubanas de todas las edades. La Habana: Editorial Acuario-Centro Félix Varela; 2006.
22. García LM, Rodney RY. Aproximaciones teóricas para una conceptualización de la violencia. En Selección de lecturas. La educación para la paz y los derechos humanos en Cuba socialista. La Habana; 2007.
23. Rodney RY. La preparación del profesorado en la prevención de la violencia. Tesina de diplomado de Pedagogía de la Sexualidad. ISPEJV, La Habana; 2001.
24. Rodney RY. Programa de preparación de profesores y profesoras de la secundaria básica en la prevención de la violencia escolar. Tesis presentada en opción al título académico de máster en Educación. UVP Enrique José Varona; 2005.

25. Acosta TN. Maltrato infantil. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2000.
26. Díaz TM, Durán GA, Chávez NE, Valdés JY, Gazmuri NP, Padrón DS, et al. Violencia intrafamiliar en Cuba. Aproximaciones a su caracterización y recomendaciones a la política social. La Habana: CIPS, Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente; 2006.
27. Sierra R. La estrategia pedagógica: sus predictores de adecuación. *Varona* 2007; 45:16-24.

Bibliografía consultada

- Arteaga González S. Propuesta para el desarrollo de una cultura de paz en la escuela secundaria básica. Villa Clara: UCP Félix Varela; 2001.
- Barudy J. El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Barcelona: Paidós; 1998.
- Colectivo de autores. *Diccionario de pedagogía*. T. 1. Barcelona: Editorial Labor; s/f.
- . Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud del adolescente. La Habana: Editorial del MINSAP; 1999.
- . Reflexiones teórico-prácticas desde las ciencias de la educación. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2004.
- Ortega RR. Violencia interpersonal en los centros educativos de enseñanza secundaria. Un estudio sobre malos tratos e intimidación entre compañeros en la escuela como centro de cambio. *Revista de Educación* 1994 May-Ago; 304.
- Rey R del, Ruiz RO. Programas para la prevención de la violencia escolar en España: la respuesta de las comunidades autóctonas. [Editorial]. *Inter-universitaria de Formación del Profesorado* 2001; 41.
- Rodney RY. La preparación de los(as) docentes de secundaria básica en la prevención de la violencia escolar. Material digitalizado; 2008.
- Torrego JC, coordinador. Mediación de conflictos en instituciones educativas. Madrid; 2000.

DIVERSIDAD SEXUAL, ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN



DIFERENCIACIÓN SEXUAL NORMAL Y DESÓRDENES DE LA DIFERENCIACIÓN SEXUAL

Neida Méndez Gómez, Daysi Navarro Despaigne

Si bien los ahora denominados desórdenes de la diferenciación sexual son entidades clínicas con diferentes frecuencias de presentación, todas tienen un denominador común y es que constituyen «problemas o preocupación» para la persona, la familia y la sociedad.

En el presente artículo nos propusimos revisar brevemente la diferenciación sexual de los humanos, describir la clasificación más reciente (y su relación con otras clasificaciones) de los desórdenes de la diferenciación sexual y las manifestaciones clínicas primordiales que originarían la sospecha clínica de las afecciones clínicas más frecuentes.

Diferenciación sexual en el humano

Para comprender los desórdenes de la diferenciación sexual fenotípica, es imprescindible tener presente cómo interactúan genes y hormonas desde la vida embrionaria, con la finalidad de lograr la diferenciación y el funcionamiento del sistema reproductivo, lo cual tendrá una expresión fenotípica específica para cada sexo. Este proceso, que tiene lugar en tres (cuatro) etapas en forma sucesiva e interdependientes, culmina en el llamado sexo psicosocial exclusivo del humano, aunque esta última no depende de las etapas anteriores (1, 2)

Etapas de formación de sexo cromosómico

Se inicia al unirse el óvulo con el espermatozoide; en dependencia de su constitución gonosómica, quedará determinado el sexo genético

46 XX si es hembra o 46 XY si es macho. Ya desde el segundo día de la fertilización existen diferencias entre los sexos, pues el embrión macho tiene más células y actividad metabólica que el embrión hembra.

En esta etapa el ribete genital se desarrolla bajo la influencia de diferentes genes (GATA4, LHX9, L1M1 y especialmente WT1 y SF1) (3), los cuales están relacionados con el llamado factor determinante de los tests (*TDF-tests determining factor*).

Etapa de formación de las gónadas

Hasta la sexta semana de la vida embrionaria, las gónadas son exactamente iguales en ambos sexos. La denominada gónada primitiva se encuentra constituida por el ribete gonadal (que originará ovario o testículo), procedente del mesonefros y las células germinales que derivan del endodermo, que migran desde el saco vitelino hasta el ribete o rodete gonadal y que originarán espermatozoides u óvulos. Estas células se multiplican desde 1 300 en la octava semana hasta 5 o 7 millones en la duodécima semana. A continuación se describe brevemente la formación de las gónadas.

Testículo. La presencia de un cromosoma Y es imprescindible para que la gónada indiferenciada se transforme en testículo, lo que parece depender de la acción conjunta de diversas proteínas de adhesión de la matriz extracelular (la fibronectina, la laminina, el antígeno H-Y, entre otros) y sus receptores presentes desde etapas previas. Entre los genes implicados en este proceso están el L1M1, WT1, DMRT1 y DMRT2, estos últimos presentes en el cromosoma 9p (3, 4, 5, 6).

La diferenciación del testículo comienza por la individualización de los túbulos seminíferos derivados del epitelio celómico y en su interior las células de Sertoli (de origen mesenquimal) y las células germinales en periodo de multiplicación y detenidas en el estadio de espermatogonia primitiva. Con posterioridad, en el espacio interlobular se diferencian las células de Leydig (derivadas de fibroblastos).

Los genes candidatos para la regulación de este proceso son SRY (*sex determining region Y*) y ZFY (*zinc finger protein Y*), los que se corresponden con el llamado factor determinante del testículo, cuya función sería pasar del programa de diferenciación femenina al masculino. Es posible que también intervenga algún otro gen, localizado en el brazo corto del cromosoma X.

La diferenciación del testículo fetal queda casi completa al final del tercer mes; luego ocurre su descenso hacia las bolsas escrotales durante los seis meses siguientes, lo que depende de factores mecánicos (presión intraabdominal) neurogénicos y hormonales (MIF y/o andrógenos).

Ovarios. Su diferenciación comienza después de la séptima semana y el ovario está histológicamente definido hacia el sexto mes de vida intrauterina, aunque desde el tercer mes es posible su identificación. Su diferenciación consiste en:

- conversión de las células germinales en ovocito;
- transformación de las células provenientes del epitelio celómico, derivadas del ribete gonadal, en células de la granulosa;
- la formación de las células mesenquimales del ribete genital en células del estroma. Es necesaria la presencia de dos cromosomas para la diferenciación y para lograr la ovogénesis.

El proceso de meiosis en las células germinales de las hembras se inicia entre la décima y la decimotercera semana de vida fetal, hacia los meses séptimo y octavo se completa la meiosis de todas las ovogonias transformadas en oocitos primarios, las que se rodean de una capa de células de la granulosa formando los folículos primarios que permanecen en ese estado hasta la pubertad. El desarrollo del folículo se inicia en el centro del ovario, donde las células foliculares (de igual origen que las células de Sertoli) engloban un oocito secundario y se rodean de una lámina basal, lo que ocurre entre la vigésima y la vigesimoquinta semana (7).

Diferenciación de los conductos genitales internos

Para algunos investigadores forma parte de la etapa anterior, y para otros es una nueva etapa. Los genitales internos del embrión con sexo indiferenciado están contruidos por:

- conducto de Müller, que aparece en la sexta semana, procedentes de una invaginación del epitelio celómico entre el mesonefros y la porción gonadal del ribete gonadal;
- conducto de Wolff, derivado del mesonefros, que aparece en la cuarta semana. El gen HOXA13 ha sido implicado en el desarrollo de los conductos genitales indiferenciados.

Alrededor de la décima semana la gónada en el feto macho es ya un testículo típico y existe una diferenciación progresiva de las células de Leydig, derivadas de fibroblastos, que aparecen entre la sexta y la octava semanas y ocupan todo el espacio intertubular entre la decimocuarta y la decimoctava semana, para luego involucionar hasta desaparecer después del nacimiento, reapareciendo en la pubertad. Las mismas juegan un importante rol en la elaboración de hormonas fetales (testosterona, activina A y B), encargadas del desarrollo de los genitales internos y externos del macho.

En el embrión con constitución cromosómica XY, la involución de los conductos de Müller se inicia entre la séptima y la octava semana, desapareciendo en la décima semana, lo que ocurre en virtud de la acción local (paracrina) de una glicoproteína producida por las células de Sertoli llamada MIH (*Müller inhibition factor*) o HAM (hormona antimulleriana). Estas células también producen inhibina A y B. La expresión del gen del MIF está localizado en el cromosoma 9 y es estimulada por el factor de transcripción SRY; su secreción se estimula por la FSH y su acción consiste en inhibir la multiplicación celular.

La testosterona induce la diferenciación de los conductos de Wolff, acción que se realiza también localmente (vía linfática o tisular) y produce

que la porción más cercana al testículo origine el epidídimo; la porción distal, el conducto deferente; y en su punto medio o de unión, las vesículas seminales.

En el embrión hembra, como el ovario no produce testosterona ni MIF se mantiene, desarrollan y diferencian los conductos de Müller, que originan las trompas, el útero y los dos tercios superiores de la vagina.

El ovario fetal humano puede sintetizar, a partir de sustratos androgénicos, estradiol mediante la acción de una enzima (la P450AROM), codificada por un gen en el cromosoma 15.

Diferenciación de los genitales externos

En la octava semana los genitales externos están indiferenciados y consisten en: el seno urogenital, el tubérculo genital, los pliegues uretrales y los rodetes labio-escrotales.

Para la completa masculinización de los genitales externos, se requiere la presencia de la testosterona testicular, que llega por vía sistémica, así como de la enzima 5 reductasa, que transforma esta hormona en la dehidrotestosterona (DHT). Del tubérculo genital se originarán los cuerpos cavernosos y el glande; los rodetes labio-escrotales se fusionan en un sentido postero-anterior para dar lugar al escroto y la cara ventral del pene; la fusión de los pliegues uretrales dará origen al periné, la uretra peneana y el cuerpo esponjoso. La próstata deriva del seno urogenital por acción de la DHT. Para su total normalidad este proceso deberá concluir antes de la duodécima semana; a partir de ese momento queda pendiente el crecimiento del pene y de las bolsas escrotales (incluido el descenso del testículo).

En ausencia de testículo, existan o no ovarios, el tubérculo genital permanece pequeño y origina el clítoris, los pliegues uretrales siguen separados y dan lugar a los labios menores; y los rodetes, a los labios mayores.

Entre machos y hembras existen diferencias estructurales y funcionales del sistema nervioso central (SNC), que en su conjunto se denomina dimorfismo sexual (8, 9, 10, 11, 12, 13); se considera resultado de la acción del estradiol procedente de la aromatización de la testosterona sobre diferentes estructuras del SNC, entre las que podemos mencionar:

1. El núcleo ventromedial del hipotálamo, que se cree que regula la conducta sexual de los hombres.
2. El núcleo supraquiasmático, que regula los ritmos de secreción hormonal (cíclicos, circadianos).
3. El área preóptica, relacionada con el mecanismo de regulación diferencial de las características dimórficos de los sexos (liberación cíclica de gonadotropinas, mecanismo para la ovulación, entre otros).
4. La amígdala, centro de las emociones y regulador de reacciones de agresividad, miedo y ansiedad.
5. La estría terminal centro-eferente principal de la amígdala. El estradiol exclusivo o en unión con neurotransmisores (que facilitarían la comunicación intercelular) podría ejercer su acción al aumentar el tejido neuronal en ciertas áreas del hipotálamo, al incrementar la sinaptogénesis, al estimular la neurogénesis o al prevenir la apoptosis celular.

Etapa psicosexual

Incluye un grupo de componentes distintos, que incluyen la identidad de género (se corresponde con la autoidentificación exclusiva o no del individuo como hombre/mujer), el rol de género (representa las conductas típicas de los sexos en una determinada población) y la orientación sexual (relacionada con la selección de la pareja y el interés erótico).

Resumen. Los estadios o etapas de la diferenciación sexual normal ocurren en forma sucesiva y cada una tiene una influencia sobre la otra;

comienzan con la fertilización del óvulo por el espermatozoide y terminan con la expresión o conducta psicosexual del ser humano adulto.

Desórdenes de la diferenciación sexual o trastornos de la diferenciación sexual (TDS)

Se entienden como tales las condiciones congénitas en las que el desarrollo del sexo cromosómico gonadal o anatómico es atípico (1, 2). Supone aquella situación en la que el aspecto inespecífico de los genitales externos no permite una asignación inequívoca del recién nacido a un sexo u otro. Existe una discordancia entre los criterios que definen el sexo de un individuo. Son afecciones poco frecuentes. El trastorno se puede ubicar en los cromosomas, las gónadas, los órganos genitales externos o en el equilibrio gonadal.

Las anomalías pueden aparecer desde mínimas hasta muy acentuadas, pudiendo existir rasgos externos y/o internos de ambos sexos en una misma persona, o también características externas de un solo sexo con anomalías genotípicas del otro sexo.

A partir de 2006 los desórdenes de la diferenciación sexual se clasifican como se expone en la tabla siguiente, en la que además se hace referencia a la antigua clasificación (14).

Nueva clasificación	Clasificación antigua
Desorden desarrollo sexual (DSD)	Intersexual
DSD 46XY	Pseudohermafroditismo masculino: subvirilización, submasculinización XY hombre
DSD 46XX	Pseudohermafroditismo femenino: sobrevirilización, masculinización XX mujer
DSD ovotesticular	Hermafroditismo verdadero
DSD 46XX testicular	Hombre XX o reversión sexual XX
Disgenesia gonadal completa 46 XY	Reversión sexo XY

Otra forma de clasificar los desórdenes del desarrollo sexual sería a partir de entidades clínicas. En el cuadro siguiente se ofrece una relación de estas entidades según origen del desorden.

DSD origen cromosómico	DSD 46,XY	DSD 46,XX
45,X (Síndrome de Turner y variantes)	Desórdenes del desarrollo gonadal (testicular): Disgenesia gonadal completa (Swyer); Disgenesia gonadal parcial; Regresión gonadal Trastorno Diferenciación sexual ovotesticular.	Desorden del desarrollo gonadal (ovárico): DSD ovotesticular; DSD testicular (SRY +), duplicación de SOX9), Disgenesia gonadal.
47,XXY (Klinefelter y variantes)	Desórdenes en la síntesis/ acción androgénica: Defecto en biosíntesis de andrógenos (déficit 17 hidroxilasa, 17 hidroxisteroide-deshidrogenasa, 5 α RD2, StAR); Defecto en acción androgénica (SIAC y SIAP); Defecto en el receptor LH (hipoplasia células de Leydig, aplasia) Desorden en el receptor de hormona antimülleriana.	Exceso de andrógenos: fetal (déficit 21 hidroxilasa, 11 hidroxilasa); fetoplacentaria (déficit de aromatasa, p450 oxidoreductasa) y materno (luteoma, exógenos)
45,X/46,XY (Disgenesia gonadal mixta, DSD ovotesticular)		Otros (extrofia cloacal, atresia vaginal, anomalía somita cervicotorácica, renal, mülleriana).
46,XX/46,XY (quimerismo, DSD ovotesticular)		

Otra clasificación más ampliada, propuesta por el Grupo de Trabajo sobre Anomalías de la Diferenciación Sexual (ADS), de la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica, es la siguiente (15):

1. Desórdenes en el desarrollo del sexo cromosómico
2. Síndrome de Turner y sus variantes, 45X
3. Síndrome de Klinefelter y sus variantes 47XXY
4. Disgenesia Gonadal Mixta, Ovotesticular, 45X, 46XY
5. Quimera Ovotesticular 46XX, 46XY.

II. Desórdenes en el desarrollo del sexo 46XY por déficit de testosterona.

1. Desórdenes en el desarrollo gonadal (Testicular)
 - b. Disgenesia gonadal completa
 - c. Disgenesia gonadal parcial (asociada a los genes DMRT1 y DMRT2, WT 4, entre otros)
 - d. Regresión gonadal
 - e. Quimera testicular
 - f. Desórdenes en el desarrollo ovotesticular.
2. Desórdenes en la síntesis de acción androgénica.
 - c. Déficit de la biosíntesis testosterona
 - d. Déficit en la acción androgénica
 - e. Déficit en el receptor de LH
 - f. Desórdenes de la AMH y su receptor.
3. Otros: Hipospadias severas, extrofia cloacal.

III. Desórdenes del desarrollo sexual 46XX.

1. Desórdenes del desarrollo gonadal, que comprenden:
 - b. Desórdenes del desarrollo sexual ovotesticular

- c. Desórdenes del desarrollo testicular
 - d. Disgenesias gonadales.
2. Exceso de andrógenos, que puede ser:
- c. Fetal
 - d. Placentario
 - e. Materno.
3. Otros:
- d. Síndromes malformativos que se asocian con anomalías del desarrollo genital.
 - e. Defectos de vías urinarias (hipospadia aislada) y del tubo digestivo.
 - f. Criptorquidias aisladas.

DMRT: *Double sex and mab-3 related transcription factor 1 and 2*
WT: *Willms tumor*

Se ha calculado que la frecuencia de las anomalías genitales es de alrededor de 1 por cada 4 500 nacimientos (2); en Cuba se considera que la cifra es de alrededor de 31 pacientes por año.¹

Aspectos clínicos

Entidades relacionadas con trastornos cromosómicos

Síndrome de Klinefelter. Es el trastorno más frecuente en el varón; su frecuencia es de 1 por cada 400 nacimientos de varones. La diferenciación

¹ Según comunicación del doctor Francisco Carvajal en el VII Congreso Cubano de Endocrinología y III Congreso de Endocrinología Pediátrica, La Habana, 2010.

sexual es masculina. Su característica clínica más llamativa es la presencia de testículos pequeños con genitales externos normales. En 25 % de los casos existe ginecomastia. Muchos pacientes tienen signos de déficit androgénico, con disminución del vello corporal y facial, y ausencia de la libido. La espermatogénesis está comprometida, así como la fertilidad. Tienen un componente cromosómico anormal, con rasgos eunucoides y retraso mental. El cariotipo más frecuente es el 46XXY, aunque pueden existir variantes XXXY, XY/XXY.

En los niños se puede observar retraso mental, hipospadia, falta de descenso testicular y cromatina en mucosa oral positiva.

Síndrome de Turner. El fenotipo es el propio de la hembra, acompañado de baja talla y numerosas anomalías somáticas: ojos grandes y almendrados, con pestañas largas y rizadas, boca en forma de v invertida (boca de pez), con paladar ojival, orejas deformadas (salientes o de implantación bajas), el cuello corto y ancho, presencia de pterigión Colli, la línea del cabello en forma de tridente en la región de la nuca, y el tórax en escudo. Otras anomalías detectadas son: abundantes nevos pigmentados, *cubitus valgus*, hipoplasia de las uñas, cuarto metacarpiano corto, linfedema congénito en manos y pies, coartación de la aorta, hipertensión arterial, malformaciones renales y telangiectasias intestinales.

Se reporta también déficit mental, osteoporosis, cifosis, lordosis, escoliosis, hipoplasia de cuerpos vertebrales, espina bífida y fusión de vértebras cervicales. Se observa hipoplasia de ovarios, lo que da origen a la falta de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. El tracto genital permanece infantil, al igual que el tejido mamario y los pezones. La constitución cromosómica es 45XO.

Además, existe un fenotipo de Turner con desarrollo ovárico normal, en que el puede existir menstruación.

Se ha descrito además un síndrome de Turner en el varón, con baja talla y malformaciones somáticas, con diferenciación masculina completa

y testículos bien formados. La tercera parte presenta criptorquidia, cromatina sexual negativa y fórmula cromosómica 46XY.

El síndrome de Turner con desarrollo ovárico normal y el síndrome de Turner en el varón se han unificados con el nombre de síndrome de Noonan.

Disgenesia gonadal mixta o asimétrica. Se caracteriza porque los pacientes tienen una gónada rudimentaria en un lado y un testículo inmaduro en el otro. Se han descrito cuatro formas clínicas:

- a. un testículo inmaduro en un lado y una gónada rudimentaria en el otro;
- b. una agenesia gonadal unilateral;
- c. gónadas hipoplásicas bilaterales intraabdominales con elementos rudimentarios testiculares en una de estas;
- d. una gónada rudimentaria de un lado y un tumor gonadal del otro.

En estos casos, aunque exista un testículo, se han encontrado trompas de Falopio, útero y porción superior de la vagina. Muy pocos pacientes han mostrado vestigios de elementos de Wolff.

En esta entidad existen variadas formas clínicas, que incluyen hombres normales, hombres con hipospadia, individuos con genitales externos ambiguos, mujeres con hipertrofia del clítoris, mujeres normales y otras con fenotipo del síndrome de Turner. Es elevada la frecuencia de tumor gonadal. El cariotipo varía de X/XY/XYY, y en algunos casos XO/XY.

Entidades secundarias a fallo de las gónadas fetales

Disgenesia gonadal pura. Se trata de pacientes que presentan un fenotipo femenino; las gónadas pueden ser aplásicas o rudimentarias; la talla, normal o alta, y no muestran las anomalías somáticas que se observan en el síndrome de Turner. En la edad puberal presentan

amenorrea, infantilismo sexual y proporciones corporales eunucoides. La cromatina sexual en estos casos puede ser positiva o negativa; y la constitución cromosómica sexual, XX o XY. Sin embargo, los pacientes XY clínicamente no se diferencian del grupo XX.

Síndrome de testículos rudimentarios. En estos casos la diferenciación masculina es completa; presentan un pene muy pequeño que solamente tiene el cuerpo esponjoso; los genitales internos son masculinos y la fórmula cromosómica 46XY. Se considera que existe un fallo de las células intersticiales del testículo después de producida la fusión labioescrotal.

Desórdenes de la diferenciación sexual 46XY, antiguo pseudohermafroditismo masculino. Este tipo de anomalía se considera causado por un déficit de la función gonadal embrionaria. Los pacientes presentan útero y trompas (es decir, estructuras mullerianas bien desarrolladas), conjuntamente con estructuras derivadas de los conductos de Wolff como los conductos deferentes, las vesículas seminales y el epidídimo, en un varón con genitales externos normales. En algunos casos existe criptorquidia bilateral, y muchas veces el diagnóstico se sospecha por detectarse una hernia inguinal, donde se aloja el útero. En ocasiones ocurre en hermanos. Tiene un carácter hereditario recesivo por un defecto genético.

Anorquia. Estos pacientes presentan genitales masculinos con pene pequeño. Su tipo cromosómico es XY. La anorquia se asocia con una diferenciación completa del sistema reproductor masculino, por lo que se ha sugerido que los testículos fetales fueron normales durante la fase crítica de diferenciación sexual y desaparecieron con posterioridad.

Existe otro tipo de anorquia, en la cual los genitales externos están incompletamente masculinizados o tienen características de la hembra, con genitales internos masculinos.

Regresión gonadal (agonadismo). Se sospecha en pacientes con genitales externos femeninos o ambiguos, con ausencia de genitales internos. También pueden observarse casos con genitales externos masculinos.

Según el momento en que ocurra la regresión gonadal, variará el cuadro clínico, de manera que si se produce: a) antes de la semana 8 de gestación, las gónadas están ausentes o acintadas; b) entre las semanas 8 y 10 de gestación, se encuentran genitales ambiguos y ausencia completa o desarrollo parcial de derivados de Wolff o de Muller; c) entre las semanas 12 y 14, hay cese de la función testicular y las gónadas pueden estar ausentes. Puede también existir una regresión incompleta de los testículos después de la semana 12 a 14 de gestación: se encuentran testículos pequeños y rudimentarios, insuficiencia testicular fetal, micropene, conductos eyaculadores pequeños, genitales externos e internos normales, pero no existe tejido gonadal, o sea, hay una anorquia.

Anomalías de la diferenciación sexual por medio hormonal anormal (16, 17, 18, 19)

Estas anomalías pueden ser de origen exógeno o endógeno.

Las de origen exógeno son causadas por hormonas maternas que cruzan la barrera placentaria, que puede ser debido a la administración a la madre durante el embarazo de un andrógeno o de un esteroide progestágeno, muchas veces administrados como medida preventiva por una amenaza de aborto. En casos menos frecuentes puede ser consecuencia de un tumor virilizante de la madre, como el adrenoblastoma. En cualquiera de estas situaciones, si el feto es femenino (con constitución cromosómica XX), puede presentar signos de virilización, como hipertrofia del clítoris y fusión posterior de los pliegues labioescrotales, con conductos internos femeninos y ovarios normales. La cromatina sexual es positiva. La virilización no es progresiva.

Las anomalías de origen endógeno pueden ser causadas por una hiperplasia adrenal congénita (HAC), trastorno hereditario de la esteroidogénesis adrenal, que afecta por igual a ambos sexos. Las manifestaciones clínicas dependerán de la enzima en déficit y del sexo del feto. A continuación se describen las manifestaciones clínicas de los defectos más frecuentes.

Déficit de enzima 21 (CYP 21). Es la causa más frecuente de genitales ambiguos en el recién nacido. Se hereda como un rasgo autosómico recesivo y se presenta aproximadamente en 1 de cada 7 000 niños. La forma clásica (el tipo *perdedor de sal*) requiere un diagnóstico certero para poder salvar la vida del paciente. La cromatina sexual es positiva, y en algunos casos el grado de masculinización es amplio, ya que puede observarse escroto bien formado, una uretra penel y criptorquidia bilateral. La virilización es progresiva después del nacimiento, con ovarios y conductos genitales internos femeninos normales.

Después del nacimiento se puede observar crecimiento rápido y aceleración de la maduración ósea. En la infancia tardía se presenta en la hembra acentuación o aparición de virilización y una pseudopubertad o pubertad precoz; en el varón, acné severo y presencia de vello facial y axilar.

La forma no clásica se presenta en la adolescencia o en la adultez: en la hembra, signos de hiperandrogenismo, obesidad, hipertensión arterial, tolerancia a la glucosa alterada; en el varón, aunque generalmente es asintomático, se puede encontrar retardo puberal, acné, oligospermia e infertilidad.

Existe además una forma que ha sido denominada críptica, que es asintomática, aunque se puede encontrar cierto grado de androgenismo. Su diagnóstico se realiza en estudios poblacionales, y las formas ligeras de las variantes no clásicas pueden ser difíciles de diagnosticar.

Deficiencia de la 11 hidroxilasa (CYP11B1). Origina masculinización precoz e intensa en los varones, y genitales ambiguos en las niñas; con posterioridad se desarrolla hipertensión arterial.

Deficiencia de la 17 B hidroxisteroide deshidrogenasa. Incluye trastornos en la síntesis de los esteroides en la corteza adrenal y en las gónadas. Se puede presentar en tres formas diferentes. La tipo 1 se manifiesta fundamentalmente en ovarios y placenta, e interconvierte estrona

y estradiol. La tipo 2 se manifiesta en la placenta, hígado y endometrio, e inactiva andrógenos y estrógenos. La tipo 3 se manifiesta en los testículos y favorece la reducción de androstenediona y testosterona; la mutación de este gen da lugar a trastornos del desarrollo sexual y del cariotipo. Es 46XY, los derivados de los conductos de Wolff son hipoplásicos y los de Muller están ausentes. Los testículos no están descendidos.

Entidades por trastornos en la síntesis y/o acción de la testosterona

Deficiencia de la 5 alfa reductasa. Produce genitales ambiguos, hipospadía perineo-escrotal; se encuentra también un pene hipoplásico o un clitoris hipertrófico; la vagina hipoplásica aboca en el periné, y los testículos pueden ser criptoquídicos.

En la pubertad existe virilización de los genitales externos. El desarrollo muscular es típico del macho, no se encuentra ginecomastia, hay disminución del vello facial y perineal con presencia de acné, lo cual es dependiente de la dihidrotestosterona (DHT). Los derivados de los conductos de Wolff son normales y el desarrollo de la próstata es pobre.

Deficiencia STAR en niños 46XY. STAR es la proteína que regula la esteroidogénesis que se manifiesta en las adrenales y en las gónadas; se hereda con carácter autosómico recesivo, y los genitales son femeninos. Si esto ocurre en niños 46XY, los derivados de Wolff estarán ausentes o hipoplásicos, las gónadas serán testículos, y los derivados de Muller estarán ausentes. Existirá una insuficiencia adrenal severa en la infancia y no habrá virilización en la pubertad. En el estudio hormonal se encontrará disminución o ausencia de los glucocorticoides, mineralocorticoides y esteroides gonadales. La FSH y la LH estarán aumentadas.

Déficit de utilización de los andrógenos. Se puede observar como resistencia completa (síndrome de feminización testicular o síndrome de Morris) o como resistencia incompleta. En la completa, los genitales externos son enteramente femeninos, mientras que, en la incompleta,

los genitales externos son ambiguos. Los derivados de los conductos de Wolff están ausentes o muy escasos.

En la forma completa, el fenotipo es el propio de la hembra, la talla es normal o alta, y las mamas están desarrolladas, aunque los pezones y areolas son pequeños, con ausencia del vello corporal tanto axilar como pubiano. Los genitales internos femeninos están ausentes, aunque en ocasiones se encuentra algún resto de las trompas. Los genitales externos tienen aspecto femenino, con una vagina ciega. Las gónadas son testículos y pueden estar localizados en el abdomen, a lo largo del conducto inguinal, en los labios mayores. En la pubertad existe buen desarrollo mamario, pero no aparece la menstruación, por lo que muchas veces las pacientes consultan por la amenorrea. La voz y el comportamiento son femeninos. Son pacientes generalmente con buen aspecto y suelen tener relaciones sexuales normales, ya que la vagina se alarga y se acomoda al tamaño del pene. La cromatina sexual es negativa y su forma cromosómica es 46XY. Se considera que se transmite en forma recesiva, ligada al cromosoma X. Si se realiza un estudio molecular, se encontrará heterogeneidad genética, y las mutaciones pueden ser bajas o no detectarse.

La forma incompleta se manifiesta por un desarrollo ambiguo de los genitales externos, con la formación de un pene hipertrófico y de un seno urogenital estrecho. La feminización es menos completa y puede presentarse desarrollo del vello corporal. Esta forma puede aparecer en familias en las que ha habido la forma completa. En la pubertad se producen ciertos grados de desarrollo mamario. El vello pubiano y axilar está ausente o escaso, y existe desarrollo mamario.

Otras alteraciones de etiología no bien precisadas (20, 21)

Criptorquidia. En esta entidad los testículos se han detenido en algún lugar de su trayecto normal hacia el escroto y pueden estar situados en la cavidad abdominal o en el canal inguinal. La criptorquidia puede ser unilateral o bilateral.

En la forma unilateral, la falta de descenso del testículo derecho es más frecuente. Los hombres con criptorquidia bilateral desarrollan sus caracteres sexuales secundarios, y la potencia sexual es normal, aunque casi siempre son estériles.

Hipospadia. Tiene diferentes formas de presentación; según la situación del meato uretral, puede ser:

- balánica, cuando está cerca del surco balanoprepucial;
- penéal, cuando se encuentra entre el surco balanoprepucial y el angulopenoescrotal;
- penoescrotal, si el orificio del meato se encuentra en el ángulo penoescrotal;
- escrotal, si el orificio uretral se encuentra abierto entre un escroto bifido.

Entre las causas, se han planteado déficit funcional del testículo fetal, falta de respuesta del órgano efector y administración de progestágenos a la madre durante el embarazo.

Hipertrofia congénita del clítoris. Como no se conoce la causa, se le ha dado el nombre de idiopática. Se ha encontrado en pocos casos una hipertrofia del clítoris sin ningún signo de virilización. No está asociada con el uso de medicamentos por parte de la madre durante el embarazo. La cromatina sexual es positiva.

Ausencia de vagina. Se encuentra una ligera depresión a nivel de lo que debió ser la apertura normal de la vagina; no existen signos de virilización. La cromatina sexual es positiva.

Diagnóstico de las alteraciones de la diferenciación sexual en la infancia

Lo fundamental es realizar un diagnóstico positivo lo antes posible, ya que esto permite asignar al paciente el sexo que le sea más conveniente para su vida futura y poder llevar a cabo el tratamiento requerido sin

iatrogenia; disminuye el estrés que invariablemente causa el trauma de la bigenitalidad o ambigüedad.

El manejo terapéutico de estos casos debe ser personalizado y siempre tratar de disminuir el daño tanto al paciente como a sus familiares.

Si existe ambigüedad de los genitales externos, hay que descartar un desorden de la diferenciación sexual. La historia clínica requiere un interrogatorio amplio, así como un examen físico detallado no solo de los genitales, pues incluirá una valoración clínica integral.

En el área genital, realizar un examen detallado: presencia de ambigüedad genital; tamaño y características del pene; identificación de los testículos (si estos se encuentran en sus bolsas); presencia de masas compactas en las regiones inguinales o en los labios mayores.

Buscar la presencia de útero desde el nacimiento, pues varias semanas después su tamaño disminuye.

En todo niño que presente genitales ambiguos al nacer, se deberá tomar en cuenta la posibilidad diagnóstica de hiperplasia adrenal congénita, ya que es una forma de pseudohermafroditismo, que puede causar la muerte del paciente en forma brusca.

En algunos niños el grado de masculinización es extenso, con escroto bien formado y una uretra peneal; la única alteración que se observa, es una criptorquidia bilateral.

El tratamiento en estos casos debe ser sustitutivo con esteroides, corrección quirúrgica de los genitales externos y reafirmación en el sexo femenino.

De igual forma se debe establecer una buena comunicación con los padres, ofreciendo una amplia información, evitando que pasen años con un sexo asignado y con una identidad sexual que puede no coincidir con el sexo morfológico.

Se debe tener presente, además, que ninguno de los desórdenes de la diferenciación sexual influye en la orientación sexual.

En 1970 John Money teorizó que la identidad de género era exclusivamente producto de la socialización (22). En 1959 Diamond, de la Universidad de Hawai, plantea en su artículo «Una evolución crítica de la ontogenia de la conducta humana»: «...la identidad de género está profundamente incrustada en el cerebro, casi desde la concepción», y en 1997 logra publicar en *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* un artículo titulado «Reasignación de sexo en el nacimiento: revisión de las implicaciones clínicas a largo plazo» (23).

William Reiner, pediatra clínico e investigador del Hospital Johns Hopkins, plantea en su artículo «Ser varón o hembra: esa es la cuestión», publicado en 1997, que el órgano que se presenta como crítico para el desarrollo psicosexual y la adaptación no son los genitales externos, sino el cerebro (24).

Las decisiones que se tomen, deben contribuir a que niños o niñas acepten su propia identidad y sean capaces de lograr una sexualidad satisfactoria.

Detectar la ambigüedad sexual es responsabilidad del obstetra, neonatólogo, pediatra, enfermera y hasta del familiar que atienda al niño. Los infantes deben ser valorados sin dilación por un equipo especializado.

Resumen

En recién nacidos es importante identificar:

1. Alteraciones a nivel de los genitales: como micropene, criptorquidia bilateral, ausencia de testículos palpables, hipospadia perineal, genitales ambiguos.
2. Masas compactas en regiones inguinales o en los labios mayores en pacientes con genitales externos femeninos.

3. Niñas con hipertrofia del clítoris (puede ser confundido con un pene).
4. Niños con apariencia masculina que tengan asociado criptorquidia, hipospadia y genitales o gónadas muy pequeñas.
5. Signos fenotípicos turnerianos (observar en niñas y niños mayores: talla, presencia de pterigión colli u otras anomalías somáticas y de retraso mental).
6. Recién nacidos con genitales ambiguos y cuadro de deshidratación hiponatrémica.

No puede faltar realizar un interrogatorio en el que se identifiquen los antecedentes familiares y la ingestión de medicamentos por la madre durante el embarazo, así como la presencia de retraso mental.

Una vez realizado el diagnóstico presuntivo, se deben realizar los exámenes complementarios necesarios para identificar la causa, lo que incluye estudios cromosómicos e imagenológicos, así como determinaciones hormonales.

Diagnóstico

El diagnóstico de los desórdenes del desarrollo sexual se debe realizar lo antes posible; para ello es necesario hacer un examen clínico integral, que incluye el genital. Se deberá realizar un cariotipo a todo recién nacido con sospecha clínica de un desorden del trastorno sexual.

Los demás exámenes complementarios incluyen: ultrasonido pélvico, resonancia magnética, estudios contrastados del seno urogenital, examen endoscópico con fibra óptica, realización de esteroides urinarios y andrógenos plasmáticos (estos últimos deben medirse antes y después de la administración de corticotropina y HGH), y por último un estudio molecular.

Referencias bibliográficas

1. Espinosa Reyes T, García Sáez J, Pérez Gesen C, Fernández Teruel T, Carvajal Martínez F, Tuero A. Trastornos de la diferenciación sexual: 20 años de experiencia. *Rev Int Androl* 2007; 5(3):218-225.
2. Hughes IA, Houk C, Ahmed SF, Lee PA. Consensus statement on management of intersex disorders. *Arch Dis Child* 2006; 1-10.
- 3 Kojima Y, Hauashi Y, Mizuno K, Shoichi S, Yuko F, Koopmant P, Morohashi I, et al. Up-regulation of SOX9 in human sex-determining region on the Y chromosome (SRY)-negative XX males. *Clinical Endocrinology* 2008; 68:791-799.
4. Fleming A, Vilain E. The endless quest for sex determination genes. *Clin Genet* 2004; 67:15-25.
5. Yuna K, Blanche C. Balancing the bipotential gonad between alternative organ fates: A new perspective on an old problem development. *Dynamic* 2006; 235:2292-2300.
6. Domenice S, Correa RV, Costa EMF, Nishi MI, Vilain E, Amhold IJP, Mendonca BB. Mutations in the SRY, DAX1, SF1 and WNT4 genes in Brazilian sex-reversed patients. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 2004; 37:145-150.
7. Chavhan GB, Parra DA, Oudjhane K, Miller SF, Babyn PS, Pippi Salle JL. Imaging of ambiguous genitalia: Classification and diagnostic approach. *RadioGraphics* 2008; 28:1891-1904.
8. Bochino S. Bases psiconeuroendocrinas del dimorfismo sexual cerebral. *Rev Psiquiatr Urug* 2006; 70(2):167-177.
9. Herrera H, Vergara A, Onofre M, Rosales AM, Rosado A. Diferenciación sexual en el sistema nervioso central. *Vet Mex* 2005; 36(3):339-358.
10. Suzuki M, Lee HC, Kayasuga Y, Chiba S, Nedachi T, Matsuwaki T, Yamanouchi K, Nishihara MN. Roles of progranulin in sexual differentiation of the developing brain and adult neurogenesis. *J. Reprod Dev* 2009; 55:351-355.
11. Swaab DF. Sexual differentiation of the brain and behavior. Best practice. *Research Clinical Endocrinology Metabolism* 2007; 21(3):431-444.
12. Swaab DF. Sexual differentiation of the human brain: Relevance for gender identity, transsexualism and sexual orientation. *Gynecol Endocrinol* 2004; 19: 301-312.

13. Wilson CA, Davies C. The control of sexual differentiation of the reproductive system and brain. *Reproduction* 2007; 133:331-359.
14. Lee PA, Houk CP, Ahmed SF, Hughes IA; International Consensus Conference on Intersex organized by the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Paediatric Endocrinology. Consensus statement on management of intersex disorders. International Consensus. Conference on Intersex. *Pediatrics* 2006; 118(2):488-500.
15. Grupo de Trabajo sobre Anomalías de la Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica. Anomalías de la diferenciación sexual. *Protoc Diagn Ter Pediatr* 2011; 1:1-12. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/01_anomalias_de_la_diferenciacion_sexual.pdf
16. Balleca JL, Margarit E, Oliva R, Martínez de Osaba J, Balasch J. Varones XX: clínica y frecuencia en la consulta de esterilidad. *Rev Int Androl* 2007; 5:349-353.
17. Negri-Cesi P, Colciago F, Motta M. Sexual differentiation of the brain: Role of testosterone and its active metabolites. *J Endocrinol Invest* 2004; 27:120-127.
18. Merke DP, Borstein SR. Congenital adrenal hyperplasia. *Lancet* 2005; 365:2125-2136.
19. Ciumas C, Linden A, Hirschberg Savic I. High fetal testosterone and sexually dimorphic cerebral networks in females. *Cerebral Cortex* 2009; 19:1167-1174.
20. Longu CA. Diagnóstico e tratamento do criptorquismo. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2005; 49(1):165-171.
21. Nistal MI, García-Fernández E, Mariño-Enríquez A, Serrano A, Regadera J, González-Peramato P. Valor de la biopsia gonadal en el diagnóstico de los desórdenes del desarrollo sexual. *Actas Urol Esp* 2007; 31(9):1056-1075.
22. Money J. Sex reassignment. *Int J Psychiatry* 1970; 9:249-282.
23. Diamond M, Sigmundson HK. Sex reassignment at birth: Long-term review and clinical implications. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 1997; 151:298-304.
24. Reiner W. Ser varón o hembra: esa es la cuestión. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 225.

CUERPOS SUBVERSIVOS Y PODER: UNA APROXIMACIÓN QUEER AL HOMOEROTISMO

Alberto Roque Guerra

El homoerotismo es una construcción cultural e histórica que describe una pluralidad de deseos, emociones y prácticas de los sujetos que se orientan erótica y afectivamente hacia el mismo género (1).

El término en sí mismo tiene marcadas implicaciones políticas e ideológicas al erigirse desde la alteridad heterosexista, esencialista y patriarcal que nombra con etiquetas a todo lo que resulte contrario a sus bases hegemónicas. El erotismo heterosexual es simplemente eso: erotismo a secas. No requiere ser nombrado ni etiquetado por considerársele normal.

Desde el punto de vista histórico, la medicalización de la sexualidad, y en particular de las prácticas sexuales y de las expresiones de género que subvirtiesen la norma heterosexual, se erigieron como instrumentos de dominación, de saneamiento y de control social y político. Todas las sexualidades disidentes del poder heterosexista fueron clasificadas como entidades morbosas, inversiones o perversiones sexuales (2-5).

En pleno auge del positivismo en Europa, y del desarrollo de la Psiquiatría y la Sexología a finales del siglo xix y principios del siglo xx, se adicionó sistematización de juicios de valores morales y éticos a la condena social de las prácticas sexuales entre personas del mismo sexo que definieron una tipología medicalizada y criminalística del sujeto homosexual. De ese modo, de *pederastia* pasó a utilizarse el término *homosexual* a partir de 1869 (5). Más tarde Sigmund Freud aportó el término *homoerótica del sujeto* que, sin apartarse del enfoque clínico, «suavizó» el significado

peyorativo de las nomenclaturas anteriores y propuso una nueva etimología para esta «condición» (1).

Cuba no fue una excepción. En 1890, el antropólogo Luis Montané Dardé (1849-1936) publicó una *investigación científica* sobre la tipología psicológica y corporal de los pederastas.¹ Los dividió en *activos* y *pasivos*, según los roles asumidos durante la penetración genital y también combinó elementos raciales en su caracterización taxonómica, a todas luces racista, pues clasificó a los chinos como «pederastas naturales» (6).

Adicionalmente, los discursos nacionalistas que emergieron a finales del siglo XIX cubano también contribuyeron a la normalización y control de los cuerpos y las sexualidades no heteronormativas. El prominente pedagogo e independentista Enrique José Varona escribió en el prólogo del texto de Benjamín de Céspedes *La prostitución en la ciudad de La Habana* que la colonización europea había introducido «el virus de su corrupción pestilente». Para Varona las prácticas sexuales no heterosexuales asociadas a la prostitución eran una importación colonial europea de la corrupción. Por tanto, el científico e intelectual cubano advertía que «la corrupción [...] toma nueva forma entre nosotros» y desde un enfoque positivista consideró que el texto de Céspedes era de utilidad «para hacer obra de higienista social» (7-9).

La ideología patriarcal heteronormativa y su implementación a través de las biopolíticas generó categorías binarias asimétricas en cuanto al acceso al poder. Los binomios dicotómicos macho/hembra, masculino/femenino, heterosexual/homosexual ganaron validez científica en la producción epistemológica durante la mayor parte del siglo XX. La homosexualidad se incluyó en los manuales de clasificación de enfermedades mentales

¹ Al parecer, la academia cubana se mantenía utilizando el término *pederasta* a pesar de que en el momento de la publicación del artículo del doctor Montané (1890) habían transcurrido veintiún años (1869) de la inclusión en la medicina europea del término *homosexual* por Carl Friedrich Otto Westphal.

y así se mantuvo hasta 1973 por la Asociación Americana de Psiquiatría y hasta 1990 por la Organización Mundial de la Salud (10, 11).

Los efectos del biopoder ejercido por las ciencias médicas y jurídicas siguen vigentes, pues se continúan clasificando las expresiones de género como disforia, y algunas prácticas sexuales no habituales como parafilias, además de que a las personas con ambigüedad genital,² se les sigue diagnosticando como Trastornos del Desarrollo Sexual (12-15).

En oposiciones a los discursos médicos opresores y a la discriminación y violencia sufridas por las mujeres heterosexuales y las personas con sexualidades no heteronormativas, surgieron los movimientos políticos feministas en Europa y los Estados Unidos a finales del siglo XIX. También emergieron algunos grupos por la defensa de los derechos homosexuales en Alemania a finales del siglo XIX, pero el momento álgido en la lucha por los derechos de las personas homosexuales surgió en la segunda mitad del siglo XX, fundamentalmente en los Estados Unidos.

La chispa revolucionaria que pretendió legitimar el deseo homoerótico

Las ciudades de San Francisco y Nueva York fueron epicentros de las protestas de las/los activistas lesbianas y gays. En Nueva York se formó el Frente de Liberación Gay (FLG) después de las revueltas en el bar Stonewall Inn en junio de 1969 (16). Sus integrantes expresaron su ira contra la opresión heterosexista, la medicalización de sus cuerpos

² La ambigüedad genital es parte de los estados intersex o intersexuales. Las personas con genitales ambiguos no presentan otras alteraciones anatómicas ni funcionales que amenacen su salud física. En la mayoría de los países se les practican cirugías de asignación sexual antes de los dos años de edad a estos infantes. La técnica consiste generalmente en la construcción de una vagina (neovagina) por ser el procedimiento más fácil de realizar que demanda menores exigencias anatómicas y funcionales, tanto durante el seguimiento postoperatorio como desde la percepción cultural patriarcal sobre la funcionabilidad de una vagina.

y deseos eróticos, y la imposibilidad de expresar su sexualidad sin coerción ni violencia.

Las/los activistas fundadores del FLG no cuestionaron los términos *homosexual, gay o lesbiana*, impuestos por la opresión antes mencionada; de hecho, los utilizaron como estandartes para visualizar sus identidades y reclamar el reconocimiento de sus derechos ciudadanos. Con objetivos políticos basados en una ideología de izquierda y progresista, las personas gays y lesbianas demandaron el derecho a su expresión sexual, a hacer legítimos sus deseos y prácticas, e interpellaron el orden heterosexista hegemónico que los ninguneó como ciudadanos y ciudadanas. La salida del armario disciplinario se convirtió en una estrategia política que buscaba visibilidad pública y ciudadana. Como lo apunta Eve Kosofsky Sedgwick en su brillante texto *Epistemología del armario*: «...hombres y mujeres gay como minoría identificable, con derechos comparables a los de cualquier otra minoría» (17).

Las «políticas de identidad» del movimiento de lesbianas, gays, bisexuales y trans (LGBT) se internacionalizaron y en ocasiones se importaron e implantaron a las realidades nacionales sin tomar en cuenta el legado histórico de cada nación. Sin dudas, numerosos movimientos lograron cambios políticos importantes en referencia a los derechos LGBT. Desde finales de la década de los setenta del pasado siglo los movimientos sociales LGBT consideraron los derechos LGBT como derechos humanos, y desde la última década del siglo xx a la actualidad algunos gobiernos de Europa occidental implementaron políticas a favor de las personas LGBT.³

En esa misma época, las ciencias cambiaron los enfoques epistemológicos en relación con la sexualidad y el cuerpo. Después de la década de los

³ Se despenalizó la homosexualidad y se aprobó el matrimonio homosexual o se reconocieron legalmente por algunos Estados las uniones civiles de las personas del mismo sexo. También se permitió el ingreso a cuerpos armados a personas homosexuales.

sesenta, tomaron auge los estudios postestructuralistas, los feministas de segunda ola, los estudios lésbico-gays y postcoloniales, y los estudios sobre ciudadanía sexual; y se relevaron la teoría psicoanalítica de Lacan sin significados clínicos. La sexualidad comenzó a reinterpretarse fuera del ámbito biomédico, se le extrajo del diván del psicoanalista y progresivamente se hicieron patentes las agudas críticas científicas a los enfoques penales y criminalísticos sobre el control del cuerpo y la sexualidad.

En los Estados Unidos, en el periodo post-Stonewall, numerosos hombres gays norteamericanos ocuparon espacios de poder en los ámbitos económicos y políticos neoliberales. De esa manera, se produjo una mercantilización del deseo homoerótico que ha impuesto una tiranía homogeneizadora y global sobre el cuerpo. La expresión más visible de este fenómeno es la publicidad que generalmente vende el cuerpo masculino musculoso, de piel tersa y blanca, que celebra la eterna juventud y al mismo tiempo excluye a otros cuerpos: al de las mujeres lesbianas y bisexuales, al de las personas de piel negra o mestiza, al de las personas discapacitadas y a las personas trans, entre otros (18).

Al mismo tiempo, las políticas de identidad promovieron el reconocimiento de comunidades minoritarias y su agrupación en espacios geográficos bien delimitados, a la usanza de similares estrategias hacia las minorías étnicas y raciales, que produjeron la aparición de barrios de afrodescendientes, chicanos, italianos, irlandeses y de hispanos. En el caso particular de los barrios gays, se produjo un proceso de gentrificación, que modificó favorablemente la economía, el comercio y la infraestructura de esas comunidades. Sin embargo, no significó que fuesen espacios más inclusivos o que produjeran mayor libertad sexual, puesto que la mercantilización identitaria del deseo erótico reprodujo las mismas relaciones asimétricas de poder de las que son víctimas.

De esta manera, el naciente movimiento LGBT sufrió una fragmentación en identidades y en clases sociales que hizo perder su norte político. Una de las proclamas más usadas en sus luchas, «Salgo del armario,

luego existo», no parece haber sido suficiente para el logro de un cambio significativo en el montaje de los mecanismos de opresión. Mostrarse orgullosamente gay, lesbiana, bisexual o trans como estrategia política, le hace el juego al poder del opresor, pues los oprimidos aplican categorías construidas desde el punto de vista de los opresores a las relaciones de dominación, y así las hacen parecer naturales. Se produce aquí lo que Pierre Bourdieu denomina violencia simbólica (19).

Sin embargo, no solo las luchas por reivindicaciones políticas LGBT tomaron un carácter global, también se internacionalizaron los estilos de vida gay, fundamentalmente basados en el ideal de hombre blanco, anglosajón y de clase media que promueve en el contexto de la postmodernidad⁴ una alabanza al individualismo, al enfoque neoliberal que proclamaba un supuesto «fin de la Historia», un frenesí acrítico al consumo subcultural y hedonista, y una banalización de los principios políticos que originaron un movimiento social y político cuestionador del poder heteronormativo.

La aparición de la epidemia del sida en los Estados Unidos condujo a finales de la década de los ochenta del siglo pasado a replantearse las estrategias de lucha y a la reincorporación de otros actores sociales y políticos que difuminaron las políticas de identidad. La ira y el dolor por las pérdidas de vidas humanas, principalmente de hombres homosexuales, y el incremento del estigma y la discriminación hacia este grupo humano, llevaron a la movilización de activistas radicales en todo el país, bajo el manto de organizaciones como AIDS Coalition to Unleash Power (ActUp)⁵ y Queer Nation. Así se articuló un movimiento

⁴ El comienzo de la postmodernidad se define tanto en las artes como en los marcos académicos hacia el final de la década del sesenta, sobre todo a partir de 1968.

⁵ La AIDS Coalition to Unleash Power (ActUp) se traduce en español como Coalición del Sida para Liberarse del Poder. Su acrónimo ActUp incita a actuar, a tomar el poder. Tanto Queer Nation como ActUp realizaban *performances* artísticos durante sus protestas públicas. En no pocas ocasiones generaron violentas represiones de la Administración Reagan.

que demandaba la cobertura de los seguros de salud para la atención a las personas seropositivas al VIH y enfermas de sida y lograron que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) aprobara el uso de medicamentos antirretrovirales. Desde el punto de vista político y cultural comenzaba a fraguarse una nueva lectura de las identidades sexuales y de género, sobre todo de las «sexualidades abyectas» y de los discursos y cuerpos ininteligibles, así como su interconexión con la racialidad, la clase social y otros elementos sociales y culturales. A todo este complejo proceso de le denominó *seropositividad política* (20).

Queer Nation y ActUp incluyeron a mujeres y hombres homosexuales, el movimiento feminista, afrodescendientes, hispanos, chicanos, pobres y migrantes, que se apropiaron de la voz *queer* para demandar sus derechos políticos y civiles (21-22). Como se dijo anteriormente, en el ámbito académico ya existía entonces una amplia producción de nuevos saberes desde el feminismo marxista y socialista, el feminismo radical lésbico y los estudios lésbico-gays que, junto a la plataforma política de ActUp y Queer Nation, generaron nuevos enfoques epistemológicos en relación con el género y la sexualidad. En este contexto histórico surge la teoría queer en los Estados Unidos alrededor de 1990.

Una (re)lectura del sujeto homoerótico en clave queer

Según el Oxford Dictionary of English (segunda edición, 2009), el sustantivo *queer* significa hombre homosexual; como adjetivo, extraño, raro; y como verbo indica dañar o arruinar. El origen de la voz *queer* es del alemán *quer*, que hace alusión a oblicuo, perverso (23).

El propio diccionario aclara que se utilizaba coloquialmente durante el siglo xx para denominar despectivamente a los hombres homosexuales, pero el movimiento postidentitario, representado por ActUp y Queer Nation, se apropió del término y lo resignificó en un sentido positivo de denuncia social y política.

Aunque en español podría equivaler a raro, torcido o maricón, la voz *queer* no tiene traducción literal en nuestro idioma. Por eso se usa como tal en nuestra lengua en su acepción positiva.

Se cree que el término *queer* se utilizó por primera vez en la academia por la feminista lesbiana Teresa de Lauretis en la revista *Differences* a finales de la década de los ochenta del pasado siglo. Las académicas y activistas feministas Donna Haraway, Eve Kosofsky Sedgwick y Judith Butler fueron las autoras pioneras en el desarrollo del marco teórico que suscitó nuevas esperanzas en la potencial generación de una propuesta política y cultural subversiva ante la opresión que impone dicho sistema.

Enmarcada en la teoría queer, Haraway es conocida por la creación de la teoría cyborg, desde la que desarrolla una aguda crítica al capitalismo tecnológico y su rol deletéreo en la construcción de los sexos y de los géneros (24). Mientras que Sedgwick y Butler, a través de un nuevo análisis crítico de obras literarias, interpelaron los cánones de la literatura universal al extraer de ellos sus contribuciones ideológicas en relación con el género y la sexualidad.

Sedgwick, con su obra *Epistemología del armario* (1990), visitó la obra de Oscar Wilde, definió el pánico homosexual y analizó profundamente las estrategias relacionadas con la visualización pública de las identidades homosexuales; también aportó sobre cómo la introspección de la vergüenza sentida por los discriminados puede erigirse como una herramienta útil para enfrentar la homofobia (17).

Butler ha sido, sin dudas, la teórica queer más controvertida y mayormente citada. De hecho, sus postulados teóricos han generado una especie de *butlermania* hacia el interior del mundo académico que estudia el género y la sexualidad desde un enfoque queer. Su obra, al igual que el resto de la producción epistemológica queer, se basa en una relectura del postestructuralismo, fundamentalmente de Jacques Lacan, Louis Althusser, Michel Foucault y Jacques Derrida (25). Se destaca su interpretación no clínica del psicoanálisis lacaniano en la construcción

de la sexualidad, cuestión que había sido pasada por alto por sus colegas feministas norteamericanas, más enfocadas en la diferencia de sexo como un asunto taxonómico y anatómico. La académica toma como referencia la historicidad y las relaciones de poder enunciadas por Foucault y el papel de lo simbólico y del lenguaje en la construcción del género.

Una de las contribuciones más trascendentales de la producción teórica de Butler es la matriz heterosexual. Para ello tomó el concepto de heteronormatividad de Michael Warner (26) y la define como el «conjunto de prácticas culturales, legales e institucionales que mantienen el enfoque normativo de la existencia de dos géneros, en correspondencia con el sexo biológico, y que la atracción sexual entre estos géneros es lo natural o lo socialmente aceptable» (27). La heteronormatividad o matriz heterosexual constituye el eje de los mecanismos de opresión basados en las relaciones binarias y esencialistas de género y del deseo erótico. Desde sus presupuestos se nombra y norma a los cuerpos y deseos *otros*, a los que disienten del poder naturalizado por la heterosexualidad dominante.

Por ello, lo queer propone una desarticulación de las bases esencialistas y binarias del sistema sexo-género-deseo al invertir la jerarquía subordinada del género en relación con el sexo y considerar este último como una construcción cultural. Para su análisis crítico, Butler toma como referencia la anunciación de este sistema por Gayle Rubin en su ensayo de 1975 *El tráfico de mujeres: notas sobre la «economía política» del sexo* (28) y lo reinterpreta como un «mecanismo cultural regulado para convertir a hombres y mujeres biológicos en géneros diferenciados y jerarquizados» (29).

Para Butler el género es performativo; o sea, es producto de la corporalización de fantasías, de significados simbólicos que se inscriben en el cuerpo mediante la reiteración ritual del discurso establecido desde un guión cultural. Según la filósofa estadounidense, la identidad es una fantasía, una repetición ritualizada, y no una categoría fija, pues se hace todos los días, aun cuando pueda parecer fija para muchas personas.

En ese sentido expresa: «...la performatividad debe entenderse, no como un "acto" singular y deliberado, sino, antes bien, como la práctica reiterativa y referencial mediante la cual el discurso produce los efectos que nombra». En alusión al sexo y su construcción desde la reiteración de las normas hegemónicas, plantea: «...las normas reguladoras del "sexo" obran de una manera performativa para constituir la materialidad de los cuerpos y, más específicamente, para materializar el sexo del cuerpo, para materializar la diferencia sexual en aras de consolidar el imperativo heterosexual» (27).

Consecuentemente, la des-heterosexualización de la sexualidad desde un enfoque sociopolítico constituye uno de los pilares básicos sobre los que se erige la teoría queer. Sus referentes apuntan hacia una desconstrucción de las identidades y roles de género y del deseo erótico y propone una interpretación flexible, singular, ambigua y maleable, libre de normativas opresivas sociales, culturales y legales. Es decir, de acuerdo con la teoría queer, ser hombre, mujer, homosexual, gay, lesbiana, transexual y travesti carece de significados al considerárseles categorías esencialistas, construidas desde la jerarquía heteronormativa, que a su vez se erige como eje del control biopolítico. Así lo plantea Diana Fuss: «...lo queer cuestiona la existencia de una identidad natural puesto que la identidad es un constructo histórico, político, psíquico y lingüístico» (30).

Pero la resignificación o apropiación de los términos identitarios no es suficiente para la transformación política del poder heteronormativo. La teoría queer propone la aplicación de los principios de la democracia radical, que reconstituya una relectura no patologizada, fluida, compleja y no criminalizada de los cuerpos y las sexualidades excluidas y una modificación radical de las estructuras institucionales que conduzcan a la verdadera emancipación de los seres humanos en términos de equidad (31).

Lo queer sobrepasa al homoerotismo y lo difumina en una dimensión más amplia y compleja, que permite releer el género y el deseo erótico sin etiquetas; sería algo así como mirar a través de un caleidoscopio, que

genera permanentemente imágenes policromáticas nuevas, en constante movimiento.

Las ideas queer proponen una mirada no convencional sobre la sexualidad, el género, el amor y el parentesco, que no buscan aceptación o asimilación por la mayoría. Plantea derribar todos los tabúes y aprueba tanto las prácticas sexuales no monogámicas consentidas como la abstinencia sexual completa; comprende que las personas tienen relaciones diferentes con su cuerpo (derecho a ser acariciado o no, necesidades sexuales de las personas discapacitadas, capacidad de negociar relaciones sexuales creativas y seguras con personas con ITS y VIH).

Desde lo queer se acepta un rango amplio de parentescos con diferentes personas, en ocasiones al mismo tiempo y sin expectativas de que necesariamente será para toda la vida; ello incluye amantes, parejas, triejas, amigos con beneficios, amantes platónicos y familias nucleares, pero también monoparentales y por elección.

La teoría y la praxis queers abogan por la autonomía de las personas en relación con el género, la orientación erótica del deseo y su intersección con la raza, las ideas religiosas, el origen étnico y la clase social; respeta que las personas tengan la posibilidad de nombrarse a sí mismas o no antes de ser clasificadas a través de estas categorías. También reconoce a las personas comprendidas como «minorías discriminadas» en calidad de sobrevivientes más que de víctimas.

¿Qué ha pasado con la academia y el movimiento queer después de veinticuatro años de su promisorio surgimiento? En la praxis política y social el movimiento por la defensa de los derechos humanos de las personas con sexualidades no heteronormativas continúa siendo identitario y muy fragmentado, y lo queer devino otra categoría identitaria y normativa. Los postulados teóricos de estos aún son muy jóvenes para ser sometidos a una prueba de validez práctica. Si se le mira sin matices, todo parece indicar que ha pasado lo que José Lezama Lima

dice sobre los filósofos: ganan mayor celebridad por sus afirmaciones menos comprobables (32).

A pesar de los incuestionables valores epistemológicos, culturales y políticos de la teoría queer, ha quedado recluida a un ambiente elitista de la academia, el arte y la literatura. La diversidad de críticas la han calificado desde utópica hasta un gran fraude (20, 33, 34).

Erotismos sin prefijos en Cuba: ¿posibles desde la teoría y praxis política queer?

Aun y cuando en América Latina se aplica lo queer en la investigación científica empírica, ha sido muy difícil la democratización de sus postulados y sobre todo su utilización como referente de cambio social y cultural efectivo. Se ha aducido también una especie de imposición o burdo trasplante de los marcos teóricos anglosajones a la realidad latinoamericana (35).

En el caso de Cuba, las respuestas a la pregunta que encabeza este segmento estarán inevitablemente llena de desafíos que abren nuevas interrogantes, sobre todo por la casi total orfandad de lo queer en el contexto académico. Aunque nuestra comunidad científica ya no tiene la perspectiva discursiva sobre las sexualidades no heteronormativas de los tiempos de Benjamín de Céspedes, Montané Dardé y Varona, se mantiene el enfoque binario, cartesiano, esencialista y fuertemente positivista sobre las categorías de género y del deseo erótico en la producción epistemológica de la academia y en los modelos pedagógicos de todos los niveles de enseñanza.

En Cuba se menciona la palabra *género* tanto en los marcos políticos como académicos y se piensa inmediatamente en la mujer y se soslaya con frecuencia la legitimidad de otras expresiones de género y del deseo erótico que no se ajustan a la ideología heterosexual dominante.

En el contexto social, la heteronormatividad atraviesa todos los espacios de la vida cotidiana y se legitima a través de todas las estructuras institucionales que representan al Estado cubano.

Salvo contadas excepciones, la incipiente emergencia de activistas por los derechos sexuales sigue estrategias asimilacionistas y salubristas, además de adoptar las pautas discursivas y de movilización políticas basadas en identidades sexuales y de género fraccionadas. Sus acciones colisionan con un grupo mayoritario de personas LGBT y heterosexuales que no consideran como objetivo primario la lucha política por desmantelar la dominación heteropatriarcal.

Una mirada queer permitiría en este contexto comprender que la defensa de nuestras identidades personales anteponiendo los deseos eróticos, los géneros, las diferentes expresiones raciales, entre otras, nos mantendrá sujetos a los mecanismos de opresión heteronormativos, raciales y de clases.

Una propuesta posible sería identificar lo que tenemos en común los seres humanos, sin dejar de comprender nuestras ineludibles diferencias. En este sentido, la desconstrucción del poder heteronormativo, en sus presupuestos institucionales y culturales, sería un buen punto de partida. No se trata de sustituirlo por un poder homonormativo (por tanto, excluyente y discriminatorio), sino hacer un mundo habitable donde el deseo erótico y el género no sean razones para excluir a nadie.

Los postulados de la teoría queer promueven hacer el mundo habitable, con un ser humano emancipado y congruente con la filosofía del buen vivir que promulga el socialismo del siglo XXI. En este sentido, Butler plantea:

Pensar en la cantidad de seres humanos que hoy en día intentan vivir bien implica no solo extender privilegios materiales, sino también replantear constantemente los términos del reconocimiento social,

de manera que les sea posible a vidas muy diversas habitar el mundo a plenitud, sin tener que renunciar a lo que son [36].

El proyecto de Nación que construimos, enfrenta el desafío de evolucionar hacia nuevas formas de relaciones de género y de reconocimiento de sexualidades sin etiquetas que, parafraseando a José Martí, no especifiquen ni aparten ni acorralen al ser humano, de manera que podamos tener una Cuba habitable con equidad y respeto a la dignidad humana.

Referencias bibliográficas

1. Cornejo Espejo J. La homosexualidad como una construcción. *Límite, Revista de Filosofía y Psicología* 2007; 2(16).
2. Ellis H. *Studies in the Psychology of Sex. Sexual Inversion*. Philadelphia: F.A. Davis; 1901.
3. Gojar C, Sannier V, Toulet M. La historia del transexualismo. SHB España; 2008 [citado 26 Dic 2012]. Disponible en: <http://SHB-INFO.ORG>.
4. Foucault M. *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2002.
5. Foucault M. *Historia de la sexualidad. 1: La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI; 2008.
6. Montané Dardé L. *La pederastia en Cuba*. La Habana: Primer Congreso Médico Regional de la Isla de Cuba; 1890.
7. Bejel E. *Gay Cuban Nation*. Chicago: The University of Chicago Press; 2001.
8. Céspedes B de. *La prostitución en la Ciudad de La Habana*. La Habana: Establecimiento tipográfico O'Reilly no. 9; 1888.
9. Varona EJ. *Prólogo*. En Céspedes B de. *La prostitución en la Ciudad de La Habana*. La Habana: Establecimiento tipográfico O'Reilly no. 9; 1888.

10. APA. Homosexuality and Sexual Orientation Disturbance: Proposed Change in DSM-II, 6th Printing. Document Reference No. 730008. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1973. p. 44.
11. WHO. The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: World Health Organization; 1992 [citado 6 Feb 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
12. Lev A. Disordering gender identity: gender identity disorder in the DSM-IV-TR. Sexual and Gender Diagnosis of the Diagnostic and Statistical Manual (DSM): A reevaluation. New York: The Harworth Press; 2005. pp. 35-69.
13. Moser C, Keinplatz PJ. DSM-IV-TR and the paraphilias: An argument for removal. En Karasic D, Drescher J, editores. Sexual and gender diagnoses of the Diagnostic and Statistical Manual: A reevaluation. New York: The Harworth Press; 2005.
14. Öçal G. Current Concepts in Disorders of Sexual Development. *J Clin Res Ped Endo* 2011; 105-114.
15. Asociación Americana de Psiquiatría. Actualización de la codificación del DSM-5. Suplemento del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales; Edición V (marzo 2014). Disponible en: <http://dsm.psychiatryonline.org/DSM5CodingSupplement>.
16. McGarry M, Wasserman F. Becoming Visible: An Illustrated History of Lesbian and Gay Life in Twentieth-Century America. Nueva York: Penguin Studio and The New York Public Library; 1998.
17. Kosofsky Sedgwick E. Epistemología del armario. Barcelona: Ediciones de la Tempestad; 1998.
18. Moya Richard I. Lo gay también vende. *Sexología y Sociedad* 2004; 10(26):16-21.
19. Bourdieu P, Jordá J. La dominación masculina. Barcelona: Anagrama; 2000.
20. Vélez-Pelligrini L. Teoría queer: de la esperanza al gran fraude. *El Viejo Topo* 2011; 281.
21. Shilts R. And the Band Played On. Politics, People, and the AIDS Epidemic. New York: St. Martin's Griffin; 2007.
22. Gould DB. Moving Politics. Chicago, IL: The University of Chicago Press; 2009.
23. Oxford Dictionary of English. 2d. rev. ed. Oxford: Oxford University Press; 2009.

24. Haraway D. A manifesto for cyborgs: Science, technology, and socialist feminism in the 1980s. *Feminism/postmodernism* 1990:190-233.
25. Castellanos B. Louis Althusser y Judith Butler: génesis y actualidad del post-estructuralismo. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* 2009; 24(4).
26. Warner M. Introduction: Fear of a Queer Planet. *Social Text* 1991(29): 3-17.
27. Butler J. Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del «sexo». Buenos Aires: Paidós; 2002.
28. Rubin G. The traffic in women: Notes on the political economy of sex. En Reiter R, editor. *Toward an Anthropology of Women*. New York: Monthly Review Press; 1975.
29. Butler J. El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Barcelona: Paidós; 2007.
30. Fuss D. *Essentially Speaking. Feminism, Nature and Difference*. London: Routledge; 1989.
31. Butler J. *Undoing Gender*. New York: Routledge; 2004.
32. Guerra F. *Para leer debajo de un sicomoro*. La Habana: Colección Sur; 2013.
33. Lamas M. Género, diferencias de sexo y diferencia sexual. *Nueva Época* 2000 Ene-Abr; 7(18).
34. Rosenberg T. Locally queer. A note on the feminist genealogy of queer theory. *Graduate Journal of Social Science* 2008; 5(2).
35. Viteri MA, Serrano JF, Vidal-Ortiz S. ¿Cómo se piensa lo «queer» en América Latina? *Íconos* 2011; 15(1).
36. Butler J. El marxismo y lo meramente cultural. *New Left Review* 2000; 2:109-122.

HOMOFOBIA EN LA CUBA DE HOY: UN ACERCAMIENTO DESDE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE DIVERSIDAD SEXUAL, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DOMINANTES

Alain Darcout Rodríguez

Los significados sociales aún legitiman la sexualidad genital-reproductiva, por lo que las sexualidades no heterosexuales no tienen un correlato en esos modelos sexuales hegemónicos. Los significados y representaciones sociales acerca de estas orientaciones y expresiones sexuales se conforman y construyen todavía desde la estigmatización de lo «diferente» y el discurso de lo «no natural».

La educación sexista contribuye a perpetuar este estado de cosas: el sexismo es la opresión fundamentada en la diferencia sexual, que permea toda relación entre seres humanos y abarca todas las dimensiones de la cotidianidad (doméstica o pública), y desde lo inconsciente fundamentalmente; define sentimientos, concepciones, actitudes y acciones; es además fundamental en la conformación de las identidades y las mentalidades de hombres y mujeres.

A veces solo es evidente en situaciones extremas, violentas; otras, en situaciones aparentemente inocuas, como en el humor. Machismo, misoginia y homofobia son sexismo; funcionan con mecanismos como la marginación, la cosificación, el hostigamiento y el maltrato, frecuentemente con el disfraz de la benevolencia y hasta del afecto; se fundan en la certeza de que solo el ideal histórico de hombre, blanco y heterosexual, tradicionalista (por tanto, cargado de prejuicios y tabúes en relación con la sexualidad) puede ser pleno y normal, mientras que todas las demás expresiones de la sexualidad son incompletas, extrañas, anormales por ser diferentes y, por consiguiente, inferiores y peligrosas, según el enfoque de la sexualidad centrado en la reproducción y la genitalidad.

Históricamente en el marco del discurso oficial de las culturas dominantes, la homosexualidad ha sido vista como algo que contradice lo «normal», algo «anormal». Desde el punto de vista médico (científico), se le ha descrito como «enfermedad»; para la psiquiatría sería un desorden emocional; para la justicia, «delito nefando»; y en el ambiente cotidiano, un «peligro social». Este paradigma está indisolublemente unido, en el imaginario colectivo, a la estabilidad social, familiar y a los valores morales. En algunos países se considera un serio problema por los crímenes de odio que se comenten contra estas personas, por ello se correlacionan y complementan estrechamente con la xenofobia, el racismo y el fascismo.

Los conocimientos en general se caracterizan por:

- Se tiene una información insuficiente y poco actualizada sobre diversidad sexual, llegando a ser pobre e incorrecta entre los grupos más desfavorecidos desde el punto de vista educativo y en amplios círculos de decisores. (Los elementos informativos entre los grupos de menos edad están más actualizados y tienen una aproximación más científica entre gays y lesbianas).
- Se entiende la diversidad sexual como sinónimo de orientación sexual y solamente relacionada con las expresiones sexuales divergentes de lo heteronormativo, excluyendo la multiplicidad de expresiones que existen incluso entre los propios heterosexuales.
- La homosexualidad es descrita como gustos, deseos, preferencias o elecciones sexuales, cercenada de la dimensión afectivo-sentimental, reproduciendo mitos, tabúes y creencias populares erróneas que muestran un desconocimiento de esta realidad (por ejemplo, reduciendo la homosexualidad masculina al rol sexual receptivo o identificándola con la categoría epidemiológica HSH).
- Permanente invisibilización de las mujeres lesbianas y su realidad, marcadas por el doble estigma de ser mujeres y diferentes, así como la visión de objeto sexual que conduce al acoso y abuso sexual.

- Existe un gran desconocimiento de la intersexualidad y grandes dificultades para distinguir las identidades de género, que descalifican entonces a las trans como identidades, incluso por las propias identidades LGBTI.
- Los/las travestis y personas transexuales son definidos como homosexuales en un continuo fenomenológico que va desde el afeminamiento y vestirse con las ropas del sexo opuesto hasta incluso llegar a realizarse la cirugía de reasignación sexual.
- La bisexualidad es definida desde la desvalorización de su realidad, entendiéndola como posición intermedia o de indefinición sexual, y no realidad en sí misma, o también como «perversión» sexual y/o social estrechamente relacionada con las prácticas de sexo transaccional, incluso por los propios y las propias bisexuales. Aunque entre los/las más jóvenes se valida como una forma más «abierta» de asumir la sexualidad.
- Las personas con sexualidades diferentes de la heterosexualidad destacan de sí mismas los atributos negativos que les son atribuidos por la heterosexualidad hegemónica, explicitando homofobia internalizada y hacia otras expresiones no heterosexuales.
- La heterosexualidad se plantea desde la superioridad hegemónica, con tendencia a naturalizar las expresiones estigmatizantes desde lo seudobiológico, lo seudocientífico y lo seudocultural, muy permeadas por los prejuicios y estereotipos de género (aunque en las jóvenes generaciones se destaca una tendencia a equipararla, en cuanto a derechos, con las sexualidades divergentes).

Las actitudes esbozadas desde las opiniones y valoraciones indican:

- Se evidencian en sus valoraciones una disposición negativa hacia la otredad sexual, estrechamente relacionadas con sus concepciones sobre la sexualidad y el nivel de información que tienen sobre la realidad de las expresiones sexuales no hegemónicas.

- Las opiniones sobre la diversidad sexual responden a lo socialmente esperado a partir del posicionamiento del tema en la agenda pública, expresando aceptación y respeto hacia su existencia, pero con un discurso sin argumentos propios ni implicación afectiva.
- Se evidencia un doble discurso: uno público, menos machista y homofóbico, pero que revela las creencias que intentan ocultar; y otro privado, que ante los más allegados o los iguales retoma los criterios, epítetos y mofas estigmatizantes sobre las expresiones no heterosexuales; también sucede entre las sexualidades divergentes hacia sí mismos y los demás.
- Del análisis del contenido igualmente puede inferirse que no están desterrados términos como *normales*, o la alusión a las personas LGBTI como seres con «defectos» o «problemas».
- Las observaciones hechas en contra de la diversidad sexual apelan a argumentos manidos, como el que fundamenta el rechazo remanente en la «inadecuada conducta social» a partir de sobregeneralizaciones tendenciosas.
- Justificaciones y autojustificaciones que intentan distanciarse del comportamiento homofóbico diciendo que tienen amigos, compañeros o conocidos con expresiones no hegemónicas de la sexualidad que son muy «respetuosos» o «correctos», lo que permite descubrir los prejuicios y las creencias erróneas y/o míticas que están en su base.
- La activación de los mecanismos de presión social que pretenden perpetuar la heteronormatividad y que, en sus consideraciones respecto a la relación de pareja y los atributos de la masculinidad y la feminidad, reafirman una posición de hegemonía, aunque reconocen «algunos cambios» en el discurso y las prácticas, pero que tienden aún a normalizar la visión heterosexista.
- Lamentablemente también entre gays lesbianas, bisexuales y travestis, las opiniones sobre sí mismos y los otros están muy prejuiciadas e influidas por el abandono temprano del sistema escolar, la escasa influencia educativa y los estereotipos producto de los condicionamientos genéricos, además de la lógica

reproducción acrítica que hacen los sujetos marginados del discurso estigmatizante elaborado por los centros de poder y de la propia homofobia internalizada.

- Las valoraciones están relacionadas con sus afectos y experiencias en difíciles condiciones de vida, basadas en prejuicios, descalificación y violencia, que traslucen sus vivencias personales y de grupo; y los conflictos en la construcción de la identidad sexual y su nivel de información y concepciones sobre la sexualidad, lo cual se aprecia en una postura estigmatizadora del otro, con rencor en ocasiones. Por suerte se evidencian creencias y actitudes negativas menos arraigadas no solo sobre la base de una mayor información y educación en el tema, sino también de un mayor conocimiento de la realidad del otro, con menor temor a la convivencia.

Las prácticas habituales referidas por los sujetos estudiados describen un amplio espectro de manifestaciones, que van desde las más sutiles formas de rechazo homofóbico hasta hechos verdaderamente violentos, valorados sin excepción como crímenes injustos, pero que de algún modo de igual forma justifican al intentar naturalizarlos como productos de la educación y la cultura, relacionados con las costumbres y determinadas edades, y asociarlos al consumo de bebidas alcohólicas, ambientes marginados o «provocaciones» de las sexualidades divergentes, incluso entre las mismas personas LGBT.

Entre esos comportamientos se destacaron:

- Mala cara, muecas de disgusto, tratamiento despectivo o malos tratos, incluso por profesionales de los servicios o funcionarios. Ofensas verbales públicas, descalificaciones, catalogaciones de poco confiables, inmorales y «débiles de carácter». Agresiones físicas desde golpes con manos, pies u objetos contundentes hasta arrojar piedras u otros objetos a sus personas o casas.
- Destrucción o hurto de sus bienes, aparición de grafitos denigrantes o que revelan su identidad sexual en sus lugares de

residencia. Revelación de su orientación sexual o identidad de género por terceros con el ánimo de originar conflictos o afectaciones emocionales.

- Difícil convivencia familiar, rupturas o divisiones de las que se culpa a las personas LGBT en donde son expulsadas o en donde tienen que ir ante los conflictos que se generan. Hostilidad sistemática en las escuelas o centros de trabajo, que busca hacerles la vida imposible para que abandonen el lugar. Silencio, poca importancia, tolerancia o aprobación tácita o franca de profesores y directivos de los centros escolares y laborales con ese estado de cosas.
- Comentarios a sus espaldas, descalificación, exclusión de tareas, discriminación social.
- Campañas de desprestigio por celos profesionales u otros problemas personales, fundadas en su orientación sexual o identidad de género, y los supuestos desvalores asociados.
- Traspies en los centros de trabajo, donde se ignoran sus capacidades, se obstaculiza el desarrollo y se les niega promociones y acceso a cargos; sobreexigencia y sobrecarga o desvalorización y discriminación, cierre de contratos o declaración de disponibles sin causas justificadas.
- Se refieren actitudes de doble moral entre quienes, en determinadas condiciones, buscan sus favores sexuales, y en otras asumen conductas de rechazo y discriminación.
- También se evidencian estas actitudes entre los más jóvenes como conductas de autoreafirmación, o entre las propias personas LGBT cuando comienzan a descubrir sus preferencias diferentes de la heteronormatividad, como expresión de conflictos de aceptación o conductas evitativas ante las sospechas de los demás.
- Cuestionamientos a personas heterosexuales en su orientación sexual o sus valores por su amistad con personas LGBT o tener una posición independiente o de defensa de la diversidad sexual, contra quienes incluso se han promovido igualmente campañas de desprestigio.

- Abuso infantil y sexual hacia niños o niñas que evidencian desde entonces construcciones identitarias de género divergentes, que pueden llegar a violaciones por familiares, vecinos y conocidos. Hostilidad policial, detenciones injustificadas, tratamientos denigrantes por agentes del orden, decisiones judiciales prejuiciadas, inclusión en «potenciales delictivos», y fácil aceptación de acusaciones infundadas o desmérito de las formuladas por las personas LGBT.
- Consideración por instituciones militares de vulnerabilidad ideológica asociada a la orientación sexual o identidad de género diferente de lo heteronormativo.
- Negación de derechos de queja, libre asociación, libre circulación pública, libre expresión de afectos en público, libre acceso a lugares públicos solos o con parejas no heterosexuales.

A modo de conclusión, podemos afirmar que es necesario continuar profundizando en la aplicación del Programa de Educación Sexual a partir del diseño de estrategias educativas, de intervención social y comunicación social sobre la base de las problemáticas locales para contribuir a la educación de toda la sociedad, con énfasis en la familia, en el respeto del derecho a la libre y responsable orientación sexual e identidad de género, como ejercicio de la equidad y la justicia social. Asimismo, se evidencia la necesidad de la protección jurídica de los derechos inalienables de las personas con expresiones sexuales diferentes de la heterosexual en nuestro país, así como potenciar el papel de las sociedades científicas y otras organizaciones sociales en el necesario debate social acerca del tema y el desarrollo del prácticamente inexistente activismo de la comunidad LGBT, pobremente organizada y, por tanto, inaccesible para empeños educativos mayores.

Bibliografía consultada

Betancourt Llody YA. Un acercamiento a la homosexualidad masculina desde las representaciones sociales. Tesis de grado de licenciado en Psicología. Universidad de Ciego de Ávila, 2010.

- Castro M. Más relajados, no más tolerantes. *Sexología y Sociedad* 2003; 9(23).
 ————. Entrevista realizada por el periodista Eduardo Jiménez García [citado Jun 2010]. Disponible en: <http://www.cenesex.sld.cu/diversidad.htm>
- Darcout A. Diversidad sexual: información, opiniones, valoraciones y prácticas en la provincia de Cienfuegos.
- Guerrero N. Género y diversidad: desigualdad, prejuicio y orientación sexual en Cuba. *Temas* 1998; 14.
 ————. Diversidad sexual. *Alma Mater* 2006 [citado Jun 2010]. Disponible en: <http://www.cenesex.sld.cu/diversidad.htm>
- Hernández D, Mesa J. Transformistas, travestís y transexuales: un grupo de identidad social en la Cuba de hoy. *Temas* 2004; 36.
- Lahera Liranza DA. Los estilos de afrontamiento del sujeto homosexual de la tercera edad a la exclusión sociopolítica. Tesis de grado de licenciado en Psicología. Universidad de Oriente, Santiago de Cuba; 2010.
- Méndez M, Mustelier S, Pérez A. Homosexuales: ¿iguales o diferentes? Tesis de grado de licenciado en Sociología. Universidad de Oriente, Santiago de Cuba; 2002.
- Pérez F. Homosexualidad, homosexualismo y ética humanista. La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 1999.
- Robert Y. El enfoque de género ante el fenómeno de la homosexualidad. Estudio preliminar en el contexto santiaguero. Tesis de grado de licenciado en Sociología. Universidad de Oriente, Santiago de Cuba; 2005.
- Robledo L. La controversia entre homosexualidad y familia: el caso cubano. *Papers* 2004; 74:203-215.
- Rodríguez BM. Sexualidad y valores. *Rev Med Electrón* 2009 Abr; 31(2) [citado Mar 2011]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242009000200008&lng=es&nrm=iso
- Rodríguez RM. Diversidad sexual y VIH [citado Jun 2010]. Disponible en: <http://www.cenesex.sld.cu/diversidad.htm>
 ————. Homosexualidad en Cuba: el precio de la diferencia [citado Jun 2010]. Disponible en: <http://www.cenesex.sld.cu/diversidad.htm>
- Roque A. Derechos sexuales en Cuba: por el respeto a la dignidad humana [citado Jun 2010]. Disponible en: <http://www.cenesex.sld.cu/diversidad.htm>

Roque A. Diversidad sexual en Cuba: una Revolución dentro de la Revolución [citado Jun 2010]. Disponible en: <http://www.cenesex.sld.cu/diversidad.htm>

———. Identidad gay y homofobia. Ponencia presentada en taller de la Jornada Cubana contra la Homofobia 2008 [citado Jun 2010]. Disponible en: <http://www.cenesex.sld.cu/diversidad.htm>

LA VISIBILIZACIÓN DE LA INTERSEXUALIDAD EN LA SOCIEDAD Y EN LAS AGENDAS LGTB

Adriana Agramonte Machado

El escenario social cubano, tradicionalmente caracterizado por un arraigado poder patriarcal heteronormativo y una visión binaria de géneros y sexos, ha mostrado cambios significativos y avances en la última década. En el complejo imaginario social cubano se aprecia una mayor apertura social y mayor grado de «aceptación» de las diversidades sexuales; sin embargo, la intersexualidad continúa valorándose generalmente desde el foso de la censura, la negación y el rechazo, y por lo general es asociada con «desviación», «anormalidad» y «patología».¹

La intersexualidad permanece sujeta a la realidad de la invisibilización sociocultural, pero no biomédica, y queda atrapada por un saber científico que la define, rotula y trata desde el surgimiento mismo de la medicina (1). En 2006, en sustitución de las anteriores categorizaciones, la medicina, mayoritariamente anglosajona, propuso el uso del término *trastornos del desarrollo sexual* (TDS), definiéndolos como estados congénitos en los cuales el desarrollo del sexo cromosómico, gonadal o anatómico es atípico (2).

En la actualidad permanecen los debates en torno a los vocabularios de la intersexualidad, pues todavía no hay consenso sobre el uso de la terminología que mejor describiría una población cuya característica más llamativa parece ser la mixtura. La falta de acuerdo sobre cómo nombrar, puede apreciarse en la diversidad de términos recogidos en la literatura (variantes del desarrollo sexual, trastornos del desarrollo sexual, intersex,

¹ J. C. Jorge, comunicación personal.

intersexualidad, variantes somáticas de DSD, y otros) para referirse a la diversidad psicológica, sexual y biológica de este grupo humano. En este artículo privilegiamos el término *intersexualidad* porque es el que nos parece más adecuado, abarcador y menos estigmatizante.

La intersexualidad no siempre es detectada en el nacimiento, y su forma de expresión genética y endocrinológica no solo varía entre los sujetos, sino que puede llegar a ser radicalmente diferente. Las personas intersexuales tienen características biológicas que no son claramente masculinas o femeninas, y pueden tener características de ambos o de ninguno de los sexos binarios.

Por lo general, el nacimiento de un ser humano con genitales no claramente identificables como masculinos o femeninos reta las expectativas y creencias personales básicas sobre lo que consideramos como «normalidad» dado la necesidad imperativa de clasificación que tenemos según los significados culturales y expectativas sociales construidos. La categorización sexual, así como otras formas de categorización, tienen, por tanto, un marcado énfasis.

Debido a que la intersexualidad es frecuentemente identificada en los espacios médicos al momento del nacimiento o en el transcurso de la más temprana infancia en esos mismos espacios, la respuesta social a lo que es considerado «desviación» es primaria y ampliamente médica. «La asignación de género es un proceso social y legal que no requiere de intervención médica o quirúrgica» (3), afirman los expertos en el campo de la intersexualidad. No obstante, para cumplir con estos mandatos, ante la realidad del recién nacido intersexual la medicina es instada a actuar para definir un sexo.

En los últimos años se aprecia un progreso en el diagnóstico de los estados intersexuales y en los tratamientos implementados, una mayor comprensión de los aspectos psicosociales asociados, así como un reconocimiento del papel y lugar del individuo en la implementación de las estrategias de tratamiento. Han emergido argumentos que son motivo

de controversia entre clínicos, activistas en el campo de la intersexualidad, personas que recibieron cirugías en la infancia y familiares. El debate en estos grupos está centrado en determinar si la mayoría de las intervenciones médicas en la temprana infancia son necesarias para la salud mental o física, o si los procedimientos son primariamente cosméticos y potencialmente dañinos y alienantes.

Parece haber un consenso general (aun por los médicos que realizan las operaciones «normalizantes») de que la mayoría de los niños con genitales clasificados como ambiguos no requieren de intervención médica para su salud física y emocional; sin embargo, una mayoría de ellos son médicamente asignados a un sexo definitivo generalmente antes de los dos años y suelen recibir varias cirugías genitales a lo largo de la vida y tratamientos hormonales que intentan «corregir» la ambigüedad sexual y con ello lo que se considera «desviación de la norma». La asignación médica de género y las cirugías de «corrección genital» están ancladas en el enfoque binario, que tiene a su vez influencia trascendental en la construcción de las definiciones de salud, enfermedad y patología.

Las publicaciones sobre resultados de investigación en esta área se han centrado básicamente en los asuntos fisiológicos y biomédicos, mientras que los aspectos psicosociales, antropológicos y culturales han quedado a la zaga. La intersexualidad aún es un campo con múltiples interrogantes que esperan ser dilucidadas por las ciencias, y los temas de asignación y reasignación de género, cirugías genitales, manejo psicosocial y médico permanecen dentro del grupo de mayores controversias y debates.

El propósito fundamental del presente trabajo es contribuir al esclarecimiento de algunas especificidades y necesidades de este grupo humano, lo que les asemeja y diferencia de otras poblaciones en cuestiones básicamente relacionadas con el género y la identidad. En este sentido nos apoyaremos en la experiencia científica internacional más actualizada y en nuestro propio quehacer clínico e investigativo. Desde estas bases emerge además el objetivo de mostrar pautas para la

óptima articulación de esta población con el resto de nuestra sociedad civil LGTB, aún en formación.

Evidencia internacional, hallazgos más significativos relacionados con el género

La literatura y la evidencia clínica internacionales (2, 3) y nuestra práctica clínica e investigativa (1, 4) muestran que en la población diagnosticada de intersexualidad son comunes las experiencias de sufrimiento humano, y la vulnerabilidad física, sexual, psicológica y social es alta al ser comparadas con otras poblaciones. Es ampliamente reconocido que ciertos mecanismos socioculturales contribuyen a la invisibilidad de este grupo humano y ha sido identificado el papel de la ciencia médica como factor contribuyente del malestar que padece esta población, pues «con sus prácticas, saberes y teorías ha conducido a procesos históricos de medicalización que perpetúa la invisibilidad y lastra el desarrollo de las identidades» (5).

La evidencia reporta que «la insatisfacción con el género es más frecuente en personas con intersexualidad que en población general» (2) y «tienen más probabilidad de desarrollar una identidad de género contraria a la asignación inicial por lo que algunas personas crecerán sintiendo y expresando identidades de género no tradicionales» (3). Los/las expertos/as afirman que «es irracional en esta población hablar de congruencia de género en presencia de marcadores sexuales mixtos, toda vez que se reconoce que algunos individuos pueden sentirse confortables viviendo en cualquier género» (6, 7).

Al parecer, en personas con intersexualidad «la confluencia de factores psicológicos y biológicos es necesaria para desarrollar sentimientos de disforia de género y cambio de género; sin embargo, cuáles factores son necesarios y cuáles suficientes permanece no claro» (8); a diferencia de otras poblaciones, emerge en la adolescencia o adultez, muchas veces como resultado de un largo proceso (9, 10, 11).

Se ha señalado que la incertidumbre acerca del desarrollo del género de esta población está relacionada con el desconocimiento de los factores que determinan el género. Además, la insuficiencia de estudios de seguimiento acerca del grado de satisfacción, conformidad y bienestar con el género asignado al nacer y las cirugías implementadas, impiden predecir con total seguridad la expresión de género con la que un individuo se identificará eventualmente. Tampoco se puede predecir si desarrollará o no disforia de género. Se acepta que en algunos casos podría ser que la asignación inicial pueda no concordar con el desarrollo de género ulterior, y en esos casos los protocolos de actuación en intersexualidad reconocen que debería garantizarse la transición social al género deseado (2, 3).

Las personas con intersexualidad y disforia de género representan un desafío para los profesionales de la salud mental, porque en no pocos casos coexiste una enfermedad crónica que trae consigo retos psicosociales específicos; en esos casos la ayuda del equipo de salud, para ser efectiva, debe en primer lugar considerar las necesidades individuales y preservar una adecuada calidad de vida, además de considerar un conjunto de factores esenciales: situación médica y psicosocial, contexto sociocultural, futuro desarrollo del género y el funcionamiento sexual, entre otros.

En el contexto internacional es creciente la pluralidad y divergencia de voces en varios temas relacionados con la intersexualidad; podría afirmarse que el debate no ha llegado explícitamente al contexto cubano, pero podemos apreciar posicionamientos diferentes en aspectos comprometidos con la identidad, las cirugías no esenciales en la infancia temprana y los derechos sexuales y reproductivos, lo que es un reflejo de la estrategia colectiva para eliminar del complejo escenario social el estigma de la diferencia y, en consecuencia, la exclusión.

La experiencia cubana

En 2010 culminó una investigación titulada «Impacto sexual, psicosocial y quirúrgico de la cirugía genital en personas adultas diagnosticadas

de genitales ambiguos» (1), que contó con la colaboración de cinco investigadores de tres instituciones de salud. El estudio exploró, desde la perspectiva de los propios participantes, sus experiencias con los servicios de salud y sus vivencias sexuales, psicosociales y quirúrgicas. El estudio reclutó a dieciocho personas de La Habana y otras provincias, con un intervalo de edad entre 16 y 49 años y una media de 25,6 años.

Los hallazgos cubanos (1, 4) muestran la necesidad de avanzar hacia la despatologización de la intersexualidad y el empoderamiento y la visibilización de la población intersexual. A continuación exponemos lo que consideramos más significativo.

En personas con diagnóstico de intersexualidad, desde el momento del nacimiento queda establecido el vínculo médico-paciente-familia, que se mantiene a lo largo de la vida durante el proceso de crecimiento y desarrollo de una mayoría y generalmente permanece después de la edad de 18 años; por tanto, consideramos que cualquier protocolo de actuación para personas intersexuales debe garantizar la transición de los cuidados de salud de la etapa pediátrica a la adultez para que se siga con los tratamientos indicados, porque en algunos casos son determinantes para mantener una calidad de vida adecuada.

La mayoría de las personas nunca escucharon hablar de intersexualidad. Por lo común la condición o estado permanece bajo secreto médico y parental; si bien construyen una genitalidad «diferente», no hacen lo mismo con la identidad intersexual, sino una identidad como varones o mujeres, aun en personas con conocimiento de la condición intersexual.

Se reportó una amplia variabilidad en las expresiones de género, en un espectro que abarca desde desempeño de roles y conductas más tradicionales y estereotipadas de masculinidad y feminidad hasta modelos alternativos en los que coexisten lo masculino y lo femenino en un comportamiento andrógino, hallazgo que confirma lo referido en la literatura internacional. Para una mayoría (todas con asignación femenina), las manifestaciones no tradicionales (atípicas) de género condujeron

a contradicciones, dificultades y conflictos en los vínculos interpersonales con pares y/o figuras de autoridad (padres y maestros), a causa de temores en los familiares relacionados con la posible conversión del hijo o hija en transexual u homosexual, con base en estereotipos y prejuicios relacionados con las comunidades que integran las diversidades sexuales; este motivo constituyó uno de los más importantes para la remisión a servicios de salud mental.

Es ampliamente reconocido que cada persona busca y encuentra la mejor manera de autolegitimarse ante la percepción individual y social de «ser diferente». En el momento de la investigación, ninguna persona expresó deseos de cambio de género, ninguna se autoidentificó como intersexual ni con otra categoría alternativa; solo una persona con asignación femenina refirió el deseo de cambio de género en algún momento anterior durante la adolescencia y lo relacionó con fuerte atracción emocional y erótica hacia las mujeres.

El reconocimiento por algunos sujetos de haber padecido intervenciones médicas excesivas, angustiantes y/o embarazosas en situaciones que se podían haber evitado, remite a medicalización de la intersexualidad y transmite desde el estatus médico o parental el mensaje de que «algo está mal», el cual es internalizado como problema de salud. Sin embargo, aunque «reconocen tener una enfermedad», la mayoría se percibe como hombres y mujeres saludables; subjetivamente no se consideran a sí mismos enfermos.

Las necesidades de cirugía genital están ancladas en la visión de una corporalidad «incompleta» y «diferente» que es necesario corregir para llegar a la anhelada «normalidad», para sentirse «aptas» desde lo corporal y tener una sexualidad satisfactoria. Sin embargo, los resultados quirúrgicos adversos impidieron disfrutar de la sexualidad en el sentido deseado. Las historias narradas dan cuenta de vivencias de una sexualidad mutilada, silenciada y discapacitada que, como centro, tiene dificultades en la integración de una genitalidad sentida como disonante y limitadora de una experiencia sexual placentera.

Nuestro estudio constató además que hay carencias en el proceso de atención de salud, que no todas las provincias tienen desarrollado un enfoque multidisciplinario con abordaje integral, y que tampoco existe un diagnóstico óptimo y un seguimiento de los/las pacientes, que incluye la adecuada transición de la etapa pediátrica a la adultez. Nuestro trabajo en el futuro inmediato está dirigido a solucionar las deficiencias encontradas, con las siguientes prioridades: a) resolver las necesidades de seguimiento interdisciplinario en la etapa adulta; b) ampliar la composición del equipo multidisciplinario con el fin de garantizar una estrategia de atención integral, en particular la agilización de los trámites relacionados con los asuntos legales de cambio de identidad; c) realizar las coordinaciones necesarias para la capacitación y el entrenamiento de especialistas en técnicas internacionalmente adoptadas en los casos en que se indique la cirugía genital.

La lucha contra la exclusión que supone el estigma de la «diferencia»

La visibilización de experiencias individuales y colectivas de sufrimiento de personas que integran las asociaciones y movimientos de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales (LGTB) ha privilegiado el nacimiento y el desarrollo internacional de las teorías y el activismo intersex; podría decirse que el camino hacia la despatologización de la intersexualidad es ya un hecho inevitable.

Internacionalmente, los debates académicos sobre intersexualidad y los discursos y reflexiones de personas activistas en este campo se han extendido a las agendas LGTB y aparecen ya en algunos de estos grupos la inclusión en sus siglas de la I (de Intersexuales), pero se ha señalado que «el agregado de la I más que para crear espacios de encuentro y activismo, se ha usado como discurso y herramienta teórica para criticar el status quo en temas de sexo/género y sexualidad y como una baza más en la lucha en contra de las desigualdades y la discriminación social de todas las personas que no cumplen la “norma sexuada”» (5).

En la literatura científica y popular es frecuente la tendencia a la disolución de las fronteras entre transexualidad e intersexualidad, hecho que se aprecia como un modo de ampliar las bases de trabajo en términos de derechos previamente negados a la población transexual y de incrementar su influencia política. Sin embargo, desde el ámbito científico se ha señalado que, «aun cuando las personas pudieran presentar como rasgo común disforia de género y deseo de cambio de género, ambas entidades son diferentes» (6, 7, 9); aunque aún hay escasa comprensión de los factores etiológicos del deseo de cambio de género tanto en individuos transexuales como en intersexuales, fusionar ambas entidades haría más complejo el trabajo de científicos y clínicos que están a cargo de dilucidar las etiologías de estas condiciones y desarrollar estrategias de tratamiento efectivas (9).

El asociacionismo y las políticas identitarias han hecho posible avanzar en el camino de la desestigmatización de la intersexualidad y de otras comunidades sexuales. Nuevas maneras de comprensión de estos temas emergen desde diferentes disciplinas, porque cada vez se acepta más la necesidad de hallar nuevas formas de definir lo humano, sin que las variantes sexuales, corporales y de género queden atrapadas rígidamente.

La necesidad de construir un «nosotros» fuerte y consistente, se considera como una táctica para afrontar los sistemas y dispositivos de normalización y forma parte de una estrategia colectiva para reconocer que la realidad es más plural y diversa de lo que en realidad alcanzamos a ver. En el ámbito internacional, hay debates actuales sobre cómo incluir la intersexualidad en el activismo LGTB; si bien para algunos la incorporación e integración de la I en las agendas de estos grupos es abierta y contundente, para otras personas diagnosticadas de intersexualidad «significa asociar su existencia a unas reivindicaciones que comprometen la identidad sexual, el deseo y las prácticas sexuales, y muchas de estas reivindicaciones son ajenas para ellas, lo que les hace sentir extranjeras dentro de ese nuevo *nosotros*» (5).

En el contexto cubano, las historias de vida compartidas por personas que recibieron cirugía genital, dan fe de experiencias colmadas de dudas, falta de información y secretos sobre la propia condición, no saberes sobre el cuerpo y la naturaleza de las intervenciones recibidas y, en consecuencia, incomprendimientos acerca del devenir del propio cuerpo y su sexualidad, secretos sostenidos en muchas ocasiones a lo largo de toda la vida. Hemos visto que las preocupaciones relacionadas con el sexo y la sexualidad son a veces muy significativas por las secuelas de las cirugías y por las peculiaridades del proceso de socialización. El significado de estas experiencias trascendentales son las que dan sentido y movilizan sus esfuerzos personales y conducen a sus proyecciones sociales. Para muchas de ellas, permanecer en el anonimato, con ocultamiento de la propia condición, es una estrategia privilegiada, porque las aleja de la curiosidad de otros individuos o grupos y de los malestares y las culpas que esto pudiera causar.

Se señala que «una de las construcciones sociales sobre la persona intersexual se relaciona con su representación dicotómica como "objeto" o como "sujeto", ocupando una posición de víctima o de héroe» (5). En el primer caso, la persona es percibida mutilada, dependiente del poder médico, víctima de las cirugías, con actitudes de evitación, mientras que como «sujeto» es apreciada en sus funciones de activista intersexual, con bagaje teórico y capaz de emprender acciones desde lo público. Sin embargo, más allá de la dicotomía, en la cotidianidad cada persona elige cómo expresarse y autolegitimarse para evitar situaciones de estigma, discriminación y exclusión; las personas intersexuales también están sujetas a esta realidad.

Conclusiones

En el espacio público latinoamericano, la intersexualidad se está incorporando progresivamente a las agendas gay-lésbicas en la región. Sin embargo, en estos mismos espacios se interroga sobre promover la

integración de la intersexualidad a la fórmula más general, como LGTB, o mantener la especificidad y la autonomía de la agenda intersex.

En nuestro criterio, se opta por una posición de alianza —estrategia que compartimos— y, desde este lugar, se privilegia el apoyo y la solidaridad con otras poblaciones para emprender luchas comunes, pero con defensa de la especificidad del movimiento intersexual, con el fin de no ser absorbidos e invisibilizados por grupos más organizados. Aunque se reconoce que es difícil organizar un movimiento sin alianzas estratégicas, se señala que la agenda intersexual en América Latina debe priorizarse y defenderse. Desde estas bases se insiste en «la necesidad imperativa de abordar la intersexualidad como una cuestión que atañe al marco de los derechos sexuales y de avanzar hacia la construcción de modos, saberes y prácticas no medicalizados» (5).

Avanzar en la implementación de leyes y políticas que garanticen el respeto de los derechos sexuales de las personas LGTB, es parte integral del proceso cubano de configuración de la educación sexual como objeto de política social, pero se advierte que «es un terreno de conflicto y negociación, cuyos contenidos y problemas dependen de la capacidad de los grupos sociales para visibilizarse con sus singularidades y necesidades dentro del conjunto de la sociedad, para establecerse como sujetos y actores de la política y colocar sus demandas en este ámbito» (12).

En tal sentido, pensamos que el empoderamiento, la visibilización y la autonomía de la población intersexual será posible en la sociedad cubana en la medida que, como grupo humano, logre establecerse dentro del contexto social más amplio; desde el sector de la salud la principal tarea de contribución a este logro sería la reeducación de los diferentes actores a cargo de la atención de este grupo humano y la transformación del actual abordaje médico de la intersexualidad.

Consideramos que toda propuesta de atención destinada a personas diagnosticadas de intersexualidad debe partir de equipos multidisciplinares

organizados, con suficiente experiencia, solvencia técnica y cultura específica en el campo de la intersexualidad, para lo cual se requiere considerar:

- la extraordinaria complejidad psicológica, clínica, endocrinológica, quirúrgica, social, antropológica y ética de la intersexualidad, por lo que deviene campo en permanente revisión y perfeccionamiento;
- un protocolo de actuación que garantice la transición social al género (o su expresión) deseada;
- las diferencias de enfoques de tratamiento para individuos con intersexualidad de individuos con variaciones de género sin esta condición;
- la inestabilidad relacionada con el género (rasgo distintivo de esta población), que no puede interpretarse como indicativo para la reasignación;
- la atención de salud personalizada e individualizada como requisito básico;
- la agilización de las acciones legales para que los procesos de cambio de género sea más rápido y fácil;
- la promoción de políticas públicas de salud en las que el tema de la intersexualidad esté presente;
- la creación y el fortalecimiento de redes de apoyo entre las personas intersexuales.

Referencias bibliográficas

1. Agramonte A, Ledón L, Fabrè B, Espinosa T, Carvajal F, González P, Montesinos T. Impacto sexual, psicosocial y quirúrgico de la cirugía genital en personas adultas diagnosticadas de genitales ambiguos. *Boletín CNSCS* 2011; 2. (Trabajo galardonado en el XXXVI Concurso «Premio Anual de la Salud 2011»).

2. Houk CP, Hughes IA, Ahmed SF, Lee PA and Writing Committee for the International Houk Intersex Consensus Conference Participants. Summary of consensus statement on intersex disorders and their management. *Pediatrics* 2006; 118:753-757.
3. Consortium on the Management of Disorders of Sex Development. Clinical guidelines for the management of disorders of sex development in childhood [citado 20 de marzo, 2008]. Intersex Society of North America, 2006. Disponible en: <http://www.dsdguidelines.org>.
4. Agramonte A, Ledón L, Fabrè B, Espinosa T, Carvajal F, González P, Montesinos T, García CT, Rodríguez M, Díaz A. Intersexualidad, necesidad del cambio en el paradigma de atención. *Rev Cubana Endocrinol* 2010 Sep-Dic; 21(3).
5. Grégori Flor N. Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano. Buenos Aires; 2009.
6. Morgan GW, O'Brien M. Submission on the draft Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition and the World Professional Association for Transgender Health 7th Standards of Care. OII Australia and OII Aotearoa to the American Psychiatric [citado Jun 2012]. 2012. Disponible en: <http://oii australia.com/20360/submission-release-on-the-dsm-5-and-soc-7/>.
7. OII Australia and OII Aotearoa release submission on the DSM-5 and SOC-7 [citado Jun 2012]. Disponible en: <https://sites.google.com/site/soc7internationaladvisors/intersex-dsd>.
8. De Vries ALC, Doreleijers TAH, Cohen-Kettenis PT. Disorders of sex development and gender identity outcome in adolescence and adulthood: Understanding gender identity development and its clinical implications. *Ped Endocrin Rev* 2007; 4(4):343-51. En Gender dysphoria in adolescents. Mental health and treatment evaluation. Amsterdam: Vu University Medical Center; 2010.
9. Mazur T, Colman M, Samberg AE. Intersex: Definition, examples, gender stability, and the case against merging with transsexualism. En Principles of transgender. Medicine and Surgery. 2007.
10. Meyer-Bahlburg HFL. Treatment guidelines for children with disorders of sex development. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2008; 56:345-349.

11. Meyer-Bahlburg HFL. Gender monitoring and gender reassignment of children and adolescents with a somatic disorder of sex development. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2011; 20:639-649.
12. Castro M. La educación sexual como política de Estado en Cuba desde 1959. *Sexología y Sociedad* 2011; 17(45):4-13.

LA HETERONORMATIVIDAD Y LA POLIVICTIMIZACIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES: UNA APROXIMACIÓN

Rita M. Pereira Ramírez

El ideario que antecede al término *heteronormatividad*, está asido a las nociones «de "sistema sexo-género" de Gayle Rubin y de "heterosexualidad obligatoria" de Adrienne Rich como condicionantes que configuran un régimen que hace énfasis en aspectos normativos, culturales y políticos incompatibles con sexualidades no normativas» (1:92).

La heteronormatividad emerge como mandato ideológico dirigido a la domesticación de la conducta sexual y al control del cuerpo humano por su potencialidad reproductiva, aunque las condicionantes e imaginarios, filosofías y teorías que lo hayan nutrido, en distintas épocas históricas, puedan ser disímiles. A modo de ejemplo, identificamos, entre estos, dos de los más evidentes:

- La conducta heterosexual se impone como normativa eclesial desde el poder de la Iglesia y deviene icono de la sexualidad humana *per se* al elevar el matrimonio a categoría de sacramento en el IV Concilio de Letrán (1215). El matrimonio se convierte en el único espacio social legítimo, monogámico e indisoluble para la relación sexual, cuyo fin exclusivo será cumplir con la Ley Natural de la procreación (2). Asimismo, al fusionarse la doctrina de la teología escolástica y los estudios de Derecho, emerge una amplia obra taxonómica de pecados sexuales (siglos XII y XIII) bajo la nomenclatura de actos de lujuria (*luxuria*) o «apetito desmedido hacia el placer sexual» (2). Toda conducta sexual orientada únicamente a la búsqueda del placer, incluso dentro de la relación del matrimonio, se tipificaba y penaba como pecado de sodomía. Se centra la atención del control en

la motivación de la conducta sexual; o sea, cualquier individuo, hombre o mujer, podía ser sodomita.

- En el siglo xix, al sistematizarse los estudios sobre las causas de las perversiones sexuales/conducta «homosexual», por la emergente disciplina de la psiquiatría, se diagnostica como «degeneración hereditaria congénita» (3). De pecado nefando pasa a socializarse como patología. Este punto de viraje «científico» se inserta de la medicina al Derecho penal a partir de la criminología positivista,¹ que apuntó a la tipificación de rasgos innatos del delincuente, y se adscribe al campo de la peligrosidad social. A partir del siglo xx, desde los abordajes sociológicos de la criminología y de las teorías de la desviación social, del control social² y de la prevención, se mantiene a esta «especie» de ser humano, *proclive a delinquir*, en los sistemas de vigilancia, seguimiento y control, aun en países donde se ha despenalizado la sodomía/homosexualidad. Desde el poder-saber que tienen las narrativas de las ciencias, se racionalizó y magnificó el miedo ya existente a incurrir en pecado nefando, toda vez que se adicionó y aprehendió un nuevo temor: el de enfermar el cuerpo y no solo el alma.

En la segunda mitad del siglo xx emerge una cosmovisión sobre la sexualidad, aportada por científicos, dentro y fuera del marco del movimiento sociopolítico LGTBI, que en su abogacía por la igualdad y no discriminación evidencia su complejidad expresiva y diversidad, y no la uniformidad como norma.³ No obstante, prevalece una cultura de relaciones sexoeróticas

¹ «La esencia del modelo etiológico clásico de explicación del delito convirtió la Criminología en una ciencia auxiliar del sistema penal y de la política criminal oficial» (4).

² «El ámbito de control social es amplísimo y no siempre evidente, pues representa todo fenómeno que conduce a la conformidad, que garantiza el orden social, incluyendo las influencias de la familia, la escuela, las costumbres, los preceptos religiosos, las normas jurídicas, las autoridades de todo orden, valiéndose desde los medios más difusos y encubiertos, hasta los más explícitos, como es el sistema penal» (5).

³ «Los avances de la antropología social, la sociología, la psicología y las investigaciones sexuales contemporáneas apuntan consensualmente hacia esta noción» (Weeks, citado en 6).

y afectivas, o patrón de conducta sexual, acuñada como «matriz heterosexual», que reproduce estereotipos dañinos. Como tal, el heterosexismo funge como un «sistema ideológico que niega, denigra y estigmatiza cualquier forma de conducta, identidad, relación, o comunidad no heterosexual» (7). Constituye un prejuicio sexual y el uso del término establece un paralelo con otras ideologías sustentadas en el prejuicio, como el racismo, sexismo y antisemitismo. El machismo en Cuba tiene un fuerte componente heterosexista.

Si parafraseamos la definición de ideología sexista de Alda Facio (8:23) relativa a la desigualdad de géneros, la ideología heterosexista, en relación con las desigualdades establecidas entre las sexualidades, es una ideología que «sostiene la desigualdad y discriminación por orientación sexual como un sistema de creencias que no solo explica las relaciones y diferencias entre las conductas sexoeróticas de las personas —mujeres y hombres “entendidas”/etiquetadas como heterosexual, bisexual, homosexual—, sino que toma una de las conductas, la heterosexual, como parámetro-paradigma de lo humano, lo normal, lo ético».

Basándose en este paradigma, el sistema social especifica derechos y responsabilidades, así como no solo restricciones y recompensas, diferentes e inevitablemente desiguales, sino que además justifica explícita o implícitamente la discriminación informal y/o formal en perjuicio de las conductas sexoeróticas y/o afectivas homosexual y bisexual, que son entendidas como diferentes al paradigma.

Vemos entonces que la expresión y la dimensión social de la sexualidad partirá de los referentes culturales heredados/aprehendidos en edades tempranas y generalmente replicados en la familia, la escuela y en otras instituciones del poder social. La sexualidad, como dimensión de la identidad personal y expresión de la diversidad social, se configura de forma singular por la interacción de factores endógenos de la persona y su entorno desde edades tempranas.

Su carácter individualizado, como un continuum sujeto a permanente revisión (consciente o inconsciente) y a nuevos aprendizajes y saberes, se fabricará desde la persona con mayor o menor grado de autonomía

y legitimidad y se expresará privada o públicamente, en dependencia de la complejidad y problematización que predomine sobre la sexualidad humana en el escenario cultural y sociopolítico que cada persona afronte en el transcurso de su vida (9:30).

La visión heteronormativa de la realidad, arraigada en el imaginario social, genera prejuicios sobre la base de estereotipos negativos al «revelar las expectativas, demandas y restricciones producidas, porque la heterosexualidad es tomada como normativa dentro de una sociedad y como único modelo válido de relación sexo-afectiva y de parentesco» (10).

El estereotipo es, según Fernández Poncela, una «*preconcepción generalizada*, como idea o imagen mental simplificada, que percibe la realidad desde un conjunto de creencias sobre atributos asignados a un grupo y tiende a predecir acontecimientos, formar categorías sociales, económicas, construcciones, generalizaciones [...]. Originan tradiciones culturales porque son sociales, aprendidos, compartidos y, por ende, aceptados culturalmente; [constituyen una] categorización rígida y falsa o inexacta de la realidad, constructos cognitivos que rigen interacciones grupales. Creencias exageradas para justificar y racionalizar la conducta en general (Allport, 1968; Huici, 1996; Lippmann, 2003),^[4] incluso acciones contra personas y grupos sociales» (11). No siempre son negativos, pero suelen serlo en estructuras subjetivas inamovibles que tienden a homogeneizar a la población, a la sociedad como un deber ser, o marcan-estigmatizan a los grupos humanos y conducen a etiquetar a personas y conductas sobre la base de los prejuicios.

La prevalencia de estos estereotipos negativos no solo conduce a la existencia de niños, niñas y adolescentes polivíctimas, o sea, que han vivenciado múltiples tipos de victimizaciones, de disímiles fuentes: maltrato emocional, lesiones, acoso, abandono y abuso sexual, entre otros (12:34-36). Sus diversas expresiones, en acciones u omisiones,

⁴ Citados por Fernández Poncela en 11:1.

son asimismo obstructivas al disfrute de sus derechos constitucionalmente tutelados a la vida, la integridad física, el desarrollo integral de la personalidad, la salud y la educación.

De conformidad, visualizamos la victimización de los niños, niñas y adolescentes que tienen mayor riesgo de transitar por victimizaciones múltiples sobre la base de una violencia movida por prejuicios al ser «diferentes» al imaginario popular de masculinidad o femineidad pautado, en relación con su genitalidad, desarrollo y comportamientos.

El asiento registral del sexo al nacer convierte esta clasificación identitaria en un hecho legal y social trascendente en el curso de vida. Deposita en la criatura un contenido cultural que se interpreta como las expectativas diferenciales acerca de los comportamientos sociales y privados apropiados o no a su sexo. La no asunción de alguno de los componentes de este formato predeterminado puede, y suele, generar formas de maltrato infantil en la familia y en el ámbito escolar.

Existen evidencias, resultantes de estudios en nuestro país, que confirman la existencia de una representación social prejuiciada que tiende a estigmatizar toda imagen, lenguaje corporal o conducta, real o percibida, que no cumpla con los estereotipos culturales asignados a cada sexo-género, toda vez que se etiquetan como desviación, inmoralidad o conducta socialmente peligrosa (9:89-92).

La asociación mecánica entre la existencia de rasgos femeninos en la gestualidad o en el biotipo de un hombre o de rasgos masculinos en la gestualidad o en el biotipo de una mujer, como indicador «inequívoco» de la homosexualidad masculina o femenina, respectivamente,⁵ es

⁵ «El sexo genético y gonadal determina asimismo los rasgos anatómicos de ambos sexos, y cada uno se identifica por las características de los genitales externos; sin embargo, no toda persona nace con el mismo grado de "masculinidad" o "feminidad" anatómica; es decir, nacen personas con características fenotípicas femeninas a pesar de poseer

una reacción común también evidente, que estigmatiza desde edades tempranas a toda persona «diferente» por su lenguaje corporal.

Estudios de especialistas del Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) documentan que las personas que durante su crecimiento de niños/niñas a adolescentes mostraron una discordancia sexo-género, en su condición de persona trans dan testimonios sobre los conflictos signados por el maltrato y la estigmatización vivenciada en sus familias de origen por ser igualmente «diferentes» (13:113-114). Estas refieren:

Lo diferente produce extrañamiento y negación, vergüenza y culpa, angustia y temor, rechazo y dolor; por tanto, la familia, y en especial los padres y las madres, pasan un tiempo elaborando los duelos y la confusión que les produce ver crecer, en su más amplia acepción, la contradicción entre lo deseado y lo real-no deseado [13:113].

El temor a la diferencia aflora así mismo ante las evidencias siguientes:

De forma común y periódica, acuden a las consultas especializadas de terapeutas de salud mental y al CENESEX, padres/madres

genitales externos masculinos y mujeres que nacen con un grado de rasgos masculinos a pesar de tener genitales externos femeninos. Estos rasgos, conformados en el embrión humano antes de nacer, da lugar a lo comúnmente considerado como "hombre afeminado" y "mujer masculinizada, machorra", y puede evidenciarse en personas de orientación heterosexual, en tanto estos rasgos no constituyen en sí expresión de una orientación sexual homoerótica, aunque pudiera o no coincidir con ella. O sea, no siempre estos rasgos, considerados incoherentes con el imaginario de lo masculino y lo femenino, son el resultado de un mimetismo infantil por falta de la figura paterna o materna como suele considerarse. Estos rasgos que caracterizan el biotipo de cada cual, no determinan la orientación sexual de la persona. Se puede poseer y portar rasgos muy "masculinos" o muy "femeninos" coincidentes con el sexo biológico [o con el imaginario social de lo que debe ser un hombre o una mujer] y la atracción sexual de la persona ser homoerótica, o bierótica, en tanto estos rasgos tampoco son ilustrativos de, ni identifican, una orientación sexual heterosexual» (9:20).

buscando la reafirmación heterosexual de sus hijos(as), así como adolescentes, sin conocimiento de los padres, en busca de orientación, instados por: el temor a ser homosexuales sin serlo, serlo y no aceptarse, aceptarse y el temor a ser descubierto(a) y buscando ayuda por ser victimizados(as) por hechos de violencia psicológica y/o física en la familia, por para-iguales y hasta docentes en el entorno estudiantil; que ello acontece fundamentalmente por no cumplir con la «imagen» hetero-masculina o femenina culturalmente pautada, e incluso sin mediar evidencias de una conducta homoerótica [9:98-99].

Lo «diferente» tiene igualmente un impacto adverso en el escenario estudiantil. El acoso escolar o *bullying* es la victimización o «maltrato por abuso entre iguales»:

[Se trata de] situaciones repetidas y permanentes de injusticia y abuso de poder (psicológico o físico), que implican y tienen consecuencias distintas, aunque igualmente preocupantes, para todos los estudiantes que se ven envueltos en tales prácticas (Olweus, 1989, 1993, 1998; Smith y Sharpe, 1994; ocde, 2004; Cerezo, 2006; Skrzypiec, 2008)[⁶] [14].

Se le identifica como una de las causas de victimización infantil y se le caracteriza como un conflicto generalmente desconocido o silenciado por las víctimas y los testigos, y se contempla con indolencia o complicidad por el alumnado. El profesorado tiende a no reconocerlo como problemática o a minimizarlo al percibirlo como «cosa de niños y niñas» y «asunto de juegos» entre estudiantes (15).

El estudio de Román Murillo, titulado «América Latina: violencia entre estudiantes y desempeño escolar» (14), distingue distintas categorías de *bullying* o acoso escolar. Se identifica la agresión más frecuente, el robo

⁶ Citados por Román Murillo en 14.

(39,4 %), seguida de violencia verbal (26,6 %) y violencia física (16,5 %). Aunque se trata de un problema generalizado, refiere diferencias entre países. En el caso del robo, mientras en Colombia más de la mitad de los alumnos de sexto grado de primaria dicen que lo han sufrido en el último mes, en Cuba lo afirma uno de cada diez. En cuanto a «violencia física entre pares», los países que muestran altos niveles son Argentina (23,5 %), Ecuador (21,9 %), República Dominicana (21,8 %), Costa Rica (21,2 %) y Nicaragua (21,2 %). Cuba aparece como el país con el menor porcentaje de niños que señalan haber sido golpeados recientemente (4,4 %).

Las Naciones Unidas tilda el acoso escolar de «práctica perversa que afecta de forma adversa la salud y el bienestar de los educandos. Al crear un clima de temor e intimidación, convierte las escuelas y los entornos educativos en lugares inseguros [...], a la vez que socava la Convención de los Derechos del Niño, [...] y constituye una amenaza significativa al derecho universal a la educación» (16:6).

El acoso escolar incitado por cualquier motivo es obviamente reprochable, pero se distingue al instado por el prejuicio sexual heteronormativo por el nivel de indefensión de la víctima, que no suele tener la base social de apoyo que otros niños, niñas o adolescentes, toda vez que en la familia suelen ser igualmente violentados y rechazados, y no buscan la ayuda de sus progenitores o parientes. Este análisis es esencial para singularizarlo y ha sido la racionalidad detrás de quienes abogan por visibilizarlo en toda su complejidad (16).

De conformidad, la UNESCO organizó en 2011 una consulta internacional para combatir el *bullying* o acoso escolar por homofobia en las escuelas y promover políticas contra el acoso escolar a estudiantes LGBT. Su «Declaración de Río sobre *bullying* homofóbico y educación para todos»⁷ señala que los estudios sobre el tema confirman la vinculación entre el *bullying* homofóbico y el prejuicio, aupado por la falta de acceso

⁷ Disponible en: www.unesco.org/.../unesco_leads_a_landmark_anti_bullying_initiative.

a información adecuada sobre la salud y la sexualidad. Referencia el impacto negativo en el estudiantado en cuanto a malos resultados en los estudios, al daño a la salud mental y a su incidencia en el suicidio, así como en el incremento a la vulnerabilidad al VIH.

A ello adicionaría que induce a la desintegración social, toda vez que transgrede el desarrollo integral de la personalidad y dificulta la integración al medio escolar y el desarrollo normal de los aprendizajes. Limita al niño, niña o adolescente, víctima del acoso, a participar y ejercer el derecho a la educación en igualdad de oportunidades que sus iguales.

El reconocimiento legal de los nexos entre los estereotipos culturales negativos, la discriminación y la violencia se explicitan en normativas de jurisdicción nacional⁸ y en el Derecho Internacional Público.⁹ El maltrato infantil evoluciona como eje temático prioritario en un número creciente de Estados, así como en los escenarios de las Naciones Unidas.

A instancias del Comité de los Derechos del Niño [Niña y Adolescente], en 2002 la Asamblea General, en su Resolución 56/138, solicitó al Secretario

⁸ Ley 481. Textos escolares–Material didáctico–Eliminación de estereotipos–Programa, Buenos Aires, 05 de agosto de 2000: «Artículo 1º: Créase en el ámbito de la Secretaría de Educación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el "Programa para la eliminación de estereotipos de género en textos escolares y materiales didácticos" a fin de hacer efectivo cumplimiento del artículo 36º, capítulo IX de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires en cuanto garantiza en el ámbito público y promueve en el ámbito privado la igualdad real de oportunidades entre varones y mujeres». Ver <http://www.escolares.com.ar/legislacion-de-la-ciudad-de-bs.as/ley-481-textos-escolares-material-didactico.html> (citado 28 de abril, 2012).

⁹ Artículo 5 de la «Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación de la mujer»: «Los Estados partes tomarán todas las medidas apropiadas para: a) modificar los patrones socioculturales de conductas de hombres y mujeres con miras a alcanzar la eliminación de prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres [...]».

General de la Organización de las Naciones Unidas la realización de un estudio en profundidad de la cuestión de la violencia contra los niños y las niñas. Este culminó en 2006 y de conformidad cumplió con el objetivo de presentar recomendaciones para su consideración por parte de los Estados miembros, con el fin de emprender las acciones apropiadas (17:4).

Conceptualmente, este estudio adoptó: a) la definición de niño o niña, comprendida en el artículo 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN): «[...] todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad»; b) la de violencia (artículo 19, CDN): «[...] toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual (....)»; e insertó la perspectiva conceptual de la Organización Mundial de Salud (OMS) en su «Informe mundial sobre la violencia y la salud» de 2002, que describe la violencia como: «El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones» (17:1).

En su abordaje, el Centro Internacional de la Infancia de París describe el maltrato infantil como «cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto, y todos los estados derivados de estos actos, o de su ausencia, que priven a los niños/as de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo» (18:3).

Se reconoce la necesidad de visibilizar la complejidad de esta problemática en la agenda política-legislativa de los Estados como cambio de paradigma, toda vez que en el imaginario social se tienden a asimilar como naturales algunos tipos de violencia hacia niños, niñas y adolescentes, sobre todo si acontecen en los espacios de la familia y la escuela. En tal sentido, el *Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas* refiere:

Los niños y niñas, los autores de la violencia contra ellos y el público en general pueden aceptar la violencia física, sexual y psicológica como una parte inevitable de la niñez. Las leyes de la mayoría de los Estados aún aceptan el castigo físico «razonable» o «legal» y reflejan la aprobación de la violencia por parte de la sociedad cuando ésta se describe o disfrazada como «disciplina». El castigo físico y otras formas de castigo cruel o degradante, la intimidación (*bullying*) y el acoso sexual y una variedad de prácticas tradicionales violentas pueden ser percibidas como normales, particularmente cuando no dan lugar a un daño físico visible y duradero [17:13].

La legitimación cultural y prevalencia de normativa legal afín que regula la familia, se halla entre las condicionantes que tienden a naturalizar de forma acrítica conductas violentas hacia los hijos e hijas. Se legitima desde un legado inherente al ejercicio de la patria potestad y la práctica de «disciplinar», que en muchos países de la América Latina, incluyendo a Cuba, se encuentra aún refrendada en el Derecho de Familia. Puede y suele asumirse y ejercitarse por los progenitores, y hasta otros parientes, como un derecho consuetudinario sin sentido del límite ni control. Propicia estilos de vida y de comunicación «educativa» que entrañan conductas hoy tipificadas en doctrina y en el Derecho positivo como maltrato infantil.

Es pertinente subrayar que el Derecho históricamente desempeñó un papel determinante en la construcción de este imaginario popular, y que la puesta en vigor de la CDN en 1989 enmarca un viraje trascendental relativamente reciente en la noción del debido tratamiento de tutela y amparo a la persona humana menor de dieciocho años de edad. Al decir de Emilio García Méndez, «la Convención constituye, sin lugar a dudas, un cambio fundamental, determinando una percepción radicalmente nueva de la condición de infancia. Del menor como objeto de compasión-represión, a las niñas, niños y adolescentes como sujetos plenos de derechos, es la expresión que mejor podría sintetizar esas transformaciones» (19).

El Comité de los Derechos del Niño [Niña y Adolescente], en cumplimiento de sus funciones de seguimiento al cumplimiento de las obligaciones de los

Estados partes de la CDN, monitorea los progresos, identifica las falencias y crea doctrina jurídica, convocando a la discusión de ejes temáticos. En tal sentido, sostuvo en septiembre de 2001 un debate general sobre el tema «La violencia contra los niños [niñas y adolescentes] en la familia y en las escuelas». Como resultante de las deliberaciones, formuló recomendaciones a los Estados partes, instándolos a que «con carácter de urgencia, promulguen o deroguen, según sea necesario, legislación con la intención de prohibir todas las formas de violencia, por leve que sea, en la familia y en las escuelas, incluida la violencia como forma de disciplina, conforme a lo dispuesto en la Convención [...]» (20:25). Al hacer este llamado, el Comité especifica que «no está rechazando en modo alguno el concepto positivo de disciplina», y reconoce el papel de los progenitores en el sano desarrollo de sus hijos e hijas, quienes dependen de su ayuda, entre otros adultos, para de acuerdo con el desarrollo de su capacidad, crecer y asumir una vida responsable en la sociedad (20:28).

El poder de disciplinar a los hijos e hijas se confiere de forma explícita en nuestro vigente Código de Familia, sujeto aún a modificaciones, en su artículo 86: «Los padres están facultados para reprender y corregir adecuada y moderadamente a los hijos bajo su patria potestad» (21:13). Este lenguaje, aunque atemperado a la modernidad, es «simbólico» de acciones u omisiones de violencia intrafamiliar no visibilizadas, debido al abuso de poder con que muchas veces se suele interpretar y practicar por los progenitores o padrastros/madrastras. Por su inherente violencia simbólica, estas formulaciones legales, aunque edulcoradas, son actualmente inadmisibles a la luz de la letra y el espíritu de la CDN.

De hecho, naturaliza la violencia o el maltrato infantil hacia toda criatura, pero sobre todo hacia los niños, niñas y adolescentes «diferentes». Ello acontece porque nacen y crecen dentro de la concepción tradicional heteronormativa de la familia como institución, en la que la heterosexualidad se constituye en la norma desde la cual se regulan las barreras morales y legales (1:16). La heteronormatividad del patriarcado conduce a la inferiorización tanto de toda orientación sexual considerada «anormal» como de cualquier identidad genérica

que no sea representativa y reproductora de las imágenes del sistema sexo-género, escindido culturalmente en varón-mujer; o sea, distingue negativamente y rechaza a personas transexuales, intersexuales y transgéneros (22).

El Comité de la CDN alerta sobre «la repercusión negativa de la violencia en los niños [niñas y adolescentes], y a que se contrarreste en determinados contextos culturales [su] aceptación [...] promoviendo en su lugar la "no tolerancia" de la violencia» (20:24). En tal sentido, específicamente recomendó al Gobierno de Cuba a que «se prohíban explícitamente los castigos corporales de todo tipo y que el Estado parte lleve a cabo campañas de sensibilización del público y proporcione información sobre medidas disciplinarias de carácter no violento y orientación y asesoramiento a los padres, a fin de eliminar todas las formas de castigo corporal de los niños» (23:9).

En febrero de 2011 el Comité publica la Observación General número 13 sobre el artículo 19, «El derecho del niño a la libertad de todas las formas de violencia de la Convención sobre los Derechos del Niño». Si bien la doctrina jurídica de las Observaciones Generales no es vinculante para los Estados partes, su hermenéutica implica una adhesión del orden ético-moral social y un referente a considerar en el abordaje de esta problemática.

El posicionamiento que nutre la Observación General número 13, apuesta a «poner de manera eficaz el fin a todo tipo de violencia, que pone en peligro el desarrollo del niño [niña y adolescente] y su bienestar» e «interpreta de manera amplia la expresión "todas las formas de violencia" en virtud del artículo 19, en el sentido de violencia "sin excepciones"» (24). Describe las distintas formas de violencia «en una lista no exhaustiva que incluye, entre otras: el abandono o trato negligente (negligencia psicológica, física o emocional, abandono), la violencia psicológica (insultos, humillación, aislamiento, etc.), la violencia física (los castigos corporales, golpear, quemar, etc.), abuso y explotación sexual, la tortura y los tratos inhumanos o degradantes, la violencia entre los niños, las autolesiones (pensamientos e intentos suicidas), las prácticas perjudiciales (matrimonio forzado, mutilación genital femenina, etc.), la

violencia en los medios de comunicación, la violencia a través de tecnologías de la información y la comunicación» (24).

El prejuicio heteronormativo conforma un sentido común¹⁰ malsano, evidente en disímiles expresiones de violencia (descritas en la Observación General número 13) que ocasionan daño a la persona. Es una problemática visibilizada en la agenda político-legal de muchos Estados desde hace décadas, como un tema inherente al derecho a la igualdad y a la no discriminación por motivo de orientación sexual e identidad de género, al ejercicio de derechos personalísimos como el libre desarrollo de la personalidad, al reconocimiento de niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos, sean estos realmente o no «diferentes».

Visibilizar para desnaturalizar la violencia de los progenitores en el ejercicio de la patria potestad, es un reto singular del Derecho de Familia y un mandato ético-moral de estos tiempos, orientado a cimentar una cultura de respeto a la diferencia, que tribute a la sana convivencia en dicha institución. En tal sentido, un fallo judicial que prohíbe a los padres el recurso al castigo corporal, dictado en 1996 por el tribunal más alto de Italia, el Tribunal de Casación de Roma, es emblemático e ilustrativo del espíritu que transversaliza la doctrina de protección integral a la infancia, asida en la CDN. En el fallo se declara:

...el uso de la violencia para fines educativos no puede seguir considerándose legal. Hay dos razones para ello. La primera es la importancia primordial que el sistema jurídico [italiano] atribuye a la protección de la dignidad de la persona. Ésta comprende a los «menores» que ahora ostentan derechos y ya no son simplemente objetos que deben ser protegidos por sus padres o, peor aún, objetos

¹⁰ «El sentido común no es una concepción única y singular, idéntica en el tiempo y el espacio. Constituye el "folclor" de la filosofía, y como folclor, asume incontables formas diferentes. Su característica fundamental es que es [...] fragmentario, incoherente e inconsecuente.» (Gramsci, citado en 25:93).

a disposición de sus padres. La segunda razón es que, como objetivo educativo, el desarrollo armonioso de la personalidad del niño, que garantiza su aceptación de los valores de la paz, la tolerancia y la coexistencia, no puede lograrse mediante el uso de medios violentos que contradicen esos objetivos (Cambria, Cass, sez. VI, 18 de marzo de 1996, Foro It II 1996, 407) [20:31].

El creciente interés por focalizar la atención a la victimización de niños, niñas y adolescentes, se expresa en disímiles expresiones proactivas a instancias de redes o asociaciones profesionales de apoyo, organizaciones no gubernamentales y centros o mecanismos institucionales que indistintamente desarrollan estudios y diseñan protocolos de actuación, políticas y programas de atención intersectorial e interdisciplinario, orientados a la educación socioeducativa para la prevención victimal.

La progresiva evolución de los estudios identifican las distintas tipologías de violencia de las que son objeto los menores y su impacto desde su estadio prenatal hasta una tardía adolescencia. Katelyn N. Guastaferrero y sus colegas exponen resultados de estudios de la medicina basados en la evidencia:

Las secuelas del maltrato durante la infancia son duraderas y costosas. Aquellos que han experimentado el maltrato infantil a una temprana edad tienden a presentar: deterioro de la salud física, mental y emocional; dificultades en el manejo de situaciones sociales; disfunción cognitiva; conductas de alto riesgo y otros problemas conductuales (Anda, 2009; Chapman, Dube y Anda, 2007).^[11] Considerado como una «traumática extrema» en la trayectoria evolutiva del niño (Hagele, 2005),^[12] el maltrato produce un impacto adverso directo en el funcionamiento neurológico y estructural del cerebro (Cicchetti y Rogosch, 2009)^[13] [26].

¹¹ Autores y autoras citados por K. M. Guastaferrero en 26.

¹² Ídem.

¹³ Ídem.

La sensibilización y la movilización de sentimientos de respeto, y la paulatina configuración de patrones de conductas afines, requieren de un proceso de aprendizaje y de la socialización de evidencias científicas actualizadas, entre las posibles intervenciones socioeducativas. De conformidad, se necesitan resultados investigativos de Criminología y Victimología que aporten a la prevención del maltrato infantil sobre la base de estereotipos heteronormativos que desbrocen falsos aprendizajes y el sentido común malsano aprehendido que prevalece como barrera cultural dañina, y tributen a la comprensión de esta compleja problemática, desde la exploración interdisciplinaria e intersectorial.

En Cuba se dedican cuantiosos recursos a la protección de la infancia y la adolescencia como prioridad política del Estado y del gobierno, tangible en estrategias, políticas sociales, programas y normativas legales desde 1959. El trabajo intersectorial desplegado en el cumplimiento del Plan Nacional de Acción de Cuba en favor de la infancia y la adolescencia para el período 2004-2010 es una expresión más de dicha voluntad política. En consonancia, todo esfuerzo de investigación que aporte al saber victimológico para desentrañar e identificar el entramado de condicionantes que inciden en esta compleja problemática, aún insuficientemente comprendida, visibilizada o estudiada, es una necesidad impostergable. Estamos conscientes que todo esfuerzo posible es solo un primer paso de un largo camino. No por ello lo dejamos de asumir con entrega y pasión.

Referencias bibliográficas

1. Motta C, Sáez M, compiladoras. Miradas de los jueces. Sexualidades diversas en la jurisprudencia latinoamericana. T. 2. Bogotá: Siglo del Hombre Editores,

American University, Washington College of Law, Center for Reproductive Rights; 2008.

2. Borja Gómez JH. Tendencias y herencias de la sexualidad: de la cristiandad medieval a la colonial. Disponible en: www.formacion-integral.com.ar/index.php.

3. Zapatel J. Constructos, diagnósticos y diversidad cultural. El caso de las sexopatías. Trabajo presentado en el Congreso organizado por APSA y APAL de Neurociencias; agosto 2004. Disponible en: www.enigmapsi.com.ar/constructos.html.

4. González Rodríguez M. Análisis del control social desde una perspectiva histórica. Disponible en: www.monografias.com/trabajos15/control-social/control-social.shtml.

5. Bernal Acevedo GL. Relaciones del Derecho Penal con otros saberes penales. Bogotá: Universidad Santo Tomás. Disponible en: http://www.usta.edu.co/programas/derecho/revista_inveniendi/

6. Castro M. Proyecto sobre diversidad sexual. El sexo como juez universal del ser humano. Disponible en: <http://www.cenesex.sld.cu/webs/diversidad>.

7. Herek GM. The context of anti-gay violence: Notes on cultural and psychological heterosexism. *Journal of Interpersonal Violence* 1990; 5:316-333. Disponible en: amath.colorado.edu/carnegie/lit/lynch/gay.htm.

8. Facio A, Frías L. Género y Derecho. Feminismo, género y patriarcado. Col. Contraseña. Estudios de Género. Serie Casandra. Santiago de Chile: LOM Ediciones/La Morada; 1999.

9. Pereira Ramírez RM. El derecho a la libre orientación sexual: un derecho sexual sin protección legal en Cuba. *Sexología y Sociedad* 2008; 36:11-17.

10. Chambers SA. Revisiting the Closet: Reading Sexuality in *Six Feet Under*. Ed. por McCabe y Akass. IB Taurus; 2005.

11. Fernández Poncela AM. Prejuicios y estereotipos. Refranes, chistes y acertijos, reproductores y transgresores. *Revista de Antropología Experimental* 2011; 11:317-328. Disponible en: <http://revista.ujaen.es/rae>.

12. Finkelhor D. Childhood Victimization. Violence, Crime and Abuse in the Lives of Young People. Oxford: Oxford University Press; 2008. pp. 34-36.

13. Alfonso A, Rodríguez RM. Personas transexuales y familia. En el límite de la invisibilidad. En Castro Espín M, compiladora. La transexualidad en Cuba. La Habana: Editorial CENESEX; 2008. pp. 113-114.

14. Murillo R. II Estudio Regional Comparativo y Explicativo (SERCE) de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), periodo 2005-2009. América Latina: violencia entre estudiantes y desempeño escolar. *Revista CEPAL* 2011 Ago; 104. Disponible en: www.eclac.org/publicaciones/xml/3/44073/RVE104.pdf.
15. Díaz Aguado MJ. Por qué se produce la violencia escolar y cómo prevenirla. *Revista Iberoamericana de Educación* 2005; 37:17-47. Disponible en: <http://www.rieoei.org/rie37a01.htm>.
16. United Nations. World Report on Violence against Children, 2006, *apud* Review of Homophobic Bullying in Educational Institutions. International Consultation on Homophobic Bullying in Educational Institutions; 2011 Dec 6-9; Rio de Janeiro, Brazil. UNESCO; 2012. p. 6. Disponible en: unesdoc.unesco.org/images/0021/002157/215708E.
17. Pinheiro PS. Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas. Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños. 2006.
18. Millán S, et al. Victimología infantil. *Cuad Med Forense* 2006 Ene-Abr; 12:43-44. Disponible en: www.cyberpediatria.com/violenciaescolar/viol19.
19. García Méndez E. Infancia. De los derechos y la justicia. Buenos Aires: Editores del Puerto; 2004.
20. Informe del Comité de los Derechos del Niño. Asamblea General. Documentos oficiales. Sexagésimo tercer período de sesiones. Suplemento no. 41 (A/63/41). Nueva York: Naciones Unidas; 2008.
21. Código de familia. La Habana: Editorial Félix Varela; 2007.
22. Guerra L. Familia y heteronormatividad. *Revista Argentina de Estudios de Juventud* 2009; 1(1). Disponible en: <http://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/revistadejuventud/article/view/1477>.
23. Comité de los Derechos del Niño. 57o. período de sesiones. 30 de mayo a 17 de junio de 2011. Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 44 de la Convención. Observaciones finales: Cuba. Parr. 37, p. 9.
24. Observaciones del Comité de los Derechos del Niño para promover el fin de toda violencia. Disponible en: <http://www.achnu.cl/2011/05/09/comite-de-los-derechos-del-nino-publica-observaciones-para-promover-el-fin-de-toda-violencia-hacia-los-ninos-y-ninas/>

25. Cole M. Transmodernism, Marxism and social change: Some implications for teacher education (Bishop Grosseteste College, Lincoln, United Kingdom). *Policy Futures in Education* 2005; 3(1).
26. Guastaferrero KM, et al. Historical perspective and dynamic development of an evidence-based scaled-up Model for the Prevention of Child Maltreatment. *Psychosocial Intervention* 2012; 21:171-180. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5093/in2012a17>.

IDENTIDADES TRANS: ENTRE LOS MALESTARES DE LA ACADEMIA Y EL DERECHO A EXISTIR

Alberto Roque Guerra, Lázaro Hernández Coterón

La transexualidad es un término creado por las ciencias biomédicas occidentales en la primera mitad del siglo xx. Sus orígenes provienen de las prácticas y los discursos dominantes durante los siglos xviii y xix, momento en que la sexualidad dejó de considerarse un asunto religioso, para convertirse en un asunto laico regulado por el Estado.

Las mencionadas prácticas fueron descritas por Michel Foucault en su obra *Historia de la sexualidad*, en la que detalla las maneras en que toda irregularidad sexual se consideró una enfermedad mental, no solo mediante el poder del discurso taxonómico, que calificaba la mínima fantasía sexual como una abominación, sino también por medio de la aplicación de procedimientos normalizadores que intentaban corregir o curar tales desviaciones (1).

Desde la segunda mitad del siglo xix comenzaron a clasificarse a aquellas personas con sexualidades que se apartaban del estrecho marco binario de género y del deseo erótico. Con este carácter normativo y normalizador de la biomedicina sobre la sexualidad, se introdujeron los conceptos de género, rol e identidad de género, de acuerdo con preceptos esencialistas y positivistas que toman las diferencias biológicas de los sexos como presupuestos dicotómicos y binarios.

Así, se incluyó en la nomenclatura de los trastornos mentales a la transexualidad en 1980 y se implementaron protocolos de atención médica, consistentes en la aplicación de psicoterapia y de transformaciones del cuerpo mediante hormonas y cirugías (2). Las cirugías de reasignación sexual se comenzaron a practicar de acuerdo con las evidencias empíricas

de los modelos de atención de las personas intersex¹ y en la adopción de enfoques constructivistas sobre la identidad y los roles de género por parte de los profesionales de la medicina (3-4).

Ulteriormente, los movimientos feministas, trans-feministas y postidentitarios, las ciencias sociales y los movimientos por los derechos de las personas transgénero han interpelado el discurso biomédico al aportar nuevas propuestas sobre la interpretación de las identidades de género, además de abogar por la despatologización y desmedicalización de las identidades trans y su reconocimiento e inclusión en las biopolíticas de los Estados.

El presente trabajo realiza una sistematización histórica sobre el abordaje de las expresiones de género desde las prácticas y discursos biomédicos, sus aportes a la teoría de género y los contradiscursos antinormalizadores, y antipatologizantes, que proponen una reinterpretación fluida y binaria del género.

Se utilizarán indistintamente los términos *identidades trans* y *personas trans* para referirnos a toda persona cuya identidad/rol o expresiones de género transgredan las normas de género culturalmente aceptadas.² Transexualidad y transexualismo se utilizarán como sinónimos y se definirán en el desarrollo del artículo.

Antecedentes históricos

Una de las primeras alusiones en el discurso biomédico a lo que hoy conocemos como identidades trans se remonta a 1886, cuando el médico

¹ La intersexualidad es definida en la actualidad por la biomedicina como Trastornos del Desarrollo Sexual.

² Identidades trans y personas trans incluyen diferentes identidades y roles de género, dentro de las que se incluyen las personas travesti, transgénero, *genderqueer* y transsexuales, entre otras.

alemán Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) estudió la prevalencia de la divergencia de las expresiones de género en personas homosexuales, la cual acuñó con el término *ginandria*. En 1902 la denominó *metamorphosis sexualis paranoia* (5).

Karl Hein Richs Ulrich (1825-1895) acuñó la célebre frase «*anima muliebris virili corpore inclusa*», que se traduce al español como «alma de mujer encerrada en cuerpo de hombre», la cual sigue siendo en la actualidad una de las maneras simplistas en que se define la transexualidad por el lenguaje no científico.

El británico Henry Havelock Ellis (1859-1939) lo nombró como «inversión sexo estética-eonismo» (6), y en términos semejantes Max Marcuse calificó a las personas trans como «invertidos psicosexuales».

Otro médico alemán, Magnus Hirschfeld, publicó en 1910 la monografía en dos volúmenes *Los travestis: la tendencia erótica a usar ropas del otro sexo*,³ obra en la que realiza una descripción detallada de las biografías de numerosas personas con variantes de género, que serían clasificadas como transexuales en la actualidad. También popularizó el término *tercer sexo*, pero no hacía uso frecuente de este en la literatura científica, más bien usaba los términos *intermediarios sexuales* y *transiciones sexuales*. Desde su amplio acercamiento al estudio del hermafroditismo (hoy personas intersex) mantenía su tesis de que «todos los seres humanos son variantes intersexuales» (7-8).

Nótese que, aunque no podría distanciarse de las nomenclaturas biomédicas de su época, consideraba lo que denominó un «tercer sexo» como un continuum, lo cual pudiera interpretarse como un adelantado

³ El título original en alemán es *Die Transvestiten: Eine Untersuchung ueber den erotischen Verkleidungstrieb mit umfangreichem casuistischem und historischem*.

en el tiempo a la interpretación flexible y dúctil de las expresiones de género.

Hirschfeld también introdujo el término *transexualidad psíquica* (9) y dictó en 1930 la primera conferencia sobre transexualismo en la Asociación para el Avance de la Psicoterapia (5). Sin dudas, uno de los aportes más significativos del científico —quien fue perseguido por el nazismo por ser homosexual y activista que luchaba por sus derechos— fue la diferenciación entre la homosexualidad y la transexualidad al definir la primera como el deseo de tener parejas del mismo sexo, y la segunda como el deseo de vivir como miembro del otro sexo (9). Este pudiera considerarse el primer intento de delimitar los campos de lo que posteriormente se definió como la orientación erótica del deseo y la identidad y el rol de género.

En Norteamérica, en 1948, David Oliver Cauldwell (1859-1939) publicó en la revista *Sexology* el artículo «*Psychopathia transexualis*». Con un enfoque científico popular y moralista, mantuvo la etiqueta «desviación sexual» para referirse a los sujetos que «presentan el deseo patológico de pertenecer plenamente al otro sexo» y que tienen como meta «someterse a una cirugía que le permita convertirse en una mujer completa o, en el caso de las mujeres, en un hombre perfecto» (10-11). Anterior a esta publicación, usaba el término *transmutación sexual* para describir la transexualidad.

La relación entre la cirugía de adecuación genital —procedimientos con fines normalizadores rechazados por Cauldwell— y el modelo binario de perfección corporal masculino o femenino, introdujeron un debate sobre la utilidad, la efectividad y el impacto de estos procedimientos que perdura en la actualidad, como veremos posteriormente (12).

Caldwell afirma en «*Psychopathia transexualis*» que las causas genéticas de la transexualidad son desconocidas y esboza las influencias de los elementos ambientales (socioculturales) que, según él, pueden producirla. Aunque el autor ha sido definido como un profesional que divulgó información sobre estos temas en la población en general desde una

perspectiva liberal, consideraba que las personas que «padecen este mal pueden ser rehabilitadas» y confiaba en que la educación «podría prevenirla» (10, 13).

Hasta este momento histórico podemos concluir que el discurso biomédico de finales del siglo XIX y las primeras cuatro décadas del XX sentaron los precedentes de clasificaciones y etiquetas en términos patologizantes que se aplicaron a las sexualidades que se apartaban de las normas heterosexistas y se consideraban también como periféricas o no productivas. Lejos de aliviar los malestares que le generaba a estos sujetos la pertenencia a un grupo humano diverso y diferente, contribuyó a generar temor, estigma y discriminación.

Géneros «enfermos» y su normalización salubrista

Las identidades trans son parte de la nomenclatura psicopatológica, principalmente en el Manual Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM, por sus siglas en inglés), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés), y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las nomenclaturas evolucionaron a lo largo del tiempo desde ambas organizaciones biomédicas (14) (ver tablas).

El DSM-III incluyó el transexualismo como trastorno mental en 1980. Anteriormente se incluía como travestismo en la categoría de desviación sexual (2, 15).

Los debates que condujeron al posicionamiento de la APA de retirar la homosexualidad como enfermedad mental en 1973, llevaron a los expertos a definir el concepto de trastorno mental como «cualquier patrón de comportamiento que conlleve a desventajas adaptativas significativas a la persona y que le cause sufrimiento mental» (16). El mencionado concepto no ha quedado impreso en piedra; las críticas que ha recibido, han conducido a cambios para la quinta edición del DSM (17-22).

Tabla 1. Nomenclatura diagnóstica de las identidades trans en el DSM.

Edición	Categoría	Diagnóstico
DSM-I (1952)	N/I	N/I
DSM-II (1968)	Desviación sexual	Travestismo
DSM-III (1980)	Trastornos psicosexuales	Transexualismo
DSM-III-R (1987)	Trastornos con debut en la infancia y la adolescencia	Transexualismo Trastorno de la Identidad de Género en la infancia Trastorno de la Identidad de Género en la adolescencia y la adultez, no de tipo transexual
DSM-IV (1994)	Trastornos de la Identidad de Género y Sexual	Trastornos de la Identidad de Género en los adolescentes o adultos Trastornos de la Identidad de Género en la niñez
DSM-IV-R (2000)	Trastornos de la Identidad de Género y Sexual	Trastornos de la Identidad de Género en los adolescentes o adultos Trastornos de la Identidad de Género en la niñez
DSM-V	Disforia de Género	Disforia de Género en adolescentes y adultos Disforia de Género en niños

Fuente: Drescher J, Cohen-Kettenis P, Winter S. Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24(6):568-77.

Tabla 2. Nomenclatura diagnóstica de las identidades trans en la CIE.

Edición	Categoría	Diagnóstico
CIE-6 (1948)	N/I	N/I
CIE-7 (1955)	N/I	N/I
CIE-8 (1965)	Desviación Sexual	Travestismo
CIE-9 (1975)	Desviación Sexual	Travestismo Trans-sexualismo
CIE-10 (1990)	Trastorno de la Identidad de Género	Transexualismo Travestismo de Doble Rol Trastorno de la Identidad de Género en la infancia Otros Trastornos de la Identidad de Género Trastornos de la Identidad de Género no especificados
CIE-11 (2015)	?	Incongruencia de Género en adolescentes y adultos Incongruencia de Género en los niños (propuestos)

Fuente: Drescher J, Cohen-Kettenis P, Winter S. Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24(6):568-77.

La APA ha recibido numerosas críticas sobre las nomenclaturas incluidas en el DSM. Resulta notorio que la primera edición del manual (1952) contuviese 128 páginas y que aumentara a 943 en la cuarta versión revisada (2000) (23).

Los procesos de negociación de las nomenclaturas incluidas en el DSM conjugan intereses de los expertos, investigadores, clínicos, centros asistenciales y compañías farmacéuticas. Su contenido es politizado,

racista y se aplica de forma sesgada, de acuerdo con los valores culturales occidentales. Las minorías raciales y las mujeres reciben mayor cantidad de diagnósticos en relación con los hombres. Adicionalmente, el DSM tiene un impacto global que ha sido calificado como una especie de «imperialismo cultural» (17, 24).

La inclusión de la transexualidad como trastorno mental ha sido la justificación para garantizar la atención a las demandas de salud específicas a estas personas. Sin embargo, con esta aparente buena intención se ha logrado que el resto de las identidades trans queden excluidas de este derecho humano y ha generado la profundización del estigma y la discriminación hacia las personas trans. De hecho, el reconocimiento de los derechos de las personas trans depende de las evidencias médicas que prueben la transición hacia el otro género (25).

Tan serio puede llegar a ser este asunto que muchas personas trans en ocasiones se sienten obligadas a reconocerse como transexuales para así lograr los cambios que desean en sus cuerpos en función de semejantes biopolíticas basadas en un modelo binario de género (26). En Irán, por ejemplo, se penaliza la homosexualidad con pena de muerte, pero no están prohibidas las cirugías de reasignación sexual. La aplicación de estos procedimientos es coercitiva, puesto que tiene como objetivo impedir la expresión de la homosexualidad; es decir, desde la perspectiva religiosa y cultural iraní, la transformación quirúrgica de los genitales supuestamente convierte a las personas homosexuales en personas del otro sexo; el procedimiento quirúrgico cambia su estatus jurídico, por lo que no se expresan como personas homosexuales al ubicarlas en algunas de las casillas binarias del género (27).

Numerosos académicos, activistas por los derechos de las personas trans y algunas sociedades científicas han demandado la retirada de la transexualidad del DSM y de la CIE (28-32). En este sentido, la Red Internacional de Despatologización de las Identidades Trans posiciona el tema de la siguiente manera:

- retirada de la transexualidad de los manuales de enfermedades mentales (DSM-TR-IV y CIE-10);
- derecho al cambio de nombre y sexo en los documentos oficiales sin evaluación médica ni psicológica;
- derecho a decidir libremente sobre la modificación de sus cuerpos sin impedimentos burocráticos, políticos ni económicos, así como fuera de cualquier tipo de coerción médica (33).

Las mencionadas demandas legitiman la libre expresión de todas las identidades trans, sin coerción ni intervenciones médicas sobre sus cuerpos; sin embargo, crean una disyuntiva determinada por la posible retirada de las coberturas de salud por las aseguradoras. Al parecer, la tendencia en los próximos años será una despsicopatologización de la transexualidad, pero será necesaria su medicalización para poder garantizar la atención a las demandas específicas de salud a este grupo humano.

Las propuestas diagnósticas para el DSM-V fueron la disforia de género, nomenclatura aceptada a comienzos de 2014 (22). Para el CIE-11 se ha creado un Grupo de Trabajo para la Clasificación de los Trastornos Sexuales y la Salud Sexual (WGDSH, por sus siglas en inglés) de la OMS.

El WGDSH propone el uso del término *incongruencia de género* por transexualismo:

- incongruencia de género en adolescentes y adultos
- incongruencia de género en niños (14).

Las propuestas del WGDSH se basan en abandonar el modelo psicopatológico que en 1940 clasificaba a las personas transgénero como desviados mentales y en su lugar aplicar un modelo más reflexivo sobre la evidencia científica y las buenas prácticas actuales, congruente con las necesidades, experiencias y los derechos humanos de esta población y que persigue proveer servicios de salud accesibles y de alta calidad.

Propuesta para ubicar en el CIE-11 en orden decreciente:

1. Incluir la incongruencia de género en un capítulo aparte sin otras entidades.
2. Modificar el capítulo sobre salud sexual y trastornos sexuales en el que la incongruencia de género se ubica en una subsección específica.
3. Diagnóstico médico y ubicarlo como trastorno endocrinológico o urológico.
4. Código Z: se refiere al apartado en que ubican los factores que influyen el estado de salud y el contacto con los servicios de salud.
5. Retirada: no recomendado, pues limitaría el acceso a la salud (14).

Atención de salud a las personas transexuales: ¿han cambiado los paradigmas?

A nivel internacional se han dictado pautas en relación con la atención de salud a las personas trans. En 1979 se fundó la Asociación Internacional de Disforia de Género Harry Benjamin (HBIAGDA, por sus siglas en inglés). La conforman académicos y expertos profesionales en múltiples disciplinas, de Norteamérica y Europa principalmente. En la década de los noventa comenzó a tomarse en cuenta las experiencias y aportes de las personas trans. Desde 2006, a tono con los cambios de paradigmas en relación con la atención de salud de las personas trans, adoptó el nombre de Asociación Profesional Mundial de Salud Transgénero (WPATH, por sus siglas en inglés). Su misión comprende la promoción de evidencias basadas en la atención, la educación, la investigación, la abogacía y de políticas públicas en el respeto a la salud transgénero.

Desde febrero de 1979 la HBIAGDA comenzó a publicar los Estándares de Cuidado (EC). Se constituyeron como guías prácticas, basadas en criterios

mínimos en la atención de salud a las personas transexuales (31). En Cuba también se aplican EC adaptados de la versión 6 de 2001 (34).

Cabe destacar los cambios dinámicos que han mostrado, gracias a la conjunción de las nuevas evidencias científicas con las narrativas de las personas trans. Nótese que, sin distanciarse de su función prescriptiva y normalizadora, con el paso del tiempo los EC se van impregnado de aspectos sociales, culturales y de derechos humanos que transversalizan la atención de salud a las personas trans. A continuación se enumerarán los aspectos fundamentales que evolutivamente han incluido los EC (31).

Versión 1 (1979)

- Se consideró una declaración oficial de la HBIGDA referente al tratamiento hormonal y quirúrgico.
- Se incluye el concepto de disforia de género como el diagnóstico necesario para acceder al tratamiento con hormonas sexuales y las cirugías de reasignación sexual (CRS).
- Se toma como principio de los estándares que la realización de las CRS a demanda del paciente está contraindicada.
- Se toma en cuenta la propuesta de incluir la transexualidad como enfermedad mental en el Manual de Clasificación Estadística de la APA (DSM III). De ello se deriva la necesidad de tratamiento hormonal y quirúrgico.
- Se requiere de dos años con disforia de género para tratamiento hormonal.
- Se requiere de un año como mínimo con tratamiento hormonal para la CRS.
- Se requiere del diagnóstico obligatorio de un psiquiatra para la CRS.
- Se requiere de seis meses como mínimo viviendo con el género deseado para las CRS no genitales o de reconstrucción de mamas.
- Se requiere de la evaluación de un urólogo antes de la CRS para determinar la presencia de anomalías urológicas.

- Se reconocen las dificultades económicas potenciales que enfrentan las personas que solicitan las CRS y el carácter antiético de cobrar por servicios adicionales a las CRS.
- Se indica el uso del consentimiento informado para el tratamiento hormonal y las CRS; se especifica la necesidad de explicar indicaciones y complicaciones de los mencionados tratamientos, preferiblemente por escrito.
- Se enfatiza la necesidad de respetar la privacidad del paciente.
- Se enumeran algunos problemas que potencialmente enfrentan los profesionales a cargo de la atención de salud de las personas transexuales:
 - necesidad de cooperar con la educación de las personas para justificar su trabajo;
 - necesidad de documentar la historia de la enfermedad del paciente con muchos más detalles que lo que habitualmente se realiza con el cuidado general de otros pacientes.

Versión 2 (1980)

- El tratamiento hormonal y/o quirúrgico está indicado con el propósito de mejorar la calidad de vida, de acuerdo con lo experimentado por estas personas con posterioridad. Tales experiencias han sido estudiadas y evaluadas adecuadamente por los especialistas en salud mental.
- La reasignación sexual hormonal y quirúrgica se les ofrece a estas personas en parte por la existencia del diagnóstico psicológico o psiquiátrico de transexualismo o de algún otro diagnóstico relacionado.
- La indicación de la reasignación sexual hormonal y quirúrgica, debe basarse, en parte, en cuán bien el paciente cumple con los criterios diagnósticos de transexualismo, de acuerdo con lo contemplado en la categoría 302.5X del DSM:
 - A. Sensación de malestar o incompatibilidad con el sexo anatómico.

- B. Deseo de deshacerse de los propios genitales y de vivir como miembro del sexo opuesto.
 - C. El trastorno se ha mantenido por dos años como mínimo (no limitado a periodos de estrés).
 - D. Ausencia de anomalías genéticas o intersex.
 - E. El trastorno no es consecuencia de otro trastorno mental, como la esquizofrenia (2).
- Si se trata de una persona intersex, debe recibir tratamiento relativo a disturbio hormonal o genético.
 - Padecer de una esquizofrenia no excluye automáticamente que un paciente pueda acceder a la CRS. Debe estar controlada la enfermedad mental.
 - Se sugiere la adición de los requerimientos académicos para las/los profesionales que indican terapia hormonal o CRS. Se establece que deben tener experiencia demostrada en consejería de género y terapia sexual. Deben ser máster en salud mental, y el profesional que indique la CRS debe ser al menos doctor en ciencias o graduado en medicina. También deben estar entrenados en el manejo de los trastornos de la identidad de género.

Versión 3 (1981)

- Se incluyen las modificaciones propuestas en los estándares anteriores.
- Se retira la recomendación concerniente a la práctica de las cirugías no genitales y de reconstrucción/exéresis de las mamas. La decisión sobre este procedimiento depende del paciente y el cirujano.
- Se elimina el requerimiento de que para que la persona transexual pueda recibir tratamiento hormonal debía vivir tres meses con el género deseado. Solamente se requiere de la remisión del especialista en salud mental.

Versión 4 (1990)

- Se incluyen los criterios diagnósticos para el transexualismo, según el DSM-III-R, en la categoría 302.50:

- A. Malestar persistente y sensación de incompatibilidad con el sexo asignado.
- B. Preocupación persistente, por dos años como mínimo, de deshacerse de las características sexuales primarias y secundarias y de adquirir las características del otro sexo.
- C. La persona ha alcanzado la pubertad (35).
- Se elimina el requerimiento de la evaluación por urología antes de la CRS.

Versión 5 (1998)

- Se redefinen los estándares y participan expertos europeos (Alemania, Holanda) junto a los norteamericanos (Estados Unidos y Canadá).
- En la introducción se refieren al uso de los EC como medio para comprender el posicionamiento actual de los profesionales. Se reconocen además «las limitaciones de conocimiento en este campo», así como la esperanza de que algunas de las incertidumbres clínicas se resuelvan en el futuro mediante la investigación científica.
- Se incluyen aspectos epidemiológicos.
- Se adiciona la atención a niños y adolescentes.
- Se incluye el concepto *experiencia de vida real*.
- Se introduce el concepto *umbral clínico*: «Se sobrepasa el umbral clínico cuando las preocupaciones, inseguridades e interrogantes sobre la identidad de género se mantienen en desarrollo, se tornan tan intensas que parecen ser el aspecto más importante de la vida de la persona, o impiden el establecimiento de una identidad de género relativamente poco conflictiva».⁴

⁴ *Clinical threshold: A clinical threshold is passed when concerns, uncertainties, and questions about gender identity persist in development, become so intense as to seem to be the most important aspect of a person's life, or prevent the establishment of a relatively unconflicted gender identity.*

- Se definen los Trastornos de Identidad de Género (TIG) de acuerdo con los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades – versión 10 (CIE-10) y del DSM-IV (36-37).
- Se conceptualiza la percepción informal de las personas con TIG como: problema de identidad de género, disforia de género, problema de género, preocupación con el género, angustia de género o transexualismo.
- Se reconocen las diferencias sexuales biológicas en la celeridad y facilidad para realizar la transición: mucho más rápida en el caso de la transexualidad de hombre a mujer. Aunque se reconoce la mencionada individualidad, plantea que todos los pacientes deben seguir los EC.
- Se definen las funciones del profesional en salud mental.
- Diferencias entre criterios de elegibilidad y aptitud:
 - elegibilidad: criterios específicos que deben cumplirse antes de avanzar hacia la etapa subsiguiente de la terapia triádica: experiencia de vida real-hormonas-cirugía;
 - aptitud: consolidación ulterior de la identidad de género deseada o mejoría de la salud mental en el nuevo (o confirmado) rol de género.

Son criterios específicos basados en el juicio clínico antes de avanzar hacia el siguiente paso de la terapia triádica secuencial.

- Tratamiento de los TIG en la infancia por especialista en salud mental:
 - evaluar identidad de género en la infancia y los roles de género, dinámicas familiares, experiencias traumáticas;
 - no se aplicarán tratamientos hormonales ni quirúrgicos;
 - tratamiento de la familia, terapia de pareja y consejería a los padres.
- Tratamiento a los adolescentes con TIG:
 - tratamiento conservador por los inesperados cambios de la identidad de género en la adolescencia;
 - se les debe brindar apoyo psicoterapéutico, educación en opciones de género y en la atención a los aspectos sociales, intelectuales, vocacionales y de las relaciones interpersonales;

- elegibles para la terapia triádica a la edad de 18 años, con consentimiento de los padres (según legislación de cada país);
- tratamiento hormonal después de la pubertad en dos fases: agonistas de la LHRH/antiandrógenos/progestágenos y hormonas sexuales si el adolescente se mantiene estable psicológicamente;
- experiencia de vida real entre 16 y 18 años en casos seleccionados;
- se insiste en el trabajo con la familia y la escuela.
- Psicoterapia a adultos con TIG:
 - muchos adultos se identifican satisfactoriamente con el género deseado, sin necesidad de pasar a terapia triádica;
 - no es imprescindible la psicoterapia para la terapia triádica.
- Experiencia de vida real:
 - el cambio de género tiene profunda implicaciones en la vida de la persona;
 - el profesional de la salud mental debe explorar:
 - mantener el empleo;
 - funcionar como estudiante;
 - funcionar como activista en la comunidad;
 - desarrollar algunas de las actividades anteriores;
 - cambio de nombre legal;
 - proveer documentos de otras personas, independientes al terapeuta, que avalen el funcionamiento de la persona en el nuevo rol de género.
- Los TIG son enfermedades mentales:
 - Con el fin de clasificarse como un trastorno mental, cualquier patrón de comportamiento debe resultar en desventajas adaptativas significativas a la persona y causarle sufrimiento mental.
 - La designación de los TIG como enfermedad mental no es una licencia para el estigma y la negación de los derechos civiles de los pacientes.
 - El uso de un diagnóstico formal es un paso importante para ofrecer alivio, proveer la cobertura del seguro de salud

y generar investigaciones que garanticen un tratamiento efectivo en el futuro.

- Se reconocen los peligros de la automedicación con hormonas y el uso de sustancias ilícitas para lograr la transformación del cuerpo.
- Se delimitan los aspectos que deben cumplir los consentimientos informados válidos.
- Se perfilan los criterios para el tratamiento hormonal de las personas que se encuentran en privación de libertad.
- Se definen los criterios para el seguimiento postquirúrgico.
- Aspectos éticos de las CRS:
 - Algunos especialistas cuestionan éticamente las CRS sobre la base de que se eliminan tejidos sanos. No toman en cuenta el intenso sufrimiento que les genera a las personas transexuales la presencia de sus órganos sexuales.
 - La resistencia contra la realización de las CRS sobre el principio ético de «primero no hacer daño» debe respetarse, discutirse y hacerse corresponder con la oportunidad de aprender del propio paciente sobre la angustia psicopatológica de padecer un TIG.

Versión 6 (2001)

- Se diferencian la experiencia de vida real y el test de vida real. Los profesionales con frecuencia consideran que si el paciente no pasaba el test de vida real, no se trataba de una persona transexual. Esta confusión no ayuda en el apoyo a la persona con TIG.
- Tratamiento de depilación mediante electrolisis y uso limitado de la depilación láser.
- «La CRS no es un procedimiento "experimental", con fines "investigativos", "electivo", "cosmético" u opcional en el sentido estricto. Constituye un tratamiento efectivo y apropiado para el transexualismo o TIG severo». Las palabras entrecomilladas son del texto original.

- Es antiético denegar el acceso o la elegibilidad para la CRS o el tratamiento hormonal por seropositividad al VIH y a las hepatitis B o C.

Versión 7 (2011)

- Constituyen una guía clínica flexible.
- Las versiones anteriores siempre fueron vistas como una lista de requisitos que la persona trans debía cumplir para satisfacer a los médicos.
- La inconformidad con el género no es una enfermedad.
- Las terapias reparativas para «curar la transexualidad» no son éticas.
- Alcance más allá de las hormonas y la cirugía.
- Nuevas secciones: terapia de voz y comunicación.
- Aborda los Trastornos del Desarrollo Sexual (personas intersex).
- Mucho más clara y consistente en los aspectos que las/los profesionales deben hacer para servir a sus usuarios.
- El acompañamiento médico se realiza durante un año.
- No se requiere de criterios de elegibilidad y aptitud para el tratamiento hormonal y quirúrgico.
- Se reconoce la fluidez del género (inconformidad con el género) y ofrece servicios de salud a otras identidades trans: *genderqueer*, travestis, transgéneros.
- «La WPATH reconoce a la salud dependiente no solamente de una buena atención médica, sino de un clima social y político que provea y asegure la tolerancia social, la igualdad y los derechos plenos de la ciudadanía. La salud se promueve desde las políticas públicas y las reformas legales que promueven la tolerancia y la equidad».
- Se redefine la disforia de género: malestar o angustia causados por la discrepancia entre la identidad de género de la persona y el sexo asignado al nacer (y el rol de género y/o los caracteres sexuales primarios y secundarios asociados) (38).

- Se introduce el concepto *inconformidad con el género* como el grado en que la identidad, rol o expresión de género de una persona difieren de las normas culturales asignadas a las personas de acuerdo con el sexo (39).
- Más interesante y radical es el reconocimiento de la singularidad de la construcción del género. La diversidad de expresiones e identidades trans comprenden, entre muchas, a personas que se identifican como del «otro sexo»; otros consideran tener una «identidad de género única» y no se consideran ni masculinos ni femeninos; de hecho, se autodefinen como transgénero, bigénero o *genderqueer* (40-45).
- Se toman en cuenta las diferencias culturales en la interpretación del género y de las identidades trans que deben hacer adaptables la aplicación de los EC según cada nación o cultura. Esto también tiene significados en el idioma, puesto que se recomienda respetar la manera en que se nombran a las personas no conformes con el género de acuerdo con los términos usados en cada idioma. En numerosas culturas, las personas no conformes con el género son tan numerosas y viven de tal manera que les permite ser visibles socialmente (46).
- Se toma una postura a favor de la despsicopatologización de las identidades trans: «...las expresiones de las características del género, incluyendo las identidades, que no se asocian estereotípicamente con el sexo asignado al nacer, es un fenómeno humano cultural y diverso que no debe juzgarse como inherentemente patológico o negativo» (32).
- Se define el estrés de las minorías: «El estrés de las minorías es distintivo (se adiciona a los estresores generales experimentados por todas las personas), tiene bases sociales, es crónico y puede hacer a las personas transexuales, transgéneros y con inconformidad con el género más vulnerables a desarrollar malestares de salud, como son la ansiedad y la depresión» (39).

Epistemología biomédica en relación con el género y los contradiscursos no binarios

Uno de los referentes más citados sobre los orígenes del género como constructo se le atribuye a Simone de Beauvoir (1908-1986), cuando expresó en su célebre obra *El segundo sexo*: «...no se nace mujer: llega una a serlo» (47-48).

Sin embargo, el concepto de género se introdujo desde la biomedicina y se convirtió en el punto de partida para mantener la misma tendencia clasificatoria y normativa de la sexualidad humana que se aplica en la actualidad.

En 1957 John Money (1921-2006) introdujo el concepto *rol de género*. Consideraba que «la identidad/rol de género tiene un desarrollo multi-variado, dismórfico y secuencial. Sus causas no son exclusivamente biológicas o sociales, ni prenatales o postnatales, sino la combinación de ellas» (4, 49).

Para Money los seres humanos somos sexualmente neutros en los primeros dieciocho meses de vida, y la identidad/rol de género se asigna y se construye por medio de la educación y la influencia de la cultura.⁵ Su concepción teórica, insertada en una praxis clínica paternalista, se basaba en una construcción estrictamente binaria del género, centrada en la genitalidad normal y diferenciada. Su modelo —concebido por algunos autores como arrogante— pervive en el presente de la práctica

⁵ Money daba un papel dominante a los factores sociales en la construcción de la identidad de género: «Como la identidad genérica se diferencia antes de que el niño pueda hablar de ella, se suponía que era innata. Pero no es así. Usted nació con algo que ya estaba preparado para ser más tarde su identidad de género. El circuito impreso ya estaba, pero la programación no estaba establecida, como en el caso del lenguaje. Su identidad de género no podía diferenciarse, no llega a ser masculina o femenina sin estímulo social» (4).

biomédica sexológica, a pesar de las críticas e interpelaciones que ha recibido en los contextos teóricos, prácticos y bioéticos (50-51).

Desde su extensa experiencia en el manejo de la intersexualidad en la infancia, Money fue un promotor de las cirugías de reasignación sexual (CRS) en el Hospital Johns Hopkins en Baltimore. También acuñó el término *Test de Vida Real*, que consiste en que la persona transexual debía vivir de forma exitosa y permanente en el rol de género deseado, por lo menos un año. Este fue un criterio imprescindible hasta hace cuatro años para acceder a la CRS (52).

Poco tiempo después, en 1966, Harry Benjamin (1885-1986) publicó *The Transsexual Phenomenon*, obra que sistematizó la atención médica y quirúrgica a las personas transexuales y delimitó las diferencias entre transexualismo, travestismo, homosexualidad e intersexualidad. Aquí Benjamin introduce por primera vez el término *transexual verdadero* (53):

El hombre o la mujer transexual (TS) se siente profundamente infeliz como miembro del sexo (o género) que le fue asignado de acuerdo con las estructuras anatómicas del cuerpo, particularmente los genitales. Para evitar malentendidos: esto no tiene que ver con el hermafroditismo. El transexual es físicamente normal (aunque ocasionalmente con pobre desarrollo. [...] Los transexuales verdaderos sienten pertenecer al otro sexo, quieren ser y funcionar como miembros del sexo opuesto, no solo parecerlo. Para ellos, los órganos sexuales, tanto los primarios (testículos) como los secundarios (pene y otros), son deformidades repulsivas que tienen que ser modificadas por el bisturí del cirujano.⁶

⁶ La cita original en inglés: «*The transsexual (TS) male or female is deeply unhappy as a member of the sex (or gender) to which he or she was assigned by the anatomical structure of the body, particularly the genitals. To avoid misunderstanding: this has nothing to do with hermaphroditism. The transsexual is physically normal (although occasionally underdeveloped). [...] True transsexuals feel that they belong to the other sex, they want to be and function as members of the opposite sex, not*

Benjamin fue uno de los primeros especialistas en prescribir hormonas sexuales en los Estados Unidos. Se plantea que ocurrió por primera vez en 1930 (53-54).

Un aporte significativo a las teorías de género desde la biomedicina lo realizó el psicoanalista estadounidense Robert Stoller (1925-1991). Stoller estudió los aspectos de la identidad de género de las personas intersex y, con vasta experiencia clínica en la atención a personas transexuales, definió por separado el sexo y el género; es decir, confirió al género los aspectos psicosociales; y al sexo, los eminentemente biológicos. Específicamente enunció la identidad de género como «el conocimiento o conciencia de pertenecer, de forma consciente o inconsciente, a un sexo o a otro»⁷ (55). Su posición teórica difería de los enfoques del grupo del Johns Hopkins (coordinado por John Money), al considerar la presencia de «fuerzas biológicas» detrás de la identidad de género (56).

Stoller definió la presencia de una identidad de género nuclear, dependiente de la anatomía y la fisiología de los genitales, las actitudes de los padres y los hermanos hacia el rol de género del niño y las fuerzas biológicas que pueden modificar las fuerzas ambientales (55, 57).

Contrario al criterio de muchos psiquiatras en la década de los sesenta, Stoller apoyó la realización de las CRS a las personas transexuales. Junto a Garfinkel, acuñó el término *passing*, es decir, el proceso mediante el cual la persona transexual logra hacerse pasar —y ser aceptada con el mayor éxito posible— como miembro del otro sexo ante el resto de la sociedad (58).

only to appear as such. For them, their sex organs, the primary (testes) as well as the secondary (penis and others), are disgusting deformities that must be changed by the surgeon's knife».

⁷ En el texto original Stoller plantea: «*Gender identity starts with the knowledge and awareness, whether conscious or unconscious, that one belongs to one sex and not the other (...)*» (55:10).

En la década de los setenta Norman Fisk introduce el concepto *disforia de género*, definido como «el estado psicológico en el que la persona muestra insatisfacción con el sexo asignado al nacer y el rol sexual, definido socialmente y esperado para el sexo. Ello motiva a solicitar la reasignación sexual hormonal y quirúrgica» (59). Esta nueva nomenclatura surgió de la necesidad de diagnosticar a las personas transexuales correctamente y con el objetivo de garantizar el acceso a los tratamientos de reasignación sexual basados en el principio de bioética de no maleficencia.

En su comentario editorial, Fisk reconoce que la disforia de género se presenta de ligera a intensa en las personas transexuales y que es el denominador común en la transexualidad. Además, plantea que «las psico-biografías de las personas transexuales son diversas y no siempre se ajustan a los criterios del transexualismo clásico» (59). Aquí comienza a evidenciarse un punto de inflexión en el discurso que, sin apartarse de un enfoque patologizante y normativo, reconoce una amplia diversidad en las narrativas trans, que sugería un ensanchamiento del espectro «diagnóstico y terapéutico» respecto a la transexualidad.

Otros elementos importantes en el editorial de Fisk, que se consideran revolucionarios para el momento en que fueron publicados, son la existencia de las identidades trans en todas las culturas de la existencia humana y la necesidad de aplicar un enfoque integral a la atención a transexuales, con la inclusión de la familia (59).

Los aportes trascendentales de Milton Diamond (1934) en relación con el género consistieron en una refutación del paradigma teórico de Money sobre la neutralidad sexual y en una definición de la identidad de género como la manera en que una persona se percibe a sí misma respecto al sexo y al género, pero sin que necesariamente exista una relación lineal con esas categorías. Es decir, se incluyen la diversidad de identidades y roles de género que pueden expresarse independientemente al sexo que se aprecia en la transexualidad, otras identidades trans y la intersexualidad. También delimitó el concepto de identidad sexual como el modo en que

la persona se ve a sí misma en relación con la biología (varón o hembra) (60-61).

Al mismo tiempo, el reconocido científico también defiende la teoría determinista biológica sobre la identidad de género y rechaza de plano los paradigmas constructivistas y postestructuralistas sobre el género (62).

Concomitantemente, los conceptos sobre sexo, género e identidad/rol de género, aportados por la biomedicina desde enfoques esencialistas, biológicos, positivistas y constructivistas, fueron incorporados críticamente por las ciencias sociales y el movimiento feminista en la segunda mitad del siglo xx. En este contexto se enunció el sistema sexo-género por Gayle Rubin, quien aún siendo una estudiante escribiera un brillante ensayo sobre el tráfico de las mujeres en las relaciones de producción.

En su artículo, Rubin consideraba este sistema como «un conjunto de acuerdos por el cual la sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y en las cuales estas necesidades sexuales transformadas son satisfechas» (63). Posteriormente, desde la epistemología de segundo orden, enmarcado en las teorías feministas y queer, Judith Butler redefinió este sistema como el «mecanismo cultural regulado para convertir a hombres y mujeres biológicos en géneros diferenciados y jerarquizados» (64).

También en la década de los setenta comenzó a escucharse la voz de las personas trans desde el movimiento lésbico-gay en los Estados Unidos. En ese escenario se introdujo el término *transgenerista* (*transgenderist* en inglés) por Virginia Price (1913-2009). En lo adelante pasó a ser el modo en que se autorreconocían y legitimaban las múltiples identidades que transgreden las normas de género, que en su mayoría no se adscribían a los criterios biomédicos que patologizan las identidades trans. Ser transgénero no es solamente un término sombrilla integrador de varias identidades trans; es también una categoría política. La comunidad

biomédica incorporó el término como «trans-género o transgénero», sobre todo a partir de la década de los ochenta (45, 65, 66).

A finales de la década de los ochenta y comienzos de la de los noventa surge el Movimiento Queer, definido como una alternativa postidentitaria tras la pérdida del rumbo político y el fraccionamiento del movimiento por los derechos de lesbianas, gays, bisexuales y trans en los Estados Unidos. De forma paralela se originó un movimiento académico desde el ciberfeminismo de Eve Kosofsky y el feminismo queer de Judith Butler, con un nuevo enfoque epistemológico, que toma referencias fundamentalmente del psicoanálisis post-laciano, el postestructuralismo y los aportes teóricos de Michel Foucault.

Para Butler, el discurso de la identidad de género es «una ficción reguladora sin bases biológicas, que le es útil al mecanismo masculino de dominación». Adicionalmente, considera el género como una construcción social y, por tanto, es irrelevante la diferencia sexual como generador de una política subversiva (64, 67). También considera el sexo como un constructo cultural y que la identidad de género es absolutamente construida desde la *performance* o repetición ritualizada de los mandatos y patrones que impone la cultura. Esta propuesta subversiva interpela las asimetrías históricas de poder que ha impuesto el género desde determinismos biológicos binarios. Igualmente, invierte la jerarquía subordinada del género en relación con el sexo, lo desnaturaliza y des-esencializa y lo reinterpreta sin significados clínicos heteronormativos (51, 68).

Las identidades trans, y específicamente la transexualidad, se han situado en el centro del debate sobre la teoría queer durante el último decenio en Norteamérica. Butler y Harlberstam han sido fuertemente cuestionados por las teóricas y activistas transexuales (69).

En *El género en disputa* Butler explica la performatividad desde el análisis del travestismo y no lo considera una imitación de un género auténtico, sino una parodia, una estructura imitativa que asume cualquier género. También considera que el travestismo no siempre significa

transgresión (68). La autora vas más lejos en su texto *Deshaciendo el género* (2004), en el que se extiende en una crítica a la transexualidad al considerar que las transformaciones corporales durante la transición de género comulgan con las normas opresivas, esencialistas y binarias de género. Es decir, son cuerpos que buscan hacerse inteligibles y dóciles a los rígidos dictados de una cultura excluyente y discriminatoria. Una de las reacciones críticas respecto a este posicionamiento es que la teórica estadounidense no toma en cuenta las narrativas y luchas históricas de las personas transexuales por su bienestar y el reconocimiento de sus derechos humanos; o sea, se les pretende borrar del escenario teórico y político al no reconocerse el derecho a identificarse y expresarse como transexuales (70). Tampoco reconoce la amplia diversidad y complejidad de las personas transexuales, de manera que hoy puede afirmarse que existen transexualidades y, dentro de estas, muchas personas no centran su transición en las cirugías de afirmación de género.

Sin embargo, debe destacarse positivamente que, en el capítulo «Un-diagnosing gender»,⁸ Butler demanda la retirada de la transexualidad de la lista de enfermedades mentales, haciendo clara alusión a las prácticas institucionales opresivas que regulan el género y los cuerpos. En su análisis considera que la etiqueta diagnóstica de disforia de género, que permite identificar la transexualidad como un trastorno mental, empeora el estigma y la discriminación hacia estas personas. Butler destaca la paradoja existente entre el acceso a las cirugías de reasignación sexual como un acto de autonomía y libertad personal, y la sujeción de las personas transexuales que realizan tal transición a las normas impuestas por el Estado sobre el cuerpo. Adicionalmente señala que la estrategia política debe encaminarse a desmontar el sistema legal y biomédico imperante y a abogar por las transformaciones necesarias con el fin de impedir la imposición de un diagnóstico, requisito imprescindible para vivir con la identidad de género deseada (71). A pesar de su posición radical, ella analiza superficialmente la negociación al derecho universal

⁸ En español podría traducirse como «Des-diagnosticando el género».

y gratuito a la salud en su país, cuestión que abre el debate sobre quién y de qué manera se asumen los costos de las cirugías de transición.

En consonancia con el respeto a los derechos humanos de las personas trans, la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES) reconoce el respeto al derecho a la atención universal y gratuita de salud de las personas trans, más allá de los tratamientos de transición, además de implementar políticas que garanticen el derecho al disfrute de la ciudadanía de las personas trans sin normativas opresivas sobre sus cuerpos (72). Sin embargo, a cuatro años de este posicionamiento, aún no se han implementado los protocolos de atención de salud incluyentes para todas las personas trans, con enfoque no patologizante, y persisten las resistencias a modificar los enfoques esencialistas en la asignación de la identidad legal.

Otro aspecto no menos importante son los paradigmas teóricos sobre las identidades trans, que en la actualidad muestran enfoques y estrategias políticas fragmentadas desde los estudios de género. Patricia Elliot abre el debate con las siguientes interrogantes: «¿deben clarificarse las identidades trans o deben mantenerse ininteligibles como forma de resistencia a su incorporación al orden de género hegemónico?». Sin ofrecer una respuesta única a estas interrogantes, Elliot considera que existen diferentes maneras de vivir sus identidades de género, lo que ha conducido a una considerable división en el interior del movimiento político trans (69).

En este sentido, las personas transexuales han sido acusadas por las feministas queer y radicales como «cómplices del sistema opresor del género y su división binaria», puesto que desean realizar una transición completa hacia el otro género bajo normativas binarias esencialistas. Sobre este particular la bióloga y activista transexual estadounidense Julia Serano considera que el debate académico sobre los posicionamientos radicales o conservadores de las personas transexuales sobre el género se basa en privilegios cissexuales (categoría utilizada por la autora para nombrar a las personas no trans). Para Serano, la transición hacia el

otro género implica una usurpación de esos privilegios: «...derecho al acceso al empleo, a una vivienda digna y a ser tomada en serio en su vida personal, social y política, así como a poder exponerse en público sin ser acosada o asaltada» (73).

Las personas *genderqueer*/transgénero, desde la academia y el activismo político estadounidense, consideran que las personas transexuales son incapaces de generar un cambio político y social a favor de una emancipación verdadera, puesto que sus demandas se circunscriben a los restringidos cambios institucionales que garanticen su inclusión en una sociedad heteronormativa. Tal planteamiento, además de mostrar una posición de jerarquía, ignora que la mayor parte del mundo heterosexual no realiza una lectura diferenciadora entre las categorías que definen las identidades trans, pues las consideran por igual como cuerpos abyectos, enfermos, viciosos y perversos.

Como puede apreciarse, la evolución de las teorías de género en relación con la transexualidad y el resto de las identidades trans es variopinta desde los ámbitos biomédicos, de las ciencias sociales y de las humanidades. A pesar de los discretos avances en las últimas décadas, las verdades científicas sobre el género siguen secuestradas en casilleros estancos, impregnados del racionalismo clásico dominante en la cultura occidental. Por todas estas razones, se hace difícil adoptar una única posición referente al marco de género más apropiado.

Nótese que la necesidad de ampliar los marcos conceptuales sobre el género y las categorías relacionadas, surge en la biomedicina para clasificar y etiquetar cuerpos, narrativas y sexualidades como objetos de estudio que conforman la otredad anormal, patológica, ubicada en los márgenes. Las humanidades, sin embargo, nos convocan a legitimar al sujeto en su complejidad y diversidad biológica, social y cultural.

Los teóricos biomédicos acusan a los teóricos sociales de asumir una posición política en la defensa de sus paradigmas, limitada por la imposibilidad

de demostrarlas «objetivamente». Pecan los primeros de ingenuidad y autoritarismo al considerar que ellos defienden una verdad científica carente de significados políticos; y los segundos, por desestimar rotundamente el papel de la biología. Por tales razones, es necesaria una relación dialógica e interdisciplinaria en el reconocimiento de múltiples verdades científicas sobre el género y sus expresiones.

A modo de conclusión

Las identidades trans surgen como un constructo biomédico basado en un enfoque esencialista de género (rígido y binario). Para su abordaje se requiere de una relación dialógica entre las ciencias biomédicas, las sociales y las humanísticas en relación con los enfoques teóricos sobre el género, que permita desarticular progresivamente su carácter binario y asimétrico.

La psiquiatrización de las identidades de género refuerza el estigma y la discriminación hacia las personas trans, por lo que el género debe entenderse con un enfoque flexible y fluido.

La atención de salud a las personas trans se basa en una relación asimétrica médico-paciente, en un modelo hegemónico, biologicista, binario y heteronormativo, y aplica una concepción metodológica positivista. Se necesita de un cambio de paradigmas en este aspecto, con enfoque interdisciplinario, con la incorporación de cambios dinámicos en la atención de salud, dirigidos al respeto de la dignidad humana de las personas trans.

Referencias bibliográficas

1. Foucault M. Historia de la sexualidad. 1: La voluntad de saber. Buenos Aires: Siglo XXI; 2008.

2. APA. DSM III Diagnostic and Statistical Manual (3rd edition). Washington, D.C.: The American Psychiatric Association; 1980.
3. Gijs L, Brewaeys A. Surgical treatment of gender dysphoria in adults and adolescents: Recent developments, effectiveness, and challenges. *Annual Review of Sex Research* 2007; 18(1):178-224.
4. Money J, Hampson J, Hampson J. Imprinting and Stablishing of Gender Role. *Archives of Neurology and Psychiatry* 1957; 77:333-336.
5. Goiar C, Sannier V, Toulet M. La historia del transexualismo. SHB España; 2008 [citado 26 Dic 2012]. Disponible en: <http://SHB-INFO.ORG>.
6. Ellis H. Studies in the Psychology of Sex. Sexual Inversion. Philadelphia: F. A. Davis; 1901.
7. Hirschfeld M. The Transvestites: The Erotic Drive to Cross-dress. Buffalo, NY: Prometheus Books; 1991.
8. Bauer JE. Magnus Hirschfeld doctrine of sexual intermediaries and the transgender politics of no-identity. En Hekma G, editor. Past and Present of Radical Sexual Politics. Amsterdam: Mosse Foundation for the Promotion of Gay and Lesbian Studies at The University of Amsterdam; 2004. p. 41-55.
9. Hirschfeld M. Die intersexuelle Konstitution. *Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen* 1923; 23:3-27.
10. Cauldwell D. Psychopathia Transexualis. *Sexology* 1949; 16:274-280.
11. Cauldwell D. Desire for surgical sex transmutation: An insane fancy of near males. *IJT* [serie de Internet] 2001; 5(2). Disponible en: http://www.symposium.com/ijt/cauldwell/cauldwell_03.htm
12. Cauldwell D. Sex Transmutation-Can One's Sex Be Changed? Girrad, Kansas: Haldeman-Julius Publications; 1951.
13. Ekins R, King D. Pioneers of transgenering: The popular sexology of David O. Cauldwell. *IJT* 2001 Apr; 5(2).
14. Drescher J, Cohen-Kettenis P, Winter S. Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *Int Rev Psychiatry* 2012 Dec; 24(6):568-577.
15. APA. DSM III (proposed) Diagnostic and Statistical Manual (3rd edition, proposed). 2nd printing ed. Washington, D.C.: The American Psychiatric Association; 1978.
16. APA. Homosexuality and Sexual Orientation Disturbance: Proposed Change in DSM-II, 6th Printing. Document Reference No. 730008. Washington, DC.: American Psychiatric Association; 1973. p. 44.

17. Kirk S, Kutchins H. Making us crazy: DSM, the psychiatric bible and the creation of mental disorders. New York: Free Press; 1996.
18. Meyer-Bahlburg HFL. From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Sexual Behavior* 2010 Apr; 39(2):461-476.
19. Pedersen D. Estigma y discriminación social en la enfermedad mental. Apuntes para el análisis y la investigación. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Herminio Valdizán* 2005 Ene-Jun; VI(1):3-14.
20. Wakefield J. The concept of mental disorder: Diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry* 2007; (6):149-156.
21. Wakefield J. The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist* 1992: 373-388.
22. Asociación Americana de Psiquiatría. Actualización de la codificación del DSM-5. Suplemento del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 2014; ed. V (marzo 2014). Disponible en: <http://dsm.psychiatryonline.org/DSM5CodingSupplement>.
23. Lev A. Disorder of gender identity: Gender identity disorder in the DSM-IV-TR. Sexual and Gender Diagnosis of the Diagnostic and Statistical Manual (DSM): A reevaluation. New York: Haworth Press; 2005. pp. 35-69.
24. Zur O, Nordmarken N. DSM: Diagnosing for money and power. Summary of the critique of the DSM. 2010. Disponible en: <http://www.zurinstitute.com/dsmcritique.html>.
25. Winter S, Chalungsooth P, Teh YK, Rojanalert N, Maneerat K, Wong YW, et al. Transpeople, transprejudice and pathologisation: A seven-country factor analytic study. *International Journal of Sexual Health* 2009; 21:96-118.
26. Álvarez Guillén E. Transexualidad: de cómo la cirugía de reasignación sexual pasa de ser una necesidad a convertirse en una imposición social. Tesis para Magister en Género]. Universidad Internacional de Andalucía; 2012.
27. Drescher J. Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the diagnostic and statistical manual. *Archives of Sexual Behavior* 2010; 39(2):427-460.
28. Bergero T, Asiain S, Cano-Caballero MD. ¿Hacia la despatologización de la transexualidad? Apuntes desde una lógica difusa. *Norte de Salud Mental* 2010; III(38):56-64.
29. Cabral M. Autoderminación y libertad. *Suplemento SOY* 2010 Oct 22: 12.

30. Polo C, Olivares D. Consideraciones en torno a la propuesta de despatologización de la transexualidad. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2011; 285-302.
31. WPATH. Historical Compilation of the Standards of Care Version 1 through 6. World Professional Association for Transgender Health; 2011. Disponible en: <http://www.wpath.org/documents/SOC%20Compilation%20of%201%20through%206.pdf>.
32. WPATH Board of Directors. Depsychopathologisation statement released May 26, 2010. Minnesota 2010 [citado 1 Ene 2013]. Disponible en: http://wpath.org/announcements_detail.cfm?pk_announcement=17
33. Red Internacional por la Despatologización de las Identidades Trans. Manifiesto sobre la Despatologización de las Identidades Trans. 2007 [citado 3 Ene 2013]. Disponible en: <http://stp2012.wordpress.com>.
34. Roque Guerra A, Rodríguez Lauzurique RM. The right to health care for transsexual people in Cuba. *MEDICC Review* 2012 Apr; 14(2).
35. APA. DSM-III-R Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition-Revised). Washington, D.C.: The American Psychiatric Association; 1987.
36. World Health Organization (WHO). The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: WHO; 1992 [citado 6 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
37. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2000.
38. Knudson G, De Cuyper G, Bockting W. Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism* 2010; 12(2):115-118.
39. Institute of Medicine. The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2011.
40. Nestle J, Wilchins R, Howell C. Genderqueer: Voices from Beyond the Sexual Binary. Los Angeles: Alison Publications; 2002.
41. Bockting WO. Psychotherapy and the real-life experience: From gender dichotomy to gender diversity. *Sexologies* 2008; 14(4):211-224.
42. Kimberly S. I am transsexual-Hear me roar. *Minnesota Law & Politics* 1997 Jun; 21-49.

43. Stone S. The empire strikes back: A posttranssexual manifesto. En J. Epstein KS, editor. *Body Guards: The Cultural Politics of Gender Ambiguity*. London: Routledge; 1991. pp. 280-304.
44. Warren BE. Transsexuality, identity and empowerment. A view from the frontlines. *SIECUS Report* 1993 Feb-Mar.
45. Ekins R, King D. *The transgender phenomenon*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2006.
46. Peletz Michael G. Transgenderism and gender pluralism in Southeast Asia since early modern times. *Current Anthropology* 2006; 47(2):309-340.
47. Ortega Raya J. Simone de Beauvoir. Su aportación a la discusión sobre el género. Barcelona: Publicaciones Ateneo Teológico-Lupa Protestante; 2005.
48. Beauvoir S. *El segundo sexo*. Buenos Aires: Siglo Veinte; 1981.
49. Money J, Ehrhardt A. *Man and Woman, Boy and Girl*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1972.
50. Meyerowitz J. *How Sex Changed: A History of Transsexuality in the United States*. Cambridge: Harvard University Press; 2002.
51. Nieto JA. Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2008.
52. Green R. Transsexual legal rights in the United States and United Kingdom: Employment, medical treatment, and civil status. *Archives of Sexual Behavior* 2010; 39(1):153-160.
53. Benjamin H. *The transsexual phenomenon*. New York: The Julian Press; 1966.
54. Green R. The three kings: Harry Benjamin, John Money, Robert Stoller. *Archives of Sexual Behavior* 2009 Ago; 38(4):610-613.
55. Stoller R. *Sex and Gender. The Development of Masculinity and Femininity*. Los Angeles: Maresfield Library; 1968.
56. Green R. Robert Jesse Stoller: 1924-1991. *Archives of Sexual Behavior* 1991; 21(4):337-345.
57. Green R. Robert Stoller's *Sex and Gender*: 40 years on. *Archives of Sexual Behavior* 2010; 39(6):1457-1465.
58. Connel R. Retrospect accountable conduct: «Doing gender» in transsexual and political. *Gender & Society* 2009 Feb; 23(1):104-111.
59. Fisk N. Editorial: Gender dysphoria syndrome-The conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly

based multi-dimensional rehabilitative regimen. *Western Journal of Medicine* 1974; 5(125):386-389.

60. Diamond M. Sex and gender are different: Sexual identity and gender identity are different. *Clinical Child Psychology & Psychiatry* 2002 Jul Special Issue.

61. Diamond M. Sex, gender, and identity over the years: A changing perspective. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2004; 13:591-607.

62. Diamond M. Intersex and transsex-A typical gender development and social construction. *Women's Studies Review* 2012; 19:76-91.

63. Rubin G. *The Traffic in Women: Notes on the Political Economy of Sex. Toward an Anthropology of Women.* New York: Monthly Review Press; 1975.

64. Butler J. *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad.* Barcelona: Paidós; 2007.

65. King D, Ekins R. Pioneers of Transgendering: The Life and Work of Virginia Prince. En *The Sixth International Gender Dysphoria Conference*; 2000; Manchester, England.

66. Pfäfflin FP. Remarks on the history of the terms *identity* and *gender identity*. *International Journal of Transgenderism* 2011: 13-25.

67. Aguilar García T. El sistema sexo-género en los movimientos feministas. *Amnis* [serie de Internet]. 2008 [citado 27 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.univ-brest.fr/amnis>.

68. Butler J. *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity.* New York: Routledge; 1990.

69. Elliot P. Engaging trans debates on gender variance: A feminist analysis. *Sexualities* 2009; 12(5):5-32.

70. Namaste V. *Sex Change, Social Change: Reflexions on Identity, Institutions and Imperialism.* Toronto: Women's Press; 2005.

71. Butler J. *Undoing Gender.* New York: Routledge; 2004.

72. Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad. *Declaración sobre Despatologización de la Transexualidad.* Asamblea General de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad; 2010; La Habana, Cuba.

73. Serano J. *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity* [Kindle]. Emeryville, CA: Seal Press; 2007.

