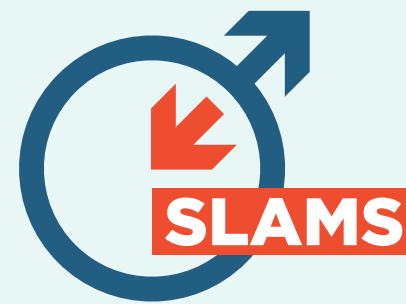


VOL. 01 | SEP-DIC
Nº 03 | 2012

ReLAMs

REVISTA LATINOAMERICANA DE MEDICINA SEXUAL



LA EDUCACIÓN SEXUAL
COMO POLÍTICA DE ESTADO
EN CUBA DESDE 1959

REIMPLANTE PENIANO
TRAS AMPUTACIÓN-
REPORTE DE UN CASO

¿TODO ES ORGÁNICO,
TODO ES PSICOLÓGICO O
TODO AL CONTRARIO?

¿ESCRIBIR ES UN ARTE
INNATO O APRENDIDO? (I)

DISFUNCIÓN SEXUAL Y
SEXO SOCIAL

CONGRESO SLAMS - 2013

SLAMS2013

MENSAJE DE LOS EDITORES

CILA ANKIER
FERNANDO FACIO
LUCIA PESCA

Estimados lectores

A pasos largos ReLAMS está siendo conocida y reconocida tanto por parte de los profesionales del área de Sexualidad como por expertos de otras especialidades.

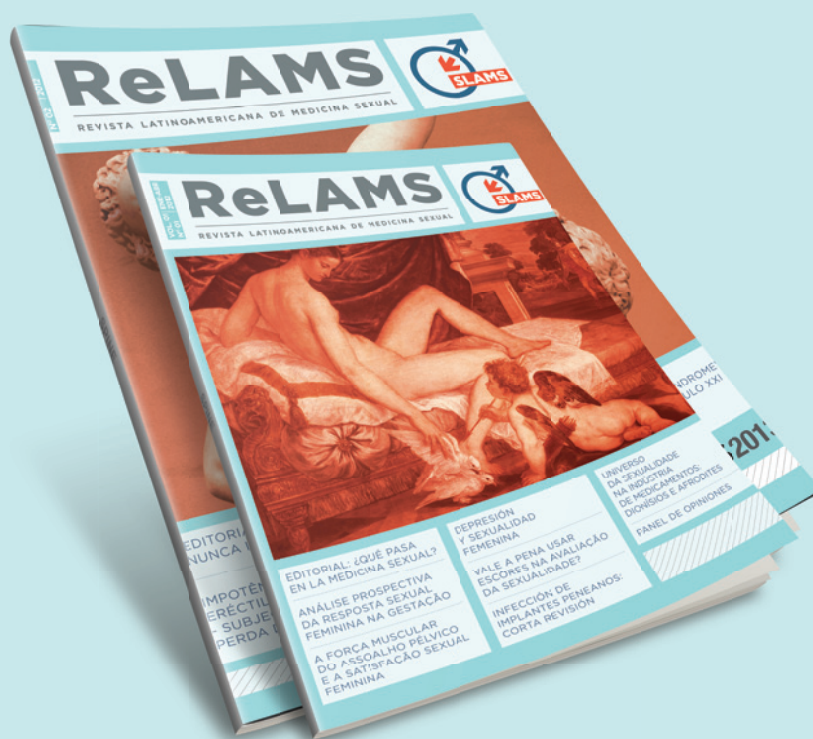
Un gran número de profesionales de distintas áreas nos ha buscado para agradecer la iniciativa de la revista que está contribuyendo a aumentar el conocimiento, resolver algunas dudas y, principalmente, a derrumbar varios mitos.

Estamos editando el número 3 de nuestra revista y les presentamos algunas novedades: una de ellas es que, a partir de ahora, ReLAMS será publicada en los idiomas español y portugués.

Además, para ayudarnos en esta tarea, estamos recibiendo la colaboración de los doctores Claudia Viviana De Andrea, de Argentina, y Alejandro Carvajal Obando, de Colombia, los nuevos miembros de nuestro equipo editorial.

Con estos apoyos, esperamos que ReLAMS amplíe aún más su alcance.

Cila Ankie
Fernando Facio
Lucia Pesca
Editores



LINKS DIRECTOS

HACER CLIC EN LA MATÉRIA Y VAYA A LA PÁGINA

MENSAJE DE LOS EDITORES

¿Escribir es un Arte Innato o Aprendido? (I)
Fernando Facio

EDITORIAL

Luiz Otávio Torres

Disfunción Sexual y Sexo Social
Sergio Almeida

CARTAS A LOS EDITORES

CONGRESO SLAMS 2013

ARTÍCULOS

La Educación Sexual como Política de Estado en Cuba Desde 1959
Mariela Castro Espín

Reimplante Peniano Tras Amputación - Reporte de un Caso
Silvia Acosta Flores

¿Todo es Orgánico, Todo es Psicológico o Todo al Contrario?
Sidney Glina

EQUIPO EDITORIAL EXPEDIENTE

Editores responsables

Alejandro Carvajal O.,
Cila Ankier,
Claudia V. De Andrea,
Fernando Nestor Facio,
Lúcia Pesca

Instrucciones a los autores

www.slamsnet.org/relams

Junta Directiva SLAMS

Presidente

Sidney Glina

Vice-Presidente

Isbelia Segnini

Tesorero

Afif Abdo

Secretario

Adrian Momesso

Los editores no tienen responsabilidad por las informaciones de los artículos firmados. Se permite la reproducción de parte o del contenido completo de esta publicación siempre que la fuente y el autor sean citados, sin cambiar el contenido.

Consejo Editorial

Eusebio Rubio Auriolos
Gomez Reynaldo
Guillermo Gueglio
Isbelia Segnini,
Julio Ferrer,
Silvia Acosta Flores,
Teresita Blanco

Traducción y Revisión

Cila Ankier
Esmeralda Franco Cardoso
Nuria Mauleón

Desarrollo Web

Bernardo Signori

Diagramación y Diseño Grafico

Editora Zupi



www.zupidesign.com

Contacto

Av. Santa Fe 2926 - piso 3D - 1425 - Buenos Aires, Argentina
tel. +54 11 4822.1350
fax +54 11 4826.2832
relams@slamsnet.org

WWW.SLAMSNET.ORG

EDITORIAL

LUIZ OTÁVIO TORRES

Estimados amigos

¡Es con mucho gusto y honor que escribo el Editorial de esta edición de ReLAMs!

¡Es gratificante mirar hacia atrás y ver que, en los últimos años, se están haciendo tantas cosas buenas en nuestra Sociedad! Desde SLAI, después SLAIS y, actualmente, SLAMS, comparo la evolución de nuestra Sociedad con los nombres que ya llevó y las etapas de la vida: ¡fuimos niños, adolescentes y hoy, adultos maduros! Pues, SLAMS actualmente es una Sociedad adulta y madura, estructurada, preparada con vistas a lograr su objetivo primordial: la promoción y difusión – en todos los ámbitos – de la Medicina Sexual en Latinoamérica.

Hemos contado – y contamos todavía – con personas brillantes que desempeñan las más distintas funciones en SLAMS. Estas personas, en un esfuerzo incansable, han trabajado arduamente – y aún trabajan – por horas y horas en pro del engrandecimiento de nuestra Sociedad, así como los padres que dedican a sus hijos un amor incondicional y gratuito, proporcionándoles atención y cuidado para garantizar el desarrollo sólido de esta persona querida. Sin

embargo, la influencia de los amigos también es muy importante para una estructura adecuada y SLAMS no habría llegado al lugar que ocupa actualmente si no fuera la participación activa, constructiva y generosa de todos sus miembros. ¡Sin la ayuda de Uds., SLAMS no viviría hoy en su plena madurez y productividad!

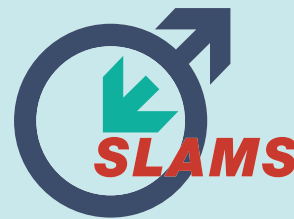
Con mucho orgullo he participado activamente en las actividades de SLAMS desde 1996.

Ahora me fue ofrecido un nuevo reto: tras ocupar la posición de Member at Large de ISSM de 2006 a 2012, en el último congreso de ISSM/SMSNA en Chicago, en agosto pasado, ¡tuve el honor de ser designado para desempeñar el cargo de Secretario General de ISSM por los próximos 4 años! Sin duda, se trata de un reconocimiento por todo el esfuerzo que SLAMS ha hecho en los últimos años en pro del desarrollo de la Medicina Sexual en Latinoamérica. ¡El trabajo será arduo y continuo, pero, seguramente, revitalizante y gratificante!

Amigos, me gustaría agradecer el apoyo que he recibido por parte de Uds., miembros de SLAMS. ¡Muchas gracias por la confianza y las palabras de incentivo y optimismo! ¡Una vez más, sin Uds. todo eso no habría sido posible!

Un gran abrazo,

Luiz Otávio Torres
*Secretário General de la
International Society of
Sexual Medicine*



CARTAS A LOS EDITORES

Estimados amigos y colaboradores

La calidad de una revista se hace por los artículos que publica, por sus organizadores y, además, por la exigencia de sus lectores.

Como editores de ReLAMS, nos satisface trabajar con la colaboración de una gama diversificada de profesionales del área de Sexualidad; recibir sus incentivos, dudas y observaciones implica un gran enriquecimiento para nuestra revista.

La sección “Cartas a los Editores” abre un canal de comunicación que permite el intercambio de dudas y aclaraciones.

Les agradecemos la participación.

Cila, Fernando y Lúcia

Editores

Algunos mensajes recibidos a lo largo de este primer año de existencia de ReLAMS.

Estimados colegas y amigos Felicitaciones por este 1º número de la Revista. Es excelente en sus contenidos, diseño y presentación, que demuestran el nivel de eficiencia del equipo, mucho esfuerzo y dedicación. Es un honor estar presente en esta importante publicación.

Cordiales saludos,

Teresita Blanco - Uruguay

Excelente inicio. Felicitaciones

Mauricio Delgado - Colombia

Amigos,

Muchas felicitaciones por la revista. Quedo muy bien y profesional!! Parabens!!

Saludos,

Edgardo Becher - Argentina

Felicitaciones!!,

Espero poder tener acceso a la misma.

Manuel Lopez Seoane

Congratulaciones por la revista y por la belleza de la tapa y contenido maravilloso, espero hacer parte de las publicaciones, de ahora adelante.

Un gran abrazo.

Valéria Dória - Brasil

Estimados Colegas

Gracias por la oportunidad. Felicito a todos por el excelente trabajo que estan haciendo.

Un abrazo,

Mário Lourenço - Portugal

Estimado Sidney

Un cordial saludo y mis felicitaciones por este importante e ilustrativo esfuerzo editorial, dirigido a los profesionales dedicados a la sexología clínica y estudiosos del tema. Cómo se obtiene la suscripción a la revista y el medio de pago del costo de la misma?

Un abrazo,

Carlos Rodolfo Rodríguez Carrión - Ecuador

Buenos dias,

Como hago para tener acceso a los textos completos desta revista?

Gracias,

Teresa Embirucu - Brasil

Quisiera saber si puedo suscribirme a la Revista Latinoamericana de Medicina sexual.

Muchas gracias,

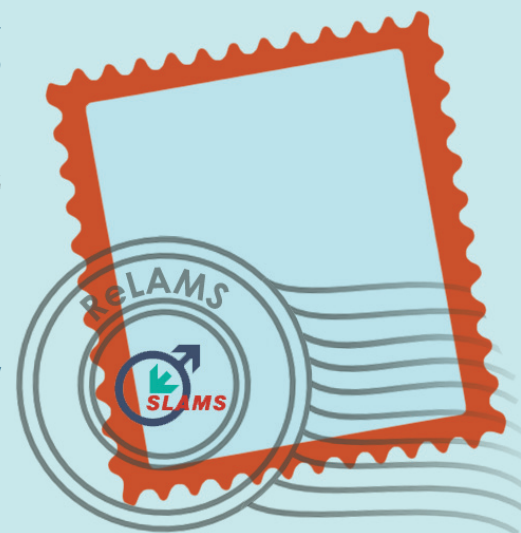
Michelle Mostowski - Argentina

Hola

Me gustaría de recibir informaciones sobre como enviar un trabajo para una posible publicación en la revista.

Gracias,

Priscilla Bianchini Salomão - Brasil



EL PROCESO DE CONFIGURACIÓN DE LA EDUCACIÓN SEXUAL COMO POLÍTICA SOCIAL EN CUBA: 1959-2003.

MARIELA CASTRO-ESPÍN

RESUMEN

Las iniciativas desarrolladas durante el proceso revolucionario cubano que proporcionaron iguales derechos a las mujeres, no solo aportaron cambios sustanciales en la condición de mujeres y hombres, sino también en el establecimiento de políticas sociales que incluían un Programa Nacional de Educación Sexual, cuyos principales beneficios se destinaban a mujeres, niñas, niños, adolescentes y jóvenes. Aquí se presenta un panorama de las principales etapas del proceso de institucionalización de la educación sexual como elemento de la política social, de 1959 a 2003, y una valoración de sus principales retos. En este análisis se considera la educación sexual como parte y expresión del objetivo de una política más general: la igualdad social y de género. No es suficiente la implementación de leyes y políticas para garantizar el respeto de los derechos sexuales, ya que éstas deben apoyarse en estrategias permanentes de educación y comunicación social sometidas a constante evaluación

Palabras claves: educación sexual, derechos sexuales, políticas sociales, orientación sexual.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es la expresión de la interrelación dialéctica permanente entre condicionantes biofisiológicos, psicosociales, ambientales, económicos, religiosos, espirituales e histórico-culturales concretos.

Las complejas contradicciones y malestares relacionados con los sexos, los géneros, las sexualidades, su educación y sus consecuentes repercusiones en la salud no pueden ser atendidos integralmente desde los esfuerzos aislados de individuos, familias, comunidades, organizaciones estatales y sociedad civil sin el respaldo del Estado.



“Los cambios que dependen de la conciencia social no se articulan automáticamente sobre las transformaciones de la estructura económica y legal, aunque éste sea un paso determinante. Los estereotipos, prejuicios, conductas y juicios de valor sexistas arraigados en las tradiciones de la cultura patriarcal se modifican en un complejo proceso de reconceptualización en el que inciden la voluntad política, la legislación, los medios de difusión, la escuela, la familia, la subjetividad de cada individuo: la sociedad en su conjunto” (Moya-Richard, 2009).

Este trabajo asume la política social:

“Como una estrategia de intervención, desde el poder político, sobre las relaciones sociales, como un proyecto y una intencionalidad (explícitos o implícitos) de configuración de la estructura social a partir de un modelo de sociedad predeterminado y en el que se priorizan los intereses de determinado agente social.” (Espina-Prieto, 2010, p.220).

La política social se concreta en programas de acción de las instituciones que, mediante el esfuerzo organizado, se dirigen a atender necesidades sociales cuya solución traspasa la iniciativa privada, individual y espontánea; requiere decisión colectiva reglamentada, amparada por leyes impersonales y objetivas, que garanticen derechos.

El proyecto social cubano que con amplio apoyo popular asumió el poder político en 1959, expresaba los viejos anhelos de independencia nacional y soberanía. El ideario revolucionario se nutrió

también de las luchas históricas de las mujeres cubanas por sus derechos y reivindicaciones. Las bases generales del proceso de configuración de la educación sexual como política social en Cuba se generaron justamente en este escenario histórico. La periodización de la educación sexual en Cuba entre los años 1959 y 2003 se realiza a partir del análisis de este proceso.

1959-1974 LA MUJER EN LA POLÍTICA SOCIAL Y LA ATENCIÓN A SU SALUD RE- PRODUCTIVA

A principios de 1959 existía una precaria situación epidemiológica en la población cubana, impactada por las condiciones de clase social, género, color de la piel, territorialidad y otros determinantes sociales. La vida y la salud de las mujeres y su descendencia estaban considerablemente afectadas por el excesivo número de embarazos y partos, así como por la práctica del aborto en condiciones de alto riesgo. “Entre 1959 y 1965 se estimaba alrededor de 120 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos” (Sosa-Marín, 2008, p.1).

Está documentado que la mortalidad infantil en el período prerrevolucionario era mayor de 60:1.000 nacidos vivos en el primer año de vida (Comité Central del Partido Comunista de Cuba, 1978, p.136); en 1958 había un mil-

lón de analfabetos absolutos, más de un millón de semianalfabetos, seiscientos mil niños sin escuelas y diez mil maestros sin trabajo (ibídem: p.116,117). Según el censo de población y vivienda de 1953, trabajan, con o sin salario, un 13,9% de las mujeres (ONE, 2010, p.24).

En 1959, las organizaciones feministas y de mujeres, que ya operaban en la Isla, con diferentes historias, puntos de vista y capacidad de acción, le expresaron a la dirección de la naciente Revolución, su voluntad de participar en las decisiones y los cambios socioeconómicos, políticos y culturales de la nación.

“Al producirse el triunfo de la Revolución existían en nuestro país algunas agrupaciones femeninas de carácter social y otras que respondían a distintos movimientos políticos. En los primeros meses de 1959 surgieron algunas más en apoyo a las leyes revolucionarias o pronunciándose por reivindicaciones femeninas” (Federación de Mujeres Cubanas, 1975, p.95).

Esta etapa se caracterizó esencialmente por la atención a la igualdad de derechos de la mujer y la promoción de su salud reproductiva estrechamente vinculada al surgimiento y desarrollo de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC).



“Mujeres de muy diversos sectores: trabajadoras, campesinas, amas de casa, mujeres combatientes en la montaña y la clandestinidad, me comunican que habían decidido crear una organización de todas las mujeres del país «para con su trabajo voluntario hacer la Revolución», dicho con sus palabras... Así se crea la Federación de Mujeres Cubanas” (Espín-Guillois, 2007, p.23,24).

Los esfuerzos por organizar un Sistema Nacional de Salud Pública, pusieron de manifiesto las pésimas circunstancias de vida de la gran mayoría de la población. Además, la escasez de personal médico y de enfermería para atender masivamente la salud de toda la población, obligaba a identificar actores sociales para esta misión en las comunidades:



“La batalla que se inició en los primeros años de Revolución para combatir las enfermedades transmisibles, las enfermedades diarreicas agudas y las muertes maternas, obligó inmediatamente a la búsqueda y apoyo de las organizaciones de masas para participar en las actividades de vacunación y audiencias sanitarias ...Aquí comenzaba la intersectorialidad a través de las organizaciones de masas.” (Terry-Molinert, 2007).

Al participar en los programas de salud y de educación, la FMC junto a otras organizaciones de masas - Comité de Defensa de la Revolución, 1961 y Asociación Nacional de Agricultores Pequeños, 1962 -, comenzó a ocuparse de los principales aspectos que afectaban la salud y la vida de las mujeres:

“... mujeres envejecidas prematuramente, sobre todo en las zonas campesinas, por el excesivo número de embarazos y partos, como consecuencia de la falta de conocimientos y medios para planificar su vida y su familia ... el alto índice de mujeres que recurría al aborto en condiciones de alto riesgo.” (Espín-Guillois, 2007, p.24).

El año 1961 constituyó un período de eventos trascendentales que determinaron el sentido de la Revolución Cubana. La FMC lo ha calificado como el año del gran reto para la historia de la organización femenina: desarrollo de la Campaña Nacional de Alfabetización y constitución de las Milicias Nacionales Revolucionarias. Se crean los primeros círculos infantiles, donde comienzan a introducirse elementos de no discriminación entre la niña y el niño de edad preescolar (de 0 a 6 años). Simultáneamente, 1.200 asistentes, 300 directoras y 300 orientadoras sanitarias son preparadas para trabajar en estas instituciones infantiles que facilitaban la incorporación de las mujeres al trabajo. Se pone en marcha la Escuela de Campesinas, que benefició a 14 mil muchachas de los lugares más recónditos de nuestra geografía; se crean las Escuelas de Superación para Trabajadoras Domésticas; comienza campaña para erradicar la prostitución; se organizan las Brigadas Sanitarias de la FMC, con cursos de primeros auxilios, programas de inmunización y se moviliza la organización de mujeres para defender la Revolución en los sucesos de Playa Girón (Espín-Guillois, 1990a).

La FMC contribuyó a reorientar la búsqueda de soluciones hacia la decisión de institucionalizar el aborto como un servicio del Sistema Nacional de Salud (SNS), con las condiciones médico sanitarias requeridas. En 1965 se estableció que este procedimiento debía ser gratuito, realizado por manos expertas, en condiciones hos-

pitalarias y bajo el consentimiento de la mujer, con el objetivo de preservar la vida de las mujeres y garantizar su derecho a decidir sobre su cuerpo. La violación de estos requisitos quedó penalizada en 1979 mediante el nuevo Código Penal que sustituyó al Código de Defensa Social de 1936 que todavía estaba vigente.

“El derecho al aborto como parte integrante de los derechos humanos reproductivos, constituye en Cuba uno de los derechos fundamentales de la mujer. La garantía y protección del ejercicio de ese derecho debe asegurar que la interrupción del embarazo se realice en las condiciones más saludables y con los menores riesgos posibles. En este sentido, la práctica del aborto debe considerarse un recurso extremo y no constituye un método ordinario anticonceptivo de regulación de la fecundidad.” (Albizu-Campos-Espiñeira et al., 1995, p.52)



Entre 1965 y 1967, la mortalidad materna se redujo a la mitad como resultado de la institucionalización hospitalaria del aborto y la creación del Programa Nacional de Planificación Familiar y el Programa Nacional de Educación Sexual.

En 1962 se realizan las primeras acciones de educación sexual con la colaboración de profesionales sanitarios. Se destaca la creación de la revista Mujeres y su sección Debates de Salud, dirigidos a la mujer y a la familia, en los que se introdujeron temas de salud reproductiva y, posteriormente, de educación sexual (Federación de Mujeres Cubanas, 1962). En 1972, la FMC creó el Grupo Nacional de Trabajo de Educación Sexual (GNTES), dirigido por el Dr. Celestino Álvarez Lajonchere, que se encargó de coordinar el diseño y la instrumentación del Programa Nacional de Educación Sexual.

La condición de doble explotación, por género y por clase social, a la que estaba sometida la mujer en la Cuba prerrevolucionaria, fue denunciada por Fidel Castro en su alegato de autodefensa ante el Tribunal de Urgencias que lo acusaba por el asalto al cuartel Moncada (julio, 1953). En la cárcel tomó forma de documento y de plataforma política *La Historia me absolverá* (Castro-Ruz, 1993).

El naciente Estado fungía como garante de derechos y proveedor social. Las medidas revolucionarias se erigieron como políticas sociales orien-

tadas al logro de la igualdad y el acceso universal a todos los servicios sociales, con énfasis en el empleo, la salud, la educación, la alimentación, la asistencia y la seguridad social.

La creciente incorporación de las mujeres a la vida económica, política, social y cultural, contribuyó al desarrollo de las campañas de alfabetización – el 55% de los alfabetizados en 1961 eran mujeres - y de vacunación; la creación de los círculos infantiles; a la eliminación de la prostitución como forma de explotación; a la defensa de la Revolución; y la promulgación de leyes y normativas que las beneficiaban.

En esta etapa se describen modificaciones significativas de la fecundidad, reconocida como la variable decisora del comportamiento demográfico en Cuba (Albizu-Campos-Espiñeira *et al.*, 1995; Alfonso-Fraga, 2006; CEDEM, 2009). Entre 1963 y 1967 se registró un elevado crecimiento natural de la población. Estos cambios se debieron a un mayor amparo económico, social y político, asociado a la accesibilidad de los servicios básicos (salud, educación, empleo, seguridad social) entre otras respuestas a las demandas populares (Alfonso-Fraga, 2006).

El Segundo Congreso Nacional de la FMC, en 1974, evidenció los logros alcanzados por la organización femenina y propició el inicio de una estrategia educativa que surge como respuesta a la demanda de las mujeres sobre la

necesidad de educación sexual para sus hijas e hijos. Para ello, en uno de sus acuerdos se recomendó elaborar, junto a los ministerios de Salud y Educación, materiales y planes que contribuyeran a satisfacer tal demanda (Federación de Mujeres Cubanas, 1975).

El significado de estas propuestas trascendió hasta su integración en las políticas aprobadas en el Primer Congreso del Partido Comunista de Cuba (Departamento de Orientación Revolucionaria, 1976). A partir de este momento quedó establecida la educación sexual como política de Estado.

Lo más significativo de esta etapa es la generación de políticas sociales orientadas a reconocer las particularidades y desventajas de la condición histórica de la mujer, y a promover su participación activa en los cambios del país. Se priorizó la atención específica a sus necesidades e intereses, principalmente en el campo de sus derechos a la instrucción, el empleo, los servicios del hogar y la salud, incluida la reproductiva. Se gestó una mirada de género que evolucionó desde el proceso de participación e inclusión social de las mujeres hasta la elaboración de medidas para el ejercicio pleno de sus derechos, con notable impacto en las políticas.

La educación sexual comenzó a configurarse como uno de los elementos de la política social de la revolución desde los programas de apoyo a las mujeres y su familia.

Mientras que las nuevas políticas respaldaban los derechos de las mujeres, las posiciones sexistas se resistían. El predominio de una cultura patriarcal y homofóbica, históricamente arraigada y avalada por la hegemonía de una producción científica estigmatizante, influyó en la no aplicación del principio de justicia social y respeto pleno a la dignidad humana para aquellas personas que transgredieran las estrictas normas de género y sexualidad.

1975-1989 INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

Este período se caracterizó por el llamado proceso de institucionalización de la sociedad y el aumento de la centralización estatal, que contribuyó a reforzar el papel del Estado a la vez que comenzaba a evidenciarse la feminización de la fuerza cualificada del país:

“Las mujeres cubanas somos hoy casi la mitad de la población, el 38,7% de la fuerza laboral, el 58,3% de los técnicos del país, apreciándose la tendencia a mantener e incrementar el nivel participativo de esta fuerza, ya que tanto en las sucesivas graduaciones como en la matrícula femenina se muestra un sostenido crecimiento en todos los cursos; el 61% de los estudiantes preuniversitarios, el 57% de los estudiantes universitarios y el 55,3% de los graduados de este nivel. Las mujeres constituyen el 48% de los médicos, el 64% de los médicos de la familia y más del 50% de los médicos en 20 especialidades diferentes. Somos el 68% de los trabajadores de la educación, el 69% de los de finanzas y seguros, el 48% de los de ciencia y técnica y constituimos el 46% de los investigadores.” (Espín-Guillois, 1990b, p.247).



La importancia de la educación sexual se incluyó en las políticas aprobadas por el I Congreso del Partido Comunista de Cuba en 1975, reunidas de manera general en dos resoluciones: “Sobre la formación de la niñez y de la juventud” y “Sobre el pleno ejercicio de la igualdad de la mujer” (Departamento de Orientación Revolucionaria, 1976). Se expresó, además, en la promulgación de leyes que promovieron el pleno ejercicio de la igualdad de derechos de la mujer, reflejadas en la nueva Constitución de la República, proclamada mediante *referéndum* el 24 de febrero de 1976, que dispone en su artículo 42 que “... la discriminación por motivo de raza, color de la piel, sexo, origen nacional, creencias religiosas y cualquier otra lesiva a la dignidad humana está proscrita y sancionada por la ley” (Asamblea Nacional del Poder Popular, 2003), y en el Código de Familia, aprobado en 1975 por el Consejo de Ministros del gobierno revolucionario (República de Cuba, 1975). Este constituyó un marco legal indispensable para instituir y promover en el contexto de la institución familiar, los valores de igualdad de derechos para el hombre y la mujer, como rectores en las relaciones de pareja y paterno-filiales, dentro y fuera del matrimonio. Sin embargo, no se elaboraron leyes de respaldo específico para la educación sexual.

Los ministerios de Educación y Salud Pública, junto a la Federación de Mujeres Cubanas y la Unión de Jóvenes

Comunistas (UJC) definieron las responsabilidades en el desarrollo del Programa de Educación Sexual. Así mismo, se organizó una red de comisiones provinciales y municipales, integrada por activistas voluntarios, para fortalecer el alcance del programa. Sin embargo, predominó un enfoque biologicista en los contenidos de escuela, que solamente instruía acerca los órganos reproductores en la asignatura de Biología en la enseñanza secundaria, y sanitarista en el sector de la salud, que centró sus mensajes en la prevención de enfermedades de transmisión sexual y el embarazo precoz.

En algunos espacios académicos comenzó el interés por los estudios de la mujer, que evolucionaron hacia los estudios de las mujeres y la introducción posterior de los estudios de género (Vasallo-Barrueta, 2001). Como resultado de un trabajo conjunto entre la FMC, el Ministerio de Educación, y el Ministerio de Educación Superior, desde 1989 se fueron creando las cátedras de la Mujer y las de Género en diferentes universidades, con el objetivo de:

“[...] consolidar la conciencia entre docentes y dirigentes de la educación superior sobre la importancia de integrar la perspectiva de género en planes y programas de estudios, así como en las actividades de investigación y extensión universitaria.” (Álvarez-Suárez, 2008, p.9).

En 1976 se constituyó la Asamblea Nacional del Poder Popular (Parlamento unicameral) y sus comisiones de trabajo permanentes. Un año después, el Grupo Nacional de Trabajo de Educación Sexual (GNTES) adquirió personalidad jurídica propia y se unió como grupo asesor de la Comisión de Atención a la Igualdad de Derechos de la Mujer, la Niñez y la Juventud.

En 1978, el nivel de fecundidad descendió por debajo del nivel de reemplazo poblacional (0,95 hijas por mujer), tendencia que se mantiene hasta la actualidad. Estos años se caracterizaron, también, por la llamada cúspide temprana, con un importante aporte de madres adolescentes y jóvenes. Entre 1975 y 1989, más de la mitad de la fecundidad total ocurrió antes de los veinticinco años y uno de cada cinco nacimientos correspondió a madres menores de veinte años (Catasús-Cervera y Rodríguez-Gómez, 2009). El impacto del embarazo temprano en la salud, los proyectos de vida y el crecimiento personal y social de las adolescentes determinó las nuevas acciones dirigidas a



“El sueño se ha realizado, y la semilla es ya árbol que se ve”. Primer Congreso del Partido Comunista de Cuba

promover la creación de un programa nacional de educación sexual en la escuela, con una visión integradora de la sexualidad.

La atención institucional a la transexualidad, como trastorno de identidad de género, comenzó en el Sistema Nacional de Salud (SNS), en 1979. Por iniciativa de la FMC y el GNTES se creó una comisión nacional multidisciplinaria para el estudio y diagnóstico de la transexualidad que atendía las demandas explícitas de cambio legal de identidad de género y de adecuaciones corporales, con enfoque biomédico (Castro-Espín, 2008).

En 1988, un equipo de médicos cubanos realizó la primera cirugía de este tipo a una transexual femenina, pero al divulgarse los resultados en la prensa cubana, el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) recibió mensajes de desaprobación por parte de la población. Ese fue el motivo por el que se interrumpió este procedimiento de salud.

Las acciones desarrolladas referentes a la educación de la sexualidad de las mujeres se reflejaron en los resultados de la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1987: el 99% de las mujeres encuestadas conocía al menos un método anticonceptivo, mientras que el 93% lo había usado (Catasús-Cervera y Rodríguez-Gómez, 2009).

La aparición del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), en 1983, con la irrupción de prejuicios, mitos y

estigmas relacionados con las sexualidades y los géneros, obligó a que se revisase las acciones del Programa Nacional de Educación Sexual en concordancia con la nueva política del país con el fin de abordar la epidemia. Su vínculo con las prácticas sexuales desveló la contradicción existente entre un modelo de promoción de salud preventivo conductista y el enfoque formativo de educación integral de la sexualidad en el que se intentaba avanzar.

A efectos de facilitar el intercambio con sociedades científicas nacionales, regionales e internacionales, en 1985 se creó la Sociedad Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES) como una organización de la sociedad civil, estrechamente vinculada a los propósitos del GNTES, que en 1989 devino Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX), institución especializada y presupuestada del Estado adscrita al Ministerio de Salud Pública (CENESEX, 1994).

Este cambio estructural permitió ampliar la capacidad de trabajo y alcance de la política de educación sexual, apoyada por un presupuesto y una voluntad estatal. Gracias al proceso de institucionalización del Programa Nacional de Educación Sexual, la sexualidad pasó a ser de interés público.

Mientras que el Grupo Nacional de Trabajo de Educación Sexual, GNTES, se

había encargado básicamente de coordinar y realizar actividades de capacitación y divulgación para sensibilizar a profesionales y a la población en general, el CENESEX asumió una función metodológica y académica más profunda.

“Entre las funciones que el CENESEX desarrolla, se amplía y profundiza su capacidad de docencia, capacitación e investigación científica, así como la divulgación y preparación de profesionales para brindar servicios de orientación y terapia sexual. Además se incluyen la orientación y asesoría en cuanto a la implementación metodológica de las propuestas de programas de educación sexual.” (Espín-Guillois, 2007, p.27).

Aunque la década de 1980 se caracterizó por el fortalecimiento de las políticas sociales, “[...] el modelo de desarrollo que produjo esa relativa bonanza comienza a dar las primeras señales de desgaste” (Proveyer-Cervantes *et al.*, 2010) debido a la contradicción entre los grandes gastos sociales y la baja productividad y la ineficiencia del sistema productivo. Aunque, se mantuvo la voluntad política de preservar la atención a las necesidades humanas con criterios de justicia y equidad, como condición para el desarrollo.



1990-2003 DESARROLLO DEL PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACIÓN SEXUAL Y TRANSVERSALIZACIÓN DE GÉNERO

La desarticulación de la experiencia socialista en los países de Europa del Este y el recrudecimiento del bloqueo económico, financiero y comercial impuesto por el gobierno de Estados Unidos contra Cuba obligaron a crear nuevas estrategias de supervivencia para enfrentar las vicisitudes de lo que se denominó *Periodo Especial en Tiempo de Paz* (Espín-Guillois, 1990a).

No obstante, se respetó el carácter público de las políticas sociales, su universalidad y gratuidad, basadas en el principio de atención a las necesidades humanas. Por eso no sorprende que, a pesar de la profunda y repentina crisis, aumentara la proporción del Producto Interno Bruto (PIB) destinado a los programas sociales.

La realidad económica puso a prueba el ingenio de las mujeres para enfrentar las dificultades, sobre todo en el ámbito doméstico por los problemas de abastecimiento y servicios que surgieron. La FMC apoyó los programas priorizados por el Estado que mantuvo

la voluntad política de proseguir la lucha por la igualdad de la mujer.

La FMC creó en 1990 la primera Casa de Orientación a la Mujer y a la Familia, extendiéndose a todos los municipios del país, para suplir las necesidades de la población en el ámbito familiar y ofrecer información y consultoría sobre salud sexual y reproductiva, convivencia y violencia intrafamiliar, prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), del VIH/SIDA (Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida) y educación sexual, entre otros temas. Actualmente funcionan 175 casas en el país.

Se fortaleció el trabajo académico intersectorial y comunitario con el uso de la metodología de los Procesos Correctores Comunitarios (ProCC), que interviene sobre los malestares de la vida cotidiana. La formación de profesionales en esta metodología y una experiencia de trabajo comunitario en Pílon (1992-1994), uno de los municipios de la oriental provincia de Granma, con un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0,261 en 1990, el más bajo del país, generaron una nueva área de desarrollo en el CENESEX: el trabajo comunitario (CIEM-PNUD, 2000).

Simultáneamente, el CENESEX organizó un sistema de formación de posgrado en el que introdujo cursos, certificaciones y maestrías avalados por el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Junto con el MINSAP,



en 1993 se crearon las cátedras de Sexología y Educación Sexual en todas las universidades médicas del país y en la Escuela Nacional de Salud Pública, con el propósito de introducir una visión más integradora del ser humano como sujeto sexuado.

Como parte del Programa Nacional de Educación Sexual en 1992 tomó organicidad el proyecto de maternidad-paternidad responsable, que tiene como propósito fundamental preparar a la madre, el padre y a otros familiares, con enfoque de género, para el proceso de gestación, parto, puerperio y atención a los primeros años de vida de sus hijos. Inmediatamente pasó a ser uno de los programas del Ministerio de Salud Pública del Programa de Atención Materno Infantil.

El área de divulgación del CENESEX se modificó y amplió con la realización de estrategias de comunicación social. Como resultado de esta nueva concepción, se fundó en 1994 la revista *Sexología y Sociedad* (2012) y la sección «Sexo Sentido» del periódico

Juventud Rebelde (1994). Las condiciones del Período Especial determinaron la discontinuidad de Sexo Sentido, hasta su reaparición en el año 2000 como sección fija de los sábados.

En 1996, por un acuerdo entre el Ministerio de Educación y el CENESEX y con apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas, se extendió la educación sexual a todos los niveles del Sistema Nacional de Educación (SNE) por medio del proyecto «Por una educación sexual responsable y feliz», con énfasis en la enseñanza secundaria y un enfoque de género como eje transversal. En 1997, la FMC fundó su Centro de Estudios para coordinar la formación y capacitación de la población femenina en temas de género, así como también creó el Grupo Nacional de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar.

El compromiso de la política gubernamental respecto al progreso de la mujer pasó del proceso de participación, ini-

ciado en la década del 1960, y la introducción del término de igualdad, en la de 1970, a la explicitación de la categoría género, contenida en el Plan de Acción Nacional de Seguimiento a la Conferencia de Beijing, aprobado el 7 de abril de 1997 como acuerdo del Consejo de Estado (Gaceta Oficial de la República de Cuba, 2002).

El impacto del VIH en la población masculina puso de manifiesto la necesidad de una estrategia dirigida a los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH) para reducir el riesgo epidemiológico de esta población. Si bien las primeras personas diagnosticadas con el VIH fueron hombres heterosexuales, en poco tiempo aumentó la incidencia entre hombres homosexuales y bisexuales que presentaban comportamientos sexuales de riesgo. El CENESEX y el Centro de Prevención de ITS-VIH/Sida, creado en 1998, comenzaron a desarrollar programas para la formación de promotores de salud sexual entre la población de orientación homo-bisexual masculina y en personas transgéneros (Rodríguez -Lauzurique, 2005; Rodríguez-Lauzurique *et al.*, 2009).



En el año 2000, de las políticas acordadas en Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha contra el SIDA (GOPELS) surgió el proyecto HSH para la prevención del VIH/Sida, una agrupación informal de la sociedad civil que dirige sus esfuerzos a la capacitación de sus integrantes como promotores y consejeros de salud y a la realización de acciones de prevención en lugares de encuentro, ya que esta población comenzaba a presentar las cifras más elevadas de la epidemia (Gorry, 2008).

Durante este periodo de tiempo se realizaron importantes congresos científicos, entre los que se destaca el XVI Congreso Mundial de Sexología en 2003. Durante su preparación se fortaleció la capacidad organizativa del CENESEX, se analizó críticamente el trabajo realizado, incluida la confrontación de sus áreas de acción con los avances de la educación sexual y la sexología a nivel nacional y mundial, y se sistematizaron las prioridades, principios y objetivos del Programa Nacional de Educación Sexual (ProNES) (Castro-Espín, 2002).

Sobre la base de esta experiencia, se definió como desafío principal contextualizar el ProNES dentro de las nuevas demandas del desarrollo científico y social. Este proceso significó un salto cualitativo, teórico, metodológico, ideológico, político y práctico.

En el contexto del mencionado congreso se presentó un



análisis del origen, desarrollo y situación actual del programa, en el que se proponen las prioridades, principios y objetivos para su continuidad:

“[...] prioridades:

- El derecho que tienen todas las personas, sin distinción de sexo, raza, edad, orientación sexual, capacidades sensoriales, intelectuales y físicas, creencias políticas y religiosas, a recibir una educación sexual como parte de su educación integral.
- El derecho que tienen todas las personas, sin excepción, de que se atienda su salud sexual dentro de una concepción integral de salud.
- El respeto a la dignidad humana, de lo cual se deriva el consiguiente respeto de los derechos sexuales de todos y de todas.
- La creación de condiciones materiales e ideológicas que favorezcan el desarrollo de una sexualidad plena, sana, responsable y feliz.
- El desarrollo de la capacidad de gestión local en las comunidades para la atención a las necesidades relacionadas con la sexualidad de diferentes grupos poblacionales vulnerables.

[...] Principios en los que se basa esta política y que por tanto median su aplicación son:

- *Carácter multidisciplinario:* la naturaleza y complejidad de la sexualidad como objeto de estudio requiere un planteamiento que cuente con la participación e interrelación de múltiples disciplinas científicas.
- *Aplicación intersectorial:* las problemáticas de la sexualidad reclaman la acción coordinada de diversas instituciones del Estado y organizaciones sociales.
- *Carácter histórico:* el Programa Cubano de Educación Sexual es dinámico, respeta la historicidad y evolución de contextos y escenarios específicos, lo cual le permite desarrollar acciones de intervención que garanticen su perfeccionamiento continuo.
- *Perspectiva de género:* la sexualidad, su educación, orientación y terapia requieren una profunda comprensión acerca de la compleja relación que existe entre diversidad, similitudes y diferencias entre hombres y mujeres, así como de firmes criterios de equidad que se dirijan a la eliminación de las asignaciones socioculturales sexistas instituidas a lo largo de la historia.
- *Referente científico:* una concepción dialéctico materialista y humanista de la sexualidad, su educación, orientación y terapia.

[...] Objetivos:

- Desarrollar la educación de la sexualidad, sin elementos

de discriminación sexista, en las diferentes etapas de la vida y como parte de la formación integral del individuo.

- Promover la salud sexual como un elemento fundamental de la calidad de vida en diferentes grupos de edad y población.
- Educar en el respeto a los derechos sexuales de todas y de todos.
- Propiciar reflexiones sistemáticas que modifiquen estereotipos y prejuicios, que promuevan actitudes y conductas favorables al desarrollo de una sexualidad sana, plena, responsable y placentera.
- Los avances en materia de educación sexual, con el respaldo político, social y económico del Estado son significativos y nos permiten tener una mayor conciencia de los problemas en los que debemos profundizar los conocimientos científicos y perfeccionar las acciones.” (Castro-Espín, 2002, p.6,7).

Entre los logros más trascendentes de esta etapa figura la creación e implementación paulatina del Programa Nacional de Educación Sexual en la escuela, para todos los niveles de enseñanza del Sistema Nacional de Educación, en 1996, como una de las principales estrategias del ProNES.

A pesar de la crisis del Periodo Especial en Tiempo de Paz, que provocó un impacto negativo sobre el desarrollo económico y social en Cuba, con

la creación del CENESEX se ampliaron y profundizaron las bases científicas de la educación sexual y se enriqueció su desarrollo metodológico, mediante la introducción del enfoque de género como eje transversal del Programa Nacional de Educación Sexual.

CONSIDERACIONES FINALES

La definición de política social, presentada en la introducción de este trabajo, permite considerar que la educación sexual, con enfoque de género y en un contexto más amplio de equidad y justicia social, se ha constituido en objeto de política desde etapas tempranas de la transición socialista en Cuba.

Esta característica de la configuración de la educación sexual como política social es un indicador de relevancia dentro de la estrategia de desarrollo que el país ha ponderado, que ha pasado y pasa por un proceso de superación en la amplitud e integralidad de los enfoques y problemáticas que plantea.

La política cubana de educación sexual ha sido resultado de un continuo histórico, de un proceso emancipador que refleja los conflictos y contradicciones de una sociedad en transformación permanente.





REFERÊNCIAS

Albizu-Campos-Espiñeira JC, Benítez-Pérez ME, Catasús-Cervera S, Farnós-Morejón A, González-Quiñones F, Alfonso-Fraga JC, Alvarez-Vázquez L, Sosa-Marín M, Valido-Salas, S, Jiménez-Araya T, MacDonald A. Cuba: transición de la fecundidad. Cambio social y conducta reproductiva. La Habana, Cuba: CEDEM – ONE-MINSAP; 1995.

Alfonso-Fraga JC. El descenso de la fecundidad en Cuba: de la primera a la segunda transición demográfica. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2006 [accedido en 2010 Nov 10]; 32(1):19p. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000100002&script=sci_arttext#asterisco#asterisco.

Álvarez-Suárez M. Prólogo. In: Centro de Estudios de la FMC. Cátedras de la Mujer en Cuba: experiencias de transversalización de género. Cambiar cambiando. La Habana, Cuba: Editorial de la Mujer; 2008.

Asamblea Nacional del Poder Popular. Constitución de la República de Cuba. La Habana, Cuba: Asamblea Nacional del Poder Popular; 2003. p.34.

Castro-Espín M. El Programa Nacional de Educación Sexual en la Estrategia Cubana de Desarrollo Humano. Rev Sexol Soc. 2002;8(20):4-9.

Castro-Espín M. La transexualidad en Cuba. La Habana, Cuba: Editorial CENESEX; 2008.

Castro-Ruz F. La historia me absolverá. La Habana, Cuba: Oficina de Publicaciones del Consejo de Estado; 1993.

Catasús-Cervera S, Rodríguez-Gómez G. Fecundidad. In: Colectivo de autores. Población y desarrollo. La Habana, Cuba: Centro de Estudios Demográficos –Universidad de La Habana; 2009. p.39.

CEDEM - Centro de Estudios Demográficos. Población y desarrollo. La Habana, Cuba: Universidad de La Habana; 2009. Colectivo de autores.

CENESEX - Centro Nacional de Educación Sexual. Rev Sexol Soc. 1994;1:1-40.

CIEM-PNUD - Centro de Investigaciones de la Economía Mundial (CIEM) y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre desarrollo humano y equidad en Cuba 1999. La Habana, Cuba: Caguayo; 2000.

Comité Central del Partido Comunista de Cuba. Informe del Comité Central del PCC al Primer Congreso, presentado por el compañero Fidel Castro Ruz, Primer Secretario del PCC. La Habana, Cuba: Editorial de Ciencias Sociales; 1978.

Departamento de Orientación Revolucionaria del Comité Central del Partido Comunista de Cuba. Tesis y Resoluciones. La Habana, Cuba: Departamento de Orientación Revolucionaria; 1976. [I Congreso del Partido Comunista de Cuba; 1975 dec 17-22; La Habana, Cuba].

Espín-Guillois V. Discurso en el acto nacional de la FMC por el XX Aniversario de la victoria de Girón 14 de abril de 1981 en la gesta revolucionaria: acciones y héroes. In: Espín-Guillois V. Discursos, entrevistas, documentos. La Habana, Cuba: Editorial de la Mujer; 1990a. p.1-7, 260.

Espín-Guillois V. Informes centrales de los Congresos de la FMC. La Habana, Cuba: Federación de Mujeres Cubanas; 1990b.

Espín-Guillois V. Conferencia Inaugural: Historia de la Educación Sexual en Cuba. Rev Sexología y Sociedad. 2007;13(34):23-4, 27. [Presentado en el XVI Congreso Mundial de Sexología; 2003 mar 10-14; La Habana, Cuba].

Espina-Prieto M. Desarrollo, desigualdad y políticas sociales. Acercamiento desde una perspectiva compleja. La Habana: Publicaciones Acuario; 2010.

Federación de Mujeres Cubanas. Memoria. La Habana, Cuba: Federación de Mujeres Cubanas; 1962. [Presentado en el 1er. Congreso Nacional de Mujeres Cubanas; 1923 abr 1-7; La Habana, Cuba].

Federación de Mujeres Cubanas. Memoria. La Habana, Cuba: Editorial Orbe; 1975. p. 211-212. [Presentado en el II Congreso Nacional de la Federación de Mujeres Cubanas; 1974 nov; La Habana, Cuba].

Gaceta Oficial de la República de Cuba. Plan de Acción Nacional de Seguimiento a la Conferencia de Beijing República de Cuba. In: Algo más que palabras... El Post-Beijing en Cuba: Acciones y Evaluación. La Habana, Cuba: Editorial de la Mujer; 2002.

Gorry C. La estrategia cubana de respuesta al VIH/Sida: un enfoque integral con base en los derechos. La Habana, Cuba: MEDICC Review -OXFAM Programa Conjunto Cuba; 2008.

Juventud Rebelde. Sexo Sentido. Edición especial. VII Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual. La Habana, Cuba; 1994.

Moya-Richard I. Alas desatadas. La Jiribilla [Internet]. 2009 [accedido en 2010 Nov 10]: [5p.] Disponible en: www.lajiribilla.cubaweb.co.cu/2009/n400_01/400_05.html.

ONE - Oficina Nacional de Estadísticas. Mujeres cubanas. Estadísticas y realidades 1958 -2008. La Habana, Cuba: ONE; 2010.

Proveyer-Cervantes C, Fleitas-Ruiz R, González-Olmedo G, Múnster-Infante B, Cesar MA. 50 años después: mujeres en Cuba y cambio social. La Habana, Cuba: OXFAM International; 2010. p.8.

República de Cuba. Código de Familia. Ley No. 1289 de febrero de 1975. Gaceta Oficial de 15 de febrero de 1975. La Habana: Editorial Orbe; 1975.

Rodríguez-Lauzurique RM. Prevenir desde la diversidad. La Habana, Cuba: Editorial CENESEX; 2005.

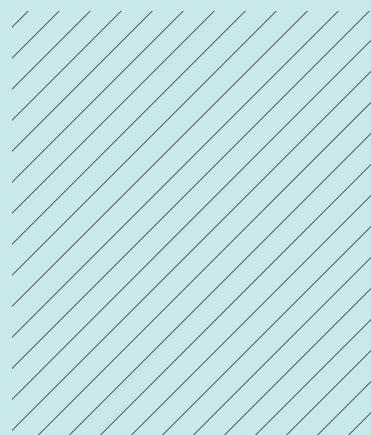
Rodríguez-Lauzurique RM, Alfonso-Rodríguez AC, González Jiménez M. Prevenir desde la diversidad sexual. Herramientas para el autocuidado y la prevención de las ITS y el VIH. La Habana, Cuba: Editorial CENESEX; 2009.

Sexología y Sociedad. [Accedido en 2012 junio]. Disponible en: <http://www.cenesex.sld.cu/webs/revista.htm>

Sosa-Marín M. Aborto en Cuba. Breves consideraciones históricas y jurídicas. situación actual. Panamá: Publicación FIGO; 2008.

Terry-Molinert H. Prólogo. In: Castell Florit P. La intersectorialidad en la práctica social. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2007.

Vasallo-Barrueta N. Los estudios de la mujer, mujeres y género en Cuba. In: Lundy C, Vasallo-Barrueta N. (eds.). Mujeres cubanas. Historia, contradicciones y cambios contemporáneos. Ottawa, Canada: Editorial Carleton University; 2001.



Mariela Castro Espín: Magíster en Ciencias. Profesora auxiliar e investigadora auxiliar de la Universidad Médica de La Habana. Presidenta de la Cátedra de Sexología y Educación de la Sexualidad de la Escuela Nacional de Salud Pública y de la Comisión Nacional de Atención Integral a Personas Transexuales. Directora del Centro Nacional de Educación Sexual. Miembro del Consejo Asesor de la Asociación Mundial de Salud Sexual.

E-mail: cenesex@infomed.sld.cu



REIMPLANTE PENIANO TRAS AMPUTACIÓN- REPORTE DE UN CASO

SILVIA ACOSTA FLORES, NÉSTOR AVILÉS MARTÍNEZ, CESAR PORRO
GUTIERREZ, GILBERTO TAM POW SANG, TELMO MANYARI TELLO

RESUMEN

Se reporta el caso clínico de un paciente varón de 24 años, que ingresa al hospital tras haber sido víctima de agresión, y que presenta múltiples heridas cortantes en cara, abdomen pierna y pene, en el cual se evidencia sección de ambos cuerpos cavernosos, y en el que se realiza un reimplante mediante anastomosis simple de cuerpos cavernosos y vena dorsal.

Palabras Claves: amputación, pene, reimplante

INTRODUCCION

La amputación de pene es una condición que se reporta con muy poca frecuencia en nuestro medio (Wessells y Long, 2006; Babaei y Safarinejad, 2007). Cerca del 87% de los pacientes reportados tenían problemas psiquiátricos y presentaron lesiones por automutilación (Schweitzer, 1990; Volker y Maier, 2002; Gyan *et al.*, 2010). Algunos casos se originaron por accidentes de trabajo (Alonso Gracia *et al.*, 2003; Phonsombat, 2008). En

1970, en Tailandia, se observó una epidemia de amputaciones de pene como castigo por la infidelidad de los varones (Bhanganada *et al.*, 1983; Ferguson y Brandes, 2008).

En estos casos se debe de intentar una completa reconstrucción lo más tempranamente posible para proveer las mejores posibilidades de rehabilitación al paciente (Jordan y Gilbert, 1989; Sherman *et al.*, 1996; Kochakarn *et al.*, 1997; Kochakarn, 2000; Park *et al.*, 2001; Alonso Gracia *et al.*, 2003; Günther-Mangelsdorff *et al.*, 2005). El reimplante microvascular brinda un mejor pronóstico en la recuperación de sensaciones y función eréctil, sin embargo, cuando no es posible realizarlo, la anastomosis simple ha mostrado buenos resultados (Cohen *et al.*, 1997; Darewicz *et al.*, 2001; Gyan *et al.*, 2010).

REPORTE DE CASO

Paciente varón de 24 años, natural de Lima, Perú, que llega a las Urgencias de nuestro hospital, procedente de un

hospital de menor complejidad, con un tiempo de enfermedad desconocido ya que el paciente fue encontrado inconsciente en un basurero y no refería datos (*Figura 1*).



Al ingresar presentaba PA 100/80, FC: 80, FR: 20, Hto 30. En el examen físico se percibieron múltiples lesiones contuso cortantes en cara, tórax, abdomen y genitales. Además de presentar trastorno sensorial, la piel del pene tenía múltiples lesiones cortantes profundas y avulsivas, de bordes irregulares, con zonas necrosadas. Se encontraron múltiples cortes en tunicas albugíneas, uno de los cuales llegaba hasta el cuerpo esponjoso (*Figura 2*).



Figura 1. Paciente ingresó con múltiples lesiones contuso cortantes en cara, tórax, abdomen y pene.



Figura 2. Múltiples cortes en tunicas albugíneas, uno de los cuales llegaba hasta el cuerpo esponjoso.

Se inició la preparación del paciente para el quirófano: indicándose cobertura antibiótica amplia; se colocó sonda *foley* N° 18 con la cual se identificó que la uretra estaba ilesa, así como el cuerpo esponjoso; y se realizó el lavado profuso de la herida con solución fisiológica (Figura 3).

Se realizó la unión de la túnica albugínea de ambos cuerpos cavernosos y el septo con sutura continua con ácido poliglicólico 3/0. Se suturó la fascia de Buck con ácido poliglicólico 3/0. Después de irrigar la vena dorsal del pene con heparina salina, se anastomosisó con prolene 7-0 mediante súrgete continuo (Figura 4).

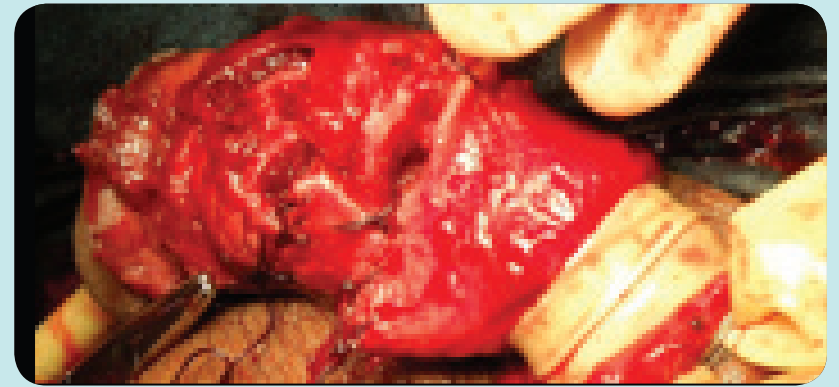


Figura 4. Sutura de la túnica albugínea con ácido poliglicólico 3/0.

Para terminar, se sumergió el pene bajo la piel del escroto y se suturó con catgut crómico 2/0 (Figura 5).

Se indicó tratamiento antibiótico con ceftriaxona y metronidazol y vacuna antitetánica. Se aplicó enoxaparina subcutánea (60g/día durante 7 días) para evitar trombosis de la vena dorsal y acetato de ciproterona (50 mg cada 12 horas durante 7 días) para evitar erecciones penianas. En el posoperatorio se evidenció buena coloración del glande y presencia de sensibilidad.

Una semana después, el paciente tuvo sueños eróticos durante los cuales presentaba tumescencia y manifestó dolor al estirarse la piel del escroto.

A las dos semanas se procedió a cerrar el injerto de piel escrotal que se suturó con catgut crómico 2/0 (Figuras 6, 7 e 8). Una semana después, se suspendió la ciproterona y se inició un tratamiento con tadalafilo (5 miligramos toma diaria).

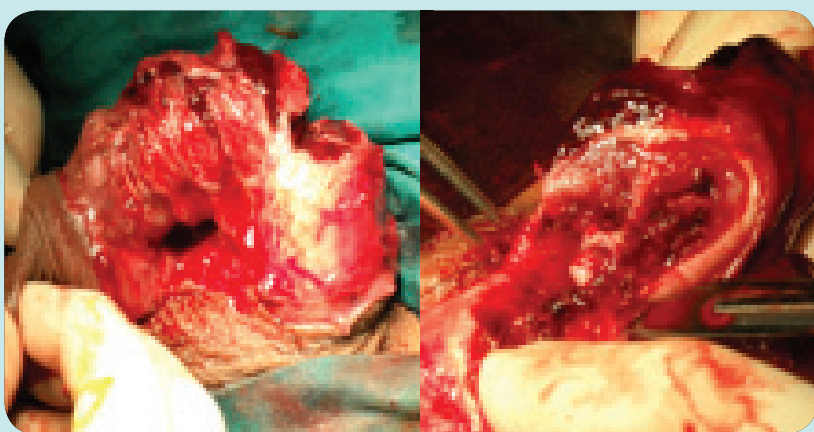


Figura 3. Se resecó la piel del pene por haberse encontrado muy avulsionada, con amplias zonas necróticas y contaminadas (con tierra).

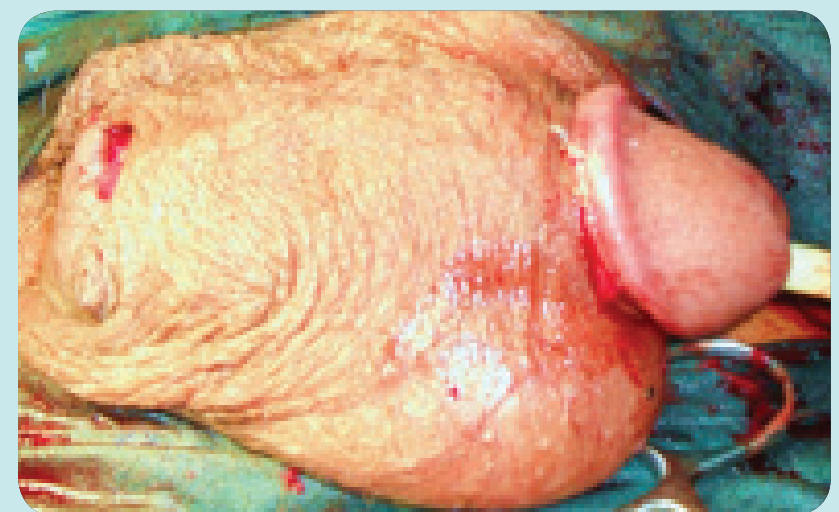


Figura 5. Resultado de la primera cirugía. Pene sumergido en escroto.





Figura 6. Apertura de la piel del escroto.

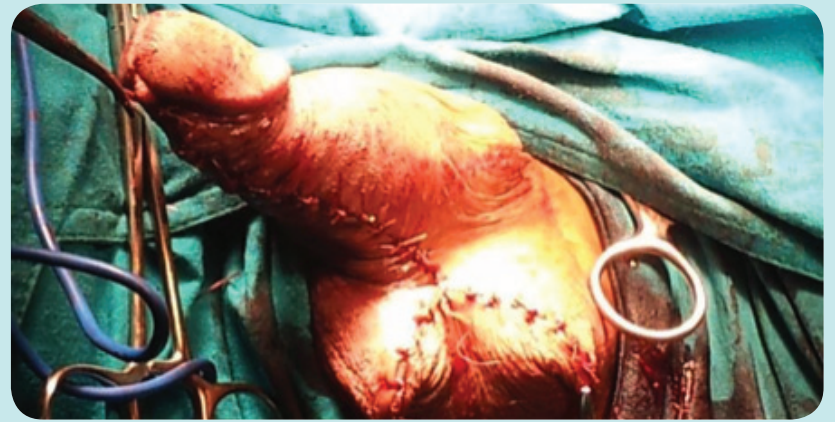


Figura 7. Sutura de la piel escrotal con catgut crómico 2/0.

DISCUSION

El primer caso documentado de reimplante de pene macroscópico fue reportado en 1929, en 1977 se realizó el primer reimplante microvascular. Desde entonces se han reportado ya varios casos de reimplante microvascular, los cuales han tenido buenos resultados funcionales y estéticos (Cohen *et al.*, 1997; Darewicz *et al.*, 2001); sin embargo, cuando no se puede realizar, el reimplante macroscópico con anastomosis simple sigue siendo una buena opción.

En esta ocasión, presentamos un caso que no se dio en las mejores condiciones. La herida estaba francamente contaminada y no había sido preservada en cadena de frío. Se desconocía el tiempo que había transcurrido desde la agresión, sin embargo se realizó la intervención al observar que los bordes del tejido estaban viables y, al incidir en la región distal se encontró flujo sanguíneo. Debido a la falta de tejido se utilizó un colgajo de escroto sumergiendo el pene en él (Castillo *et al.*, 2008; Ching *et al.*, 2010).

No se pudo realizar una anastomosis total de todas las venas y arterias dorsales ya que no se pudieron identificar todas las estructuras porque habían sido seccionadas en múltiples zonas, además de estar avulsionadas y/o necrosadas.

Entre las complicaciones reportadas de este tipo de cirugía, cabe esperar encontrar: necrosis de piel, infección de la herida, formación de fistulas arteriovenosas, pérdida de sensación en el glande y disfunción eréctil.

En este caso no se presentaron complicaciones, ni de tipo infeccioso ni a nivel vascular. Se indicaron inhibidores de 5 fosfodiesterasa, pero el paciente no hizo uso de ellos por no disponer de recursos económicos. El paciente presentó erecciones matutinas, y también al estímulo visual y táctil, adecuadas para su edad a los tres meses de seguimiento.

CONCLUSION

El reimplante con anastomosis simple de cuerpos cavernosos y vena dorsal para la amputación parcial de pene, en este caso, presentó buenos resultados cosméticos y fisiológicos.



Figura 8. Resultado final a las dos semanas de la cirugía.



REFERÊNCIAS

- Alonso Gracia N, Bielsa Gali O, Arango Toro O, León Morales E de, Cañís Sánchez D, Gelabert-Mas A. Manejo de la incarceration del pene y escroto por objeto metálico. *Actas Urol Esp.* 2003;27(8):633-6.
- Babaei AR, Safarinejad RM. Penile replantation, science or myth? A systematic review. *Urol J.* 2007;4(2):62-5.
- Bhanganada K, Chayavatana T, Pongnumkul C, Tonmukayakul A, Sakolsatayadorn P, Komaratat K, Wilde H. Surgical management of an epidemic of penile amputations in Siam. *Am J Surg.* 1983;146(3):376-82.

Castillo O, Vidal-Mora I, Fonerón A. Glanuloplastia con colgajo escrotal pediculado (Colgajo de Mazza) para penectomía parcial: experiencia en 2 casos. *Rev Chil Urol.* 2008;73(1):65-9.

Ching WC, Liao HT, Ulusal BG, Chen CT, Lin CH. Salvage of a complicated penis replantation using bipediced scrotal flap following a prolonged ischaemia time. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2010;63(8):e639-43.

Cohen BE, May JW Jr, Dalsy JS, Young HH. Successful clinical replantation of an acute amputated penis by microvascular repair. Case report. *Plast Reconstr Surg.* 1997;59(2):276-80.

Darewicz B, Galek L, Darewicz J, Kudelski J, Malczyk E. Successful microsurgical replantation of an amputated penis. *Int Urol Nephrol.* 2001;33(2):385-6.

Ferguson GG, Brandes SB. The epidemic of penile amputation in Thailand in the 1970's. *J Urol.* 2008;179(4, suppl):312.

Günther-Mangelsdorff G, Bruno-Dagnino U, Rodrigo-Contreras D, Pedro-Vidal G H. Reconstrucción de pene. *Rev Chil Urol.* 2005;70(4):169-74.

Gyan S, Sushma S, Maneesh S, Rajesh S, Misra M. Successful microsurgical penile replantation following self amputation in a schizophrenic patient. *Indian J Urol.* 2010;26(3):434-7.

Jordan GH, Gilbert DA. Management of amputation injuries of the male external genitalia. *Urol Clin North Am.* 1989;16(2):359-67.

Kochakarn W. Traumatic amputation of the penis. *Braz J Urol.* 2000;26(4):385-9.

Kochakarn W, Muangman V, Krauwit A. Traumatic penile amputation: results with primary reattachment. *J Urol.* 1997;157:857.

Park JK, Min JK, Kim HJ. Reimplantation of an amputated penis in prepubertal boys. *J Urol.* 2001;165(2):586-7.

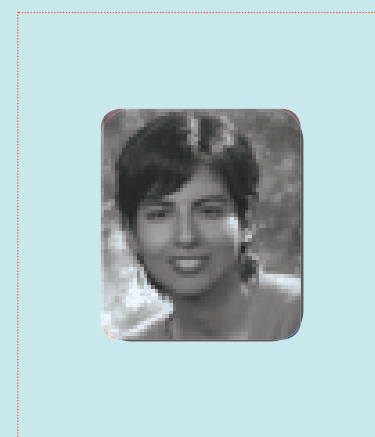
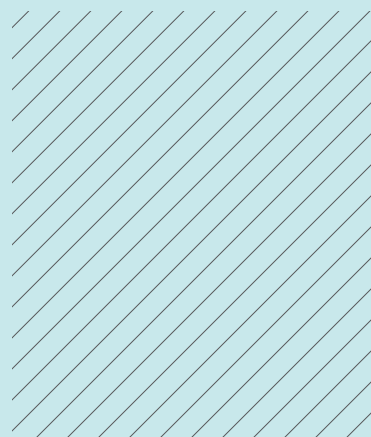
Phonsombat S, Master VA, McAninch JW. Penetrating external genital trauma: a 30-year single institution experience. *J Urol.* 2008;180(1):192-5.

Schweitzer I. Genital self amputation and the Klingsor syndrome. *Aust N Z J Psychiatry.* 1990;24(4):566-9.

Sherman J, Borer JG, Horowitz M, Glassberg KI. Circumcision: successful granular reconstruction and survival following traumatic amputation. *J Urol.* 1996;156(2 part 2):842-4.

Volker BG, Maier S. Successful penile replantation following autoamputation twice! *Int J Impot Res.* 2002;14(3):197-8.

Wessells H, Long L. Penile and genital injuries. *Urol Clin N Am.* 2006;33(1):117-26.



Silvia Acosta Flores: Médica Uróloga del Servicio de Urología del Hospital Nacional Hipólito Unánue; Docente universitaria. Lima, Perú.
E-mail: silvia_acostaf@hotmail.com

Néstor Avilés Martínez: Médico Urólogo del Servicio de Urología del Hospital Nacional Hipólito Unánue; Docente universitario; Doctor en Medicina. Lima, Perú.

Cesar Porro Gutierrez: Médico Urólogo Jefe del Servicio de Urología del Hospital Nacional Hipólito Unánue; Docente universitario. Lima, Perú.

Gilberto Tam Pow Sang: Médico Urólogo; Ex Jefe del Servicio de Urología del Hospital Nacional Hipólito Unánue; Docente universitario. Lima, Perú.

Telmo Manyari Tello: Médico Urólogo del Servicio de Urología del Hospital Nacional Hipólito Unánue; Docente universitario. Lima, Perú.

¿TODO ES ORGÁNICO, TODO ES PSICOLÓGICO O TODO AL CONTRARIO?

SIDNEY GLINA

Cuando empezó este problema, Juan tenía 52 años. Todo fue muy intenso. A pesar de fumar 20 cigarrillos por día y estar afectado de una diabetes razonablemente controlada hacía dos años, su vida sexual era normal, “nunca había tomado ningún comprimido para ayudar a lograr la erección”. En una fatídica noche, durante una relación sexual normal, Juan recibió una llamada en la que le decían que su tienda había sido asaltada; él se quedó muy molesto pero decidió terminar la relación sexual antes de correr a la tienda para contabilizar las pérdidas. Sin embargo, no logró llegar al final de la relación: “Doctor, ¡fue increíble! ¡Él no se levantaba! ¡Yo lo intentaba, María hizo de todo, pero él no quiso saber de nada!”

En los días siguientes, Juan se quedó muy estresado. El daño había sido muy grande, pero la “falla” no le salía de la cabeza. Todas las noches iba a la cama con María e intentaba relacionarse sexualmente con ella. En el inicio, la erección era buena, pero en el momento de la penetración, el pene perdía la rigidez y Juan no lograba éxito.

Muchas veces se despertaba con una erección muy rígida, despertaba a su esposa e intentaba penetrarla; sin embargo, la mayoría de las veces no

tenía éxito. Incluso durante la masturbación - que antes le era una práctica muy fácil -, empezó a eyacular con el pene a “media bomba”. Como María había empezado a quejarse de la insistencia diaria y no quería seguir con los intentos - “a fin de cuentas Ud. no lo consigue de veras” -, Juan fue a una casa de masaje para hacer un test. Y una vez más no obtuvo éxito. En el inicio parecía que lo lograría pues la erección estaba buena, pero desaparecía en el momento de poner el preservativo. “Menos mal que se trataba de una profesional. ¡El fiasco fue más pequeño!”

Fue a la farmacia y compró un inhibidor de fosfodiesterasa tipo 5, “lo de mayor dosificación y de marca más famosa”. Después, Juan llevó un ramo de flores y una botella de vino chileno a casa, se le convenció a María a intentar una vez más y ni con el comprimido la erección fue buena. Él consiguió eyacular pero no penetró a la esposa y ésta se quedó muy nerviosa.

Juan se quedó muy deprimido y, gradualmente, pasó a perder las ganas de masturbarse y de intentar practicar cualquier actividad sexual. Volvió a la casa de masajes otras tres veces más y salió con prostitutas unas cuatro veces. La penetración tuvo éxito sólo en una de

las veces, tras haber tomado dos comprimidos de sildenafil 100mg y sin el uso de preservativo. En las dos últimas veces siquiera intentó la penetración: practicó únicamente el sexo oral.

Juan buscó a un urólogo y, en una rápida consulta, éste le prescribió la misma medicación que ya estaba usando, pero sin éxito. Su endocrinólogo le sugirió que buscara a un especialista “que no estaba registrado en mi obra social y que cobraba muy caro la consulta, pero era muy famoso.” Él le sometió a varios exámenes: una ecografía Doppler mostró “arterias normales”; no obstante, la velocidad diastólica estaba muy alta, en todas las medidas; las hormonas estaban normales; no tuvo erección con la inyección de prostaglandina. El médico le dijo a Juan que él padecía una “fuga venosa” y le prescribió Tadalafil de uso diario. En el caso de que no lograra éxito, el paso siguiente sería colocar una prótesis peneana.

Juan se quedó muy asustado. Tomó la medicación por quince días. Dos veces más intentó algún éxito con prostitutas, pero no alcanzó más que hacer sexo oral y masturbarse.

Transcurridos tres meses - y el cuadro ya llevaba tres años - se dirigió a una de las clínicas que

“se ven en la televisión” y después de someterse a una serie de exámenes, se diagnosticó un problema de insuficiencia vascular. Se le aseguraron que para quedarse sano sería necesario aplicar una inyección en el pene dos veces por semana. A pesar de muy caras y de tener miedo de la “picada”, las inyecciones hacían efecto y Juan pasó a usarlas para que pudiera relacionarse sexualmente. “¡María me lo permitía porque yo conseguía penetrarle, pero me decía que nunca había conocido un hombre que necesitaba de inyección para ser Hombre!” Además, Juan adquirió más confianza y actualmente consigue masturbarse con buenas erecciones.

El caso de Juan es real y puede representar una compilación de casos que ocurren con frecuencia y que posiblemente son corrientes en los consultorios de profesionales que se dedican a la Medicina Sexual. Una gran parte de los profesionales cree que dichos casos tienen causa orgánica: la diabetes y el tabaquismo explican este problema. En la visión de los psicólogos y sexólogos, el inicio de este problema es abrupto y la ansiedad de desempeño, la depresión, la compañera que poco colabora y que se muestra castradora pueden explicar la disfunción eréctil psicogénica.

Algunos especialistas más condescendientes, con la intención de acomodar todos los datos, clasifican el caso de Juan como disfunción sexual de múltiples causas. El debate puede ampliarse pues el paciente estaba afectado de una diabetes y fumaba antes del inicio abrupto de la disfunción eréctil; además, el problema surgió en un momento de mucha ansiedad. La noticia del asalto probablemente produjo un gran estímulo adrenérgico que perjudicó la erección. La necesidad de un buen desempeño combinada con la falta de percepción de que aquel momento no era lo más adecuado para seguir su actividad sexual posiblemente llevó al paciente a quedarse muy preocupado y a seguir perpetuando la erección falla.

Las erecciones matutinas rígidas que persistían al inicio del cuadro clínico y llevaban al paciente a despertar su esposa para intentar mantener la relación sexual a cualquier precio, comprueban la integridad anatómica y muestran que la “máquina” funcionaba y que era la descarga adrenérgica que probablemente perjudicaba la erección. Según Mann *et al.* (2005), “la ocurrencia de por lo menos una erección nocturna normal indica que las estructuras del pene están intactas y que se cumplieron todos los requerimientos orgánicos periféricos para el desarrollo de una erección”.

Es muy probable que la secuencia de fallas y, por consiguiente, de frustraciones, haya reducido el interés del paciente por la actividad sexual; total, es

muy difícil tratar con alguna incapacidad sexual y el hecho de no intentarlo le “protege” al hombre de la frustración.

Muchos profesionales argumentarán que si el paciente no tuvo una erección siquiera con el uso de dosificaciones altas de inhibidores de PDE-5, significa que tiene un problema orgánico, quizá una disfunción endotelial causada por la diabetes.

Aunque el diagnóstico de disfunción endotelial sea muy complejo, la falta de respuesta a los inhibidores de PDE-5 no es patognomónico de lesión endotelial o de patología orgánica. Altos niveles de ansiedad pueden bloquear la respuesta a esas drogas. Ghanem *et al.* (2006) mostraron que cerca del 10% de los hombres jóvenes sin lesión orgánica y que presentaban la “impotencia de la luna de miel” no habían respondido al uso de sildenafil.

Por lo general, los pacientes con disfunción eréctil psicogénica suelen presentar fallas con algunas compañeras y con otras, no: se trata de un cuadro situacional.

Nuestro paciente pasó a presentar fallas con todas las compañeras y en todas las situaciones. Probablemente esa situación puede haber resultado del nivel de ansiedad del paciente. Se sabe que el músculo liso del cuerpo cavernoso permanece contraído y, por consiguiente, el pene se mantiene en estado flácido, por acción del sistema simpático. Si durante una relación sexual normal en la que el hombre tiene una

excelente erección y alguien o algo le asusta (por ejemplo, alguien entra en la habitación), la pérdida de la erección es inevitable y ocurre por estímulo adrenérgico. La presión para tener erección o el miedo de fallar mantiene el hombre en un nivel de ansiedad muy elevado, con una superexcitación del sistema adrenérgico, lo que dificulta y, muchas veces, impide la ocurrencia o mantenimiento de la erección, independiente de la compañera o de la situación. Él no se entrega al acto sexual para obtener placer, sino para verificar su capacidad de no fallar. La relación negativa ansiedad-erección es muy corriente en el contexto de los tratamientos de infertilidad. Saleh *et al.* (2003) relataron que un 11% de los hombres con función sexual normal no consiguieron tener erección en el momento de la recolección de semen para realización del espermograma o de alguna técnica de reproducción asistida.

En este caso, otro punto importante es el resultado de la ecografía Doppler de las arterias cavernosas que mostró la presencia de arterias normales. No ocurrió erección con la droga intracavernosa y la presencia de velocidad de pico diastólico elevada llevó la ecografista a diagnosticar la disfunción veno-oclusiva o “fuga venosa”.

La respuesta del músculo liso cavernoso a las drogas vasoactivas no es uniforme. Hace tiempo que se sabe que muchos hombres necesitan la aplicación de más de una dosificación o la asociación de dro-



gas para obtener una respuesta total del músculo cavernoso. Pagani *et al.* (1997) mostraron que aproximadamente el 70% de los hombres con disfunción eréctil psicogénica necesitaron, por lo menos, una dosificación más de droga vasoactiva para que la respuesta fuera completa. Como no existe una manera precisa de se evaluar la respuesta del cuerpo cavernoso a esas drogas, se debe considerar, con mucha desconfianza, los diagnósticos de fuga venosa basados en la ecografía Doppler o en la cavernosometría, principalmente cuando se desconoce tanto la dosificación utilizada como el número de aplicaciones realizadas (Glina y Ghanem, 2012).

En el caso estudiado, el paciente presentó buena respuesta eréctil en otras ocasiones, lo que rechaza definitivamente el diagnóstico de disfunción veno-oclusiva de los cuerpos cavernosos o “fuga venosa”.

Los especialistas que atienden a pacientes con disfunción sexual deben tener en cuenta que es muy importante escucharles con atención. En este caso, es muy fácil diagnosticar la disfunción eréctil orgánica: todo depende del énfasis que el paciente pone a los hechos de la historia; le basta omitir la presencia de erecciones matutinas o la manera cómo el

cuadro empezó. Corresponde al profesional buscar los datos importantes de la historia y no dejar llevarse por ideas preconcebidas. Es importante observar que el factor de riesgo no significa etiología. Ni todos los pacientes diabéticos o fumadores tendrán disfunción eréctil y los que vengan a tenerla necesariamente no la tendrán a causa de la diabetes o del hábito de fumar. De la misma manera que la diabetes y la hipertensión son factores de riesgo para la disfunción eréctil, factores psicosociales como depresión y estrés también lo son de manera igualmente importante. De esa manera, es fundamental acordarse que cada paciente es único y nuestro cuidado para con él debe ser integral y, muchas veces, lo que es bueno para uno puede no serlo para el otro.

Aunque la literatura nos lleve a pensar lo contrario, una lesión orgánica de la función eréctil no ocurre tan fácilmente. Los niveles de testosterona en los cuales ocurre la abolición de la respuesta eréctil son extremadamente bajos; niveles subnormales no impiden la ocurrencia de erecciones normales en animales y hombres (Traish y Guay, 2006).

La vía del óxido nítrico-GMP cíclico no es la única que existe en la célula endotelial y en el músculo liso del cuerpo cavernoso; la prostaglandina E1 que se produce en el tejido cavernoso causa la relajación sinusoidal vía AMP cíclico. Éstos son algunos ejemplos de que la naturaleza se protege en el sentido de que no permite que la función responsable de

la perpetuación de la especie sea afectada fácilmente. La respuesta casi universal a los inhibidores de fosfodiesterasa tipo 5 es una reafirmación más de esa hipótesis.

Para que ocurra una erección con el uso de estos medicamentos se necesita que el hombre sienta deseo, transmita el impulso al tejido cavernoso, que ocurra la liberación de óxido nítrico y la producción de GMP-cíclico y sólo entonces el medicamento actuará bloqueando la degradación de éste último. Además, es necesario ocurrir la distensión de la musculatura sinusoidal, la dilatación del sistema arterial cavernoso, la distensión de la albugínea y el bloqueo del drenaje venoso, o sea, la “máquina” debe estar casi totalmente íntegra y funcionando.

Seguro que existen causas orgánicas. La disfunción eréctil postprostatectomía se trata del ejemplo más evidente, pero es fundamental que el especialista en Medicina Sexual no sea partidista de una parte o de otra. Como dije precedentemente, se necesita oír y tratar a nuestro paciente como un todo y debemos buscar siempre el mejor tratamiento para él, independiente de prejuicios y de ideas preestablecidas.

Le encaminé a Juan a la psicoterapia sexual y hoy, 8 meses después, él consigue tener buenas relaciones sexuales sin el uso de inyecciones. Sólo a veces, en “situaciones especiales”, él usa un inhibidor de fosfodiesterasa tipo 5, “al fin y al cabo, nadie es de hierro, ¿no es verdad, doctor?”.



REFERÊNCIAS

Ghanem H, Zaazaa A, Kamel I, Anis T, Salem A, El Guindi A. Short-term use of sildenafil in the treatment of unconsumated marriages. *Int J Impot Res.* 2006;18(1):52-4.

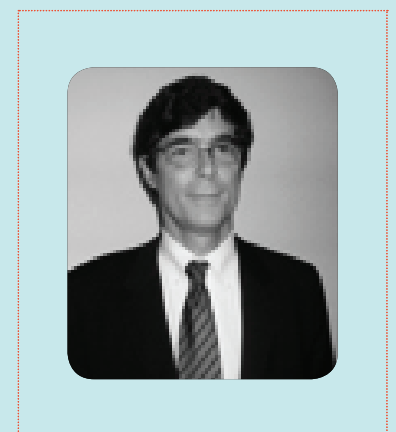
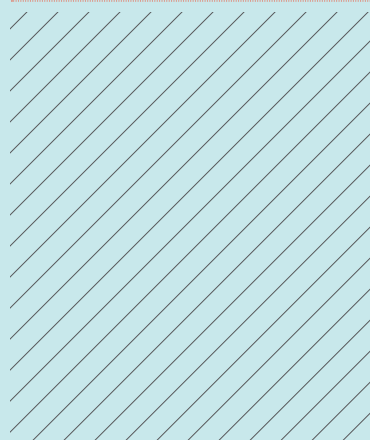
Glina S, Ghanem H. SOP: corpus cavernosum assessment (cavernosography/cavernosometry). *J Sex Med.* 2012 Sep 12. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02795.x. [Epub ahead of print].

Mann K, Pankok J, Connemann B, Sohn M, Thüroff JW, Benkert O. Sleep investigations in erectile dysfunction. *J Psychiatr Res.* 2005;39:93-9.

Pagani E, Puech-Leão P, Glina S, Reis JM. The value of a second injection on the pharmaco-induced erection test. *Int J Impot Res.* 1997;9(3):167-8.

Saleh RA, Ranga GM, Raina R, Nelson DR, Agarwal A. Sexual dysfunction in men undergoing infertility evaluation: a cohort observational study. *Fertil Steril.* 2003;79(4):909-12.

Traish AM, Guay AT. Are androgens critical for penile erections in humans? Examining the clinical and preclinical evidence. *J Sex Med.* 2006;3(3):382-404.



Sidney Glina: *Urólogo; Jefe del Departamento de Urología del Hospital Ipiranga, Profesor Postdoctor de la Facultad de Medicina del ABC, Director del Instituto H. Ellis, Presidente de SLAMS – Sociedad Latinoamericana de Medicina Sexual.*

¿ESCRIBIR ES UN ARTE INNATO O APRENDIDO? (I)

FERNANDO FACIO

"[...] escribir es un arte! Difundir y compartir conocimientos posibilita elementos reales para la supervivencia de los profesionales [...]"

Escribir un artículo científico no es muy distinto a la producción de una obra de arte (Meadows, 1999). Cualquier profesional del área de sexualidad necesita inspiración, ideas originales, conocimiento de técnicas, un conjunto de herramientas y un medio para difundir su opinión. Sin embargo, escribir un artículo técnico ni siempre es fácil.

Nuestro propósito consiste en presentar algunos instrumentos que puedan ayudar a los profesionales del área de salud, principalmente a los miembros de nuestra Sociedad y a los profesionales invitados, a mostrar lo mejor de sus áreas de actuación y experiencias, en la forma de artículos, paneles u opiniones que calienten y fortalezcan los conocimientos de una Sociedad organizada y fuerte.

A lo largo de nuestra vivencia en esta área, hemos enfrentado desafíos y buscamos traer el mejor escenario del diagnóstico y de la conducción de las enfermedades sexuales; por encima de todo, buscamos ponernos en postura de aprendizaje constante, lo que hace el

fardo del día a día plenamente agradable y muy dinámico. Este hecho hizo factible la creación de ReLAMs.

Las experiencias que adquirimos - positivas o negativas - nos mostraron que tenemos un largo camino por seguir, lo que nos desafía todos los días a buscar nuevos horizontes a estudiosos y a profesionales que se dedican a la Medicina Sexual y que, centrados en varios de sus aspectos, enfrentan los percances de la escasez de productores y divulgadores de conocimiento en la forma de artículos u opiniones.

Ese camino nos permitió constatar un panorama pedagógico-científico muy distante de aquellos ideales. Lamentablemente no tenemos mucho por cobrar de quien no recibió entrenamiento ideal en las Escuelas de Medicina, de Psicología y de los Servicios de Residencia Médica. Como creemos en la necesidad de crearse un nuevo ciclo de renovación y de actitudes en la formación de los profesionales de la Medicina Sexual, es

pecialmente en las Escuelas Médicas, hemos enseñado y debatido sexualidad con los graduandos, estimulándoles y despertándoles la posibilidad de escribir sobre esa materia y, de esa manera, poner en papel sus opiniones e ideas para que se hagan científicamente visibles y puedan producir su ID (*Scientific Identification*).

¿CÓMO EMPEZAR?

Muchos profesionales experimentados, en sus archivos, poseen una gran cantidad de material a la espera para ser enseñado, difundido y publicado. Todo lo que necesitan es alguien especializado y entusiasmado para dividir con ellos el trabajo de organizar, escribir y hacer que el conocimiento resulte en un artículo. Los bancos de las escuelas médicas y de psicología están llenos de jóvenes graduandos con sed de informaciones y de conocimientos proporcionados por especialistas en Medicina Sexual.

La colaboración de un profesional experimentado se hace necesaria a los estudiantes en formación que tienen gusto e intención de aprender todo en el área de sexualidad. Los profesionales de SLAMS (Sociedad Latinoamericana de Medicina Sexual) sabrían seleccionar materias y casos clínicos de interés para debates. Se trata de un brillante ejercicio del profesional de nuestra sociedad que también despertaría para la enseñanza y, futuramente, se materializaría el sueño de poder contar con futuros grandes colaboradores y escritores.

El objetivo principal de los futuros escritores - profesionales de la sexualidad - consiste en realizar un estudio y su difusión. La etapa inicial de la redacción de un artículo, por veces es difícil para muchos autores. Ella es de importancia fundamental, ya que la difusión del estudio entre los pares está directamente relacionada a la redacción y a la atracción del artículo. Sin embargo, el proceso de concretar y organizar el estudio en un modelo lógico, puede ser extremadamente útil al lector. En esta etapa, el autor tiene la oportunidad de relacionar su trabajo, de manera sistemática, a los estudios disponibles en la literatura, lo que llamará la atención para los datos



prominentes de la sexualidad (Nahas *et al.*, 2004).

Durante su redacción, todo artículo pasa por algunas etapas de maduración. Es difícil especificarlas, pues ocurren de manera simultánea.

Secuencialmente, se debe:

- 1) poner las ideas en papel;
- 2) ordenar las ideas (reagrupar los párrafos, coordinar los asuntos en una secuencia lógica);
- 3) terminar el texto (realizar la corrección de la gramática, de la concordancia y del estilo); es interesante releer el artículo para efectuar las modificaciones que se necesiten en cada etapa, para facilitar la visualización de los puntos por corregir (Nahas *et al.*, 2004).

La claridad y la objetividad deben estar siempre en mente de los que escriben: se trata de un detalle que los revisores van a analizar. Un texto largo no significa que el lector va a comprenderlo mejor. En estos casos, los datos y las ideas presentados en exceso pueden comprometer el texto y hacer más ardua su lectura.

Schopenhauer (2007) decía que: “escribir y leer son condiciones que cansan”. Cansan porque implican esfuerzo, tiempo y concentración. Actualmente, con todas las facilidades de la vida moderna, muchos leen o escriben únicamente por obligación: en la escuela, en la facultad o para mantenerse actualizado profesionalmente.

Según el pensamiento de Schopenhauer (2007): “pocos leen por placer, aún menos los que escriben por placer”. Arthur Schopenhauer fue un filósofo que influenció grandes nombres de la actualidad como Machado de Assis, Nietzsche, Freud, Wagner, Tolstói, Sartre y Thomas Mann entre otros. Hasta nuestros días, Schopenhauer es considerado uno de los principales pensadores de toda historia de Alemania. El libro “El arte de escribir” es una recopilación que nos remite a pensar en la escritura, en el estilo, en la lectura y en la crítica al confeccionar un artículo.

Por cuenta de eso, consignamos el profundo deseo de que nuestro lector, al adquirir los conocimientos proporcionados por esta revista, también pueda contribuir y compartir la enseñanza en pro de la creación de una sociedad más justa y que cumple su misión de informar y de formar grandes profesionales.

“La búsqueda de la verdad es difícil y fácil, ya que nadie podrá revelarla completamente o ignorarla totalmente. No obstante, cada uno de nosotros podrá añadir un poco de nuestro conocimiento sobre la naturaleza y, de todo eso, una cierta grandeza emergerá.” Aristóteles, 350 a.C.

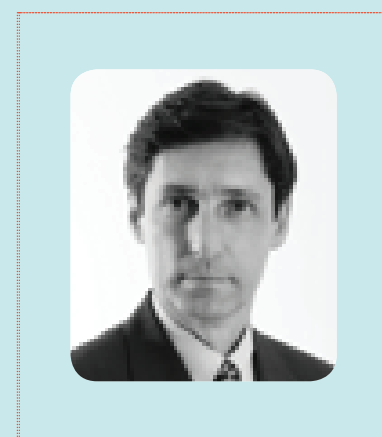
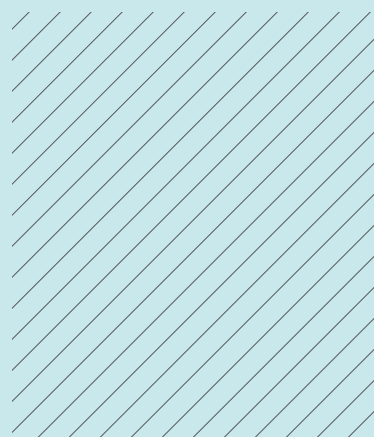


REFERÊNCIAS

Meadows AJ. A comunicação científica. 1a ed. Brasília: Briquet de Lemos 1999.

Nahas FX, Ferreira LM, Sabino NM, Garcia EB. Elaboração de trabalho científico. Rev Bras Cir Plast. 2004;19:11-28.

Schopenhauer A. A arte de escrever. Porto Alegre: L&PM Editores; 2007. Coleção L&PM Pocket nº 479(2ª):169.



Fernando Nestor Facio Jr.: Urólogo; Profesor Adjunto de la Cátedra de Urología de la Facultad de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP; Responsable por el Ambulatorio de Andrología del Hospital de Base de la Fundación Facultad Regional de Medicina – FUNFARME. São José do Rio Preto, São Paulo; Research Fellow del Departamento de Urología del Johns Hopkins Hospital, Estados Unidos.

DISFUNCIÓN SEXUAL Y SEXO SOCIAL

SERGIO ALMEIDA

Un factor que no parece existir, aunque es muy importante cuando se trata el binomio Urología/Sexualidad, es el que denominamos “sexo social”.

Cuando realizamos una entrevista con un paciente que padece una disfunción eréctil (DE), raramente enfocamos esa área tan sensible y oculta de la sexualidad humana.

Nelson Vitiello, ginecólogo y fundador de la Sociedad Brasileña de Estudios en Sexualidad Humana (SBRASH), de la cual fue “*anima e cuori*”, siempre nos acuerda esa negligencia que, en general, cometemos.

Sexo social es la forma de sexo que más del 50% de la población prefiere practicar. A las formas de sexualidad con porcentaje más pequeña, o sea, las practicadas por menos personas en la sociedad, se denominaron “Desviaciones Sexuales”.

Como el sentido de esta denominación era muy peyorativo, se empezó a usar la

palabra “parafilia” para sustituirla. Actualmente, muchos estudiosos prefieren la denominación “Cuestiones de Preferencia”. Podemos mencionar como ejemplos más comunes y significativos, el sadismo, el masoquismo, el voyeurismo, el exhibicionismo, el fetichismo, la pedofilia, la preferencia por adolescentes (muy distinto de la pedofilia, aunque algunos médicos y medios de comunicación se confundan y los traten como si ambos fueran una única cosa), la zoofilia y decenas de otras formas. Sin embargo, en general nunca investigamos estos temas - o casi nunca lo hacemos - cuando un nuevo paciente nos busca quejándose de DE.

Digamos que el joven es un fetichista y sólo tenga una (buena) excitación y erección (buena) cuando la mujer usa una bombacha roja, sigue con ella durante el acto sexual y sólo retira sus laterales en el momento de la penetración. Tanto los exámenes físicos como las pruebas de laboratorio de este paciente resultarán totalmente normales.

Como, en general y en el inicio, el paciente no nos proporciona espontáneamente estas informaciones muy íntimas, sin duda nos quedaremos en las tinieblas, sin saber lo que realmente está ocurriendo. Podemos imputar el hecho a



la ansiedad - que seguramente existirá -, pero no alcanzaremos el núcleo de la cuestión.

Estos pacientes suelen tener una relación muy mala con mujeres, novias, enamoradas, pero muy buena con las prostitutas, a quienes puede revelar su fetiche, pues para ellas, lo más importante es el dinero.

El ejemplo demuestra un caso bastante tranquilo, pero existen muchos otros que son comportamientos muy difíciles de expresar a las compañeras y, principalmente, de hacerlas comprender.

Para terminar este pequeño artículo, mencionaré el caso real de un joven de 26 años que padecía DE con la novia. Él no relató a nadie que siempre hacía sexo con animales - principalmente con perros - y que con ellos, su actuación era normal.



Este joven, R., ingeniero civil, había sido criado en la zona rural. A los doce años de edad se dejó llevar por los amigos y empezó a mantener relaciones sexuales con yeguas, becerros y otros animales. A los dieciséis, pasó a hacer juegos eróticos con un amigo, en los cuales uno introducía el dedo o algún pequeño objeto dentro del ano del otro. Esta práctica duró aproximadamente un año. Asimismo también le gustaba mucho observar cópulas entre perros, principalmente entre animales grandes. En esta época, el paciente compró un pastor alemán y empezó a “adiestrarlo” para que éste le penetrara. Después de muchos intentos y algunas heridas, alcanzó lo que había deseado. Él relata que, en estos momentos, su erección era estupenda - “¡que llega a doler!” - y el orgasmo, fantástico. Después de algún tiempo, ésta era la única manera de alcanzar la erección, lo que le trajo muchos problemas en sus relaciones.



El joven negó cualquier deseo homosexual actual o anterior.

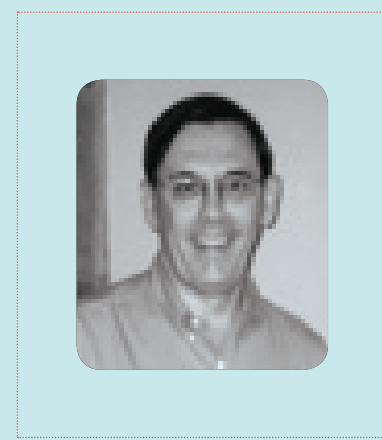
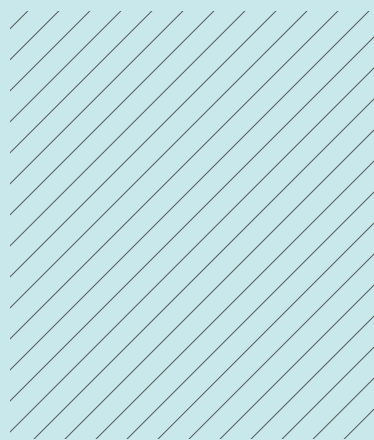
Por ironía del destino, algunos meses después, un hombre falleció víctima de rabia. Se trataba del paciente F. S., de 35 años de edad, tez blanca, soltero, trabajador rural. Él había sido internado en el Hospital de Base de la ciudad de São José do Rio Preto (Estado de São Paulo) y se quejaba principalmente de dificultad para tragar los alimentos en los últimos seis días. Igualmente, relató que estaba padeciendo un dolor intenso en el brazo izquierdo, dolor que irradiaba al hemitórax del mismo lado, además de hipoestesia y dificultad para dormir. Hacía tres días que el paciente presentaba disfagia progresiva, salivorra abundante, hidrofobia, agresividad y nerviosismo.

El examen neurológico demostró espasmos musculares, ataxias de marcha, arreflexia

generalizada, rigidez de nuca y agitación psicomotora. Se murió algunos días después. Se analizaron muestras del cerebro, cerebelo, médula espinal y bulbo por inmunofluorescencia negra con la finalidad de estudiar el antígeno rábico. El resultado de todas las muestras fue positivo. En lo que concierne a la vida sexual, el paciente dijo que mantenía relaciones sexuales únicamente con animales, de varias especies, y que prefería a los perros.

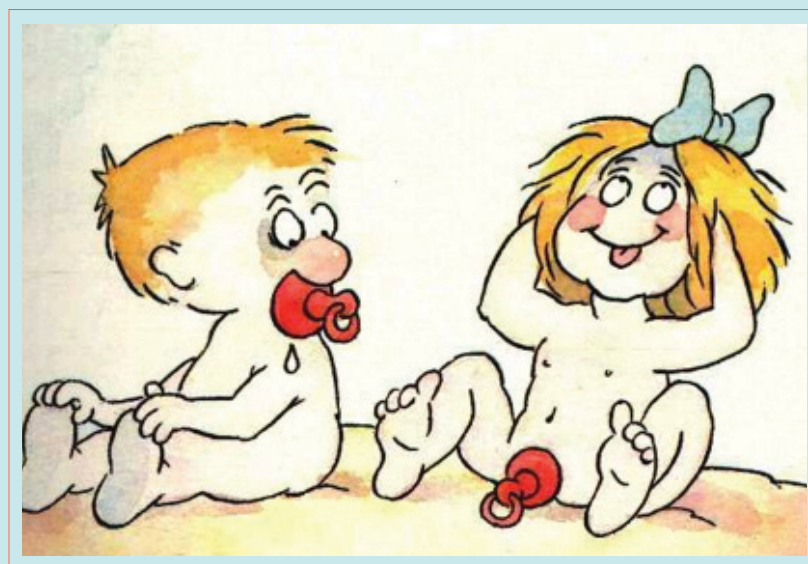
Es extremadamente raro e insólito un zoófilo - más común en las áreas rurales - fallecer víctima de rabia, lo que me hizo acordar el caso del joven R. antes mencionado.

Les dejo aquí mi sugerencia: en nuestras entrevistas, vamos a investigar las preferencias sexuales de nuestros pacientes y alcanzaremos más herramientas de trabajo.



Sergio Almeida: *Urólogo graduado por la Universidad Federal de Goiás – UFG. Psiquiatra graduado por la Universidad Complutense de Madrid (España). Especialista en Terapia Sexual graduado por Sedes Sapientiae. Doctor en Ciencias de la Salud graduado por la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto – FAMERP-SP. Profesor Adjunto de la Cátedra de Urología de FAMERP.*

HUMOR



“Las mujeres maduran más temprano que los hombres.”

SLAMS 2013



**XII CONGRESO
DE LA SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE MEDICINA SEXUAL
28 AL 31 DE AGOSTO DE 2013**

HOTEL FIESTA AMERICANA CONDESA
Cancún Quintana Roo. México



www.slamsnet.org
www.slams2013.org