

CONDUCTA HOMOSEXUAL

MIGUEL ANGEL CUETO

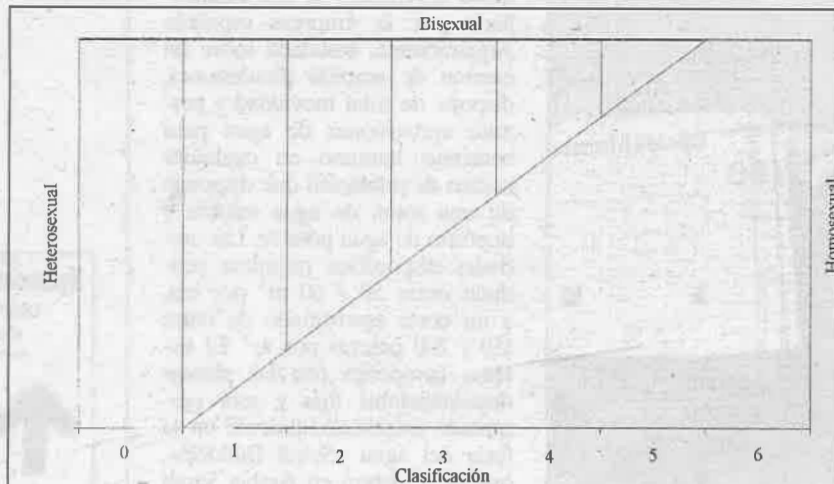
LA conducta homosexual es cualquier forma de actividad sexual con una persona del mismo sexo. La homosexualidad no es una realidad única. Implica considerar, al menos tres conductas diferentes: atracción homosexual —orientación o interés por personas del mismo sexo—, la actividad sexual propiamente dicha y la identidad homosexual con preferencia a compañeros del mismo sexo. En función de estas tres conductas, el sujeto se adscribirá a un perfil personal determinado. Es decir, tener intereses homosexuales no supone necesariamente desarrollar conductas homosexuales, ni llevar a cabo éstas, autoidentificándose como tal.

Se estima que en España existen, como en la mayoría de los países occidentales avanzados, miles de personas que practican asiduamente conductas sexuales con personas de su mismo sexo. Aproximadamente, 2 de cada 10 personas han tenido en algún momento de su vida, generalmente en la adolescencia y en mayor porcentaje los hombres, alguna relación homosexual.

La homosexualidad es la conducta sexual más controvertida en nuestra cultura. El amor homosexual es aquel amor que, históricamente y en nuestra cultura judeocristiana, no se atrevía a decir su nombre. Ha sido considerada como causa o consecuencia de trastornos mentales, factores hormonales y orgánicos. Son varias las teorías que han intentado explicar por qué algunos individuos adquieren la condición de homosexuales. Teorías biologicistas aducen que la orientación homosexual es el resultado de fuerzas biológicas (genéticas y hormonales) sobre las que no se puede ejercer ningún control y no pueden alterarse. Otras teorías apuntan al factor del aprendizaje social en la infancia. Creemos que en las causas de la homosexualidad correlacionan factores genéticos que condicionados por el ambiente y el aprendizaje pueden desencadenar o no, dichas conductas.

Mantener relaciones homosexuales, por otro lado, no es excluyente respecto a la posibilidad de tenerlas también heterosexuales. Tampoco es el fracaso en el logro de la heterosexualidad. Es más, es muy frecuente que en determinados períodos de nuestra vida, sobre todo durante la adolescencia, tengamos alguna relación sexual con personas de nuestro mismo sexo.

Para esclarecer la idea de que la heterosexualidad y la homosexualidad forman una secuencia ininterrumpida en la vida real, Kinsey y colaboradores elabo-



Las clasificaciones se definen en la forma siguiente:

- 0 = Completamente heterosexual.
- 1 = En gran parte heterosexual, pero con antecedentes homosexuales incidentales.
- 2 = En gran parte heterosexual, pero con antecedentes homosexuales muy bien definidos.
- 3 = Por igual heterosexual y homosexual.
- 4 = En gran parte homosexual, pero con antecedentes heterosexuales incidentales.
- 5 = En gran parte homosexual, pero con antecedentes heterosexuales muy bien definidos.
- 6 = Completamente homosexual.

Grados de exclusividad en la inclinación sexual según la escala de Kinsey.

boraron una escala de catalogación que iba del 0 al 6 para encajar las experiencias sexuales manifiestas y las reacciones psicológicas internas del individuo. Así en función de los antecedentes, deseos, auto-identificaciones y conductas sexuales se le puede adscribir al individuo como completamente heterosexual cuando así son sus respuestas sexuales, hasta completamente homosexual cuando sólo se circunscribe a tendencias con su mismo sexo. En el medio de dicha división se englobarían a sujetos bisexuales, que en función de situaciones, deseos o circunstancias opten por mantener relaciones con uno u otro sexo.

Un análisis y estudio realizado en 1980 de los datos obtenidos a partir de decenas de estudios comparativos entre homo y heterosexuales, dictaminó que no es posible distinguir entre individuos de ambas orientaciones sexuales mediante tests psicológicos, aspecto, modales o profesión que desempeñan. No hay pruebas sólidas para demostrar que los homosexuales padezcan más trastornos emocionales y enfermedades mentales que los heterosexuales. Estos datos no presuponen que los homosexuales sean siempre personas emocionalmente estables. Pero el hecho básico es que la homosexualidad, intrínsecamente considerada, no es una enfer-

medad mental ni va acompañada normalmente de otros síntomas de enfermedad mental ni de inadaptación emocional.

Por regla general, las técnicas y conductas sexuales de los hombres y mujeres homosexuales se asemejan a la de los heterosexuales, a excepción del coito vaginal. No existe una conducta tipo homosexual. Sólo los homosexuales comprometidos en una relación seria de pareja parecen más sensibles a las respuestas del compañero y un poco menos orientados a la consecución de un objetivo, comparado con la mayoría de los matrimonios heterosexuales. Para ello suelen dedicar más tiempo en los prolegómenos, como hablar, acariciarse, tocarse o comunicarse.

No es cierto, por otro lado, que en una pareja homosexual un miembro de la misma adopte un papel activo y el otro pasivo. Ambos suelen adoptar sucesivamente roles activos y pasivos al dar y recibir placer. En la actualidad es aceptado por toda la comunidad científica que las conductas homosexuales son una variante más de la cantidad de conductas sexuales que existen. La homosexualidad es una forma más de amar.

Miguel Angel Cueto, psicólogo de CEPTECO (León). Máster en Sexualidad Humana.

El uso adecuado de fármacos evita el dolor al 95% de los pacientes

El dolor es inevitable, pero es bueno que en buena medida sea inevitable. Así lo manifiesta el director del Instituto de Neurobiología de Alicante, Carlos Belmonte Martínez, que recientemente ofreció una conferencia en León sobre las «Bases fisiológicas del dolor», con motivo de los actos de las bodas de plata de la Facultad de Biología de la Universidad de León. El especialista añade que el dolor como mecanismo de defensa, es bueno que exista ya que con la aparición de un dolor se previene que una lesión continúe.

Se tipifican muchas clases de dolor, pero según Belmonte Martínez, «el que no es inevitable es el dolor patológico. Ese no solo es evitable sino que hay que evitarlo y hoy día disponemos de muchas herramientas para ello». El neurobiólogo critica las reticencias de algunos especialistas a usar esas herramientas contra el dolor patológico: «Probablemente los médicos no las usan todo lo enérgica y adecuadamente que se podrían utilizar. A los médicos hay que mandarles el mensaje de que tienen que perder el miedo a usar la analgesia como una manera de paliar el dolor». También hay dolores neuropáticos debidos a lesiones del propio sistema nervioso, de las propias vías del dolor, que fallan y funcionan mal. Se distinguen varios tipos de dolor dependiendo del criterio aplicado: agudos y crónicos, somático (estructuras de la piel, articulaciones y músculos) y visceral (de vísceras). Según Belmonte Martínez, desde el punto de vista clínico lo más importante es la diferencia entre crónico y agudo. Este último se cura bien, dura poco tiempo, responde bien a los fármacos, no tiene un acompañamiento emocional grave y no afecta tanto a la conducta del paciente. Por el contrario, el dolor crónico se mantiene cuando la lesión ya ha curado, responde peor a los fármacos y cambia la conducta del paciente. Carlos Belmonte puntualiza que «el dolor tiene un gran componente emocional y esa parte es la que se puede controlar por parte del sujeto». Hay terapias para dominar el dolor y el paciente aprende a vivir con él.

El especialista defiende que el dolor se puede tratar a muchos niveles: a nivel periférico donde se excitan las células nerviosas para que no se produzca esa excitación o bien interrumpiendo su camino a lo largo de todas las vías hasta el cerebro. Algunos fármacos como la morfina, los opiáceos en general, «impiden» el dolor, evitando que la información de las células nerviosas llegue al cerebro. Otros, evitan la inflamación cuando hay una lesión. «Lo que hay que hacer en cada caso es elegir, y eso está en manos del médico, el procedimiento más adecuado a la patología», indica el neurobiólogo, invitando a los médicos a que «no tengan miedo al uso de fármacos y derivados de la morfina y que no los usen con tanto miedo». Belmonte Martínez puntualiza que está demostrado que sólo se resuelven los dolores del 50% de los pacientes, mientras que con el uso de los fármacos adecuados «es teórica y técnicamente factible reducir hasta el 95%».

Demostrada la utilidad del ácido acetilsalicílico, la aspirina, en su aplicación en la patología cardiovascular

La utilidad de la aspirina en la patología cardiovascular es «la más recientemente demostrada» entre las diferentes aplicaciones terapéuticas, si se excluye el empleo como fármaco antiinflamatorio en la fiebre reumática y las pericarditis, ha señalado el doctor Esteban López de Sá, del hospital madrileño Gregorio Marañón. Esta nueva aplicación del ácido acetilsalicílico, al igual que otras en neurología y en enferme-

dades reumáticas, se planteó en el primer curso que se celebra en España, organizado por la facultad de Farmacia de la Universidad de Salamanca y la casa Bayer, sobre indicaciones para este fármaco descubierto en 1897. La utilidad de la aspirina en la patología cardiovascular destaca, según el doctor López de Sá, si se tiene en cuenta que clásicamente su efecto antiagregante plaquetario se ha considerado un

efecto secundario, potencialmente peligroso, por desconocerse la preponderancia de los fenómenos de trombosis en la génesis y desenlace final de la cardiopatía isquémica. López de Sá ha destacado que el papel de ese medicamento en la patología cardiovascular está definido por su efecto hematológico, que se encuentra «en una primera línea».