

DIÁLOGOS. REVISTA ELECTRÓNICA DE HISTORIA

Escuela de Historia. Universidad de Costa Rica



La Constitución de Trastornos Sexuales en la Psiquiatría

Licda. Isabel Gamboa Barboza

Comité Editorial:

Director de la Revista Dr. Juan José Marín Hernández jmarin@fcs.ucr.ac.cr

Miembros del Consejo Editorial:: Dr. Ronny Viales, Dr. Guillermo Carvajal, MSc.
Francisco Enríquez, Msc. Bernal Rivas y MSc. Ana María Botey

“Diálogos Revista Electrónica de Historia” se publica interrumidamente desde octubre de 1999

Palabras claves: **construcción de identidades, prácticas sexuales, psiquiatría, historia y sexualidad.**

key words: **identities construction, sexual practices, psychiatry, history and sexuality,**

Resumen

Esta investigación pone al descubierto la relación entre la construcción de identidades y las prácticas sexuales y las prácticas médicas. En el artículo se procura analizar e interpretar cómo en la construcción de las identidades y prácticas sexuales las concepciones médicas tienen un peso singular en el etiquetamiento social de los enfermos o supuestos enfermos. La autora estudia como a pesar de que hoy en día la psiquiatría ya no clasifica a la homosexualidad clínicamente como una enfermedad mental, si continúa construyendo caracterizaciones de algunas identidades y prácticas sexuales como trastornos, teniendo como punto tácito de comparación o referencia más importante, ciertas identidades y prácticas asociadas a la heterosexualidad reproductora presentadas como el paradigma de la sexualidad saludable

Abstract

This research addresses the connection between the construction of identities, sexual behaviors, and medical practices. The article intends to analyze and understand the way in which medical approaches have a significant impact on the social labelling of the ill or those supposedly ill. The author analyzes how psychiatry –despite it no longer classifies homosexuality as a mental disease from a clinical viewpoint–continues to conceptualize some identities and sexual practices as disorders, taking as its key point of comparison or reference, certain identities or practices associated with reproductive heterosexuality as opposed to healthy sexual practices.

Msc. Isabel Gamboa. Licenciada en Sociología, egresada de la Maestría Centroamericana en Historia, UCR.

Presentación

Este es un avance de la investigación sobre “La construcción de identidades y prácticas sexuales en el abordaje -ingreso, diagnóstico, pronóstico y tratamiento- psiquiátrico. Análisis histórico para el Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica, período 1978-2004,” cuyo objetivo general es analizar e interpretar la construcción de las identidades y prácticas sexuales que el abordaje psiquiátrico contribuye a fundar, mediante un análisis cualitativo de los expedientes clínicos de personas que han estado hospitalizadas en dicho Centro, y de las entrevistas en profundidad a personal de salud del hospital.

El objetivo específico concerniente a este ensayo busca describir y analizar las diferentes clasificaciones y caracterizaciones de las prácticas e identidades sexuales presentes en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la American Psychiatric Association (APN) y en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) de la Organización Mundial de Salud (OMS), incluyendo las versiones en uso desde 1978 hasta el 2004, con el propósito de reflexionar acerca de las diferentes representaciones sexuales implicadas allí. La hipótesis planteada es que si bien la psiquiatría ya no clasifica a la homosexualidad clínicamente como una enfermedad mental, continúa construyendo caracterizaciones de algunas identidades y prácticas sexuales como trastornos, teniendo como punto tácito de comparación o referencia más importante, ciertas identidades y prácticas asociadas a la heterosexualidad reproductora presentadas como el paradigma de la sexualidad saludable. Para esta investigación estoy entendiendo como práctica sexual los gustos, algo con lo que se puede satisfacer un deseo erótico -tener sexo en silencio, en público, en la casa, con zapatos, etc.- que cualquier persona pueda tener independientemente de su identidad sexual, mientras que las identidades sexuales se relacionan con el objeto de deseo elegido, sea este homosexual, bisexual, lésbico, heterosexual u otro.

Ahora sí, ¿por qué este tema? Pues porque las identidades y las prácticas sexuales son de las construcciones culturales que más se naturalizan y al hacerlo, se edifican representaciones sociales que, aunque contradictorias en sus discursos y acciones, sus mandatos y trasgresiones, logran instaurar una normalidad moral, psíquica y legal que descarta las fantasías, deseos y prácticas de, probablemente, la mayoría de seres humanos. No sólo desde el sentido común de quienes no han estado en el sistema educativo formal se reproduce este modelo sexual, también desde el sentido común de quienes se dedican al periodismo, a la sociología, la historia, la economía, etc. Las personas, independientemente de nuestro status cultural, económico, académico o religioso, tendemos a dar por sentado casi todo lo que tiene que ver con la sexualidad. Con ello, contribuimos a deificar un sistema que se explica a sí mismo desatendiendo cualquier análisis histórico. Pero tanto las experiencias de personas que se incluyen en identidades estigmatizadas -y que por ello son moral y simbólicamente desautorizadas- como las de quienes se asumen heterosexuales, son investigables desde las ciencias sociales, evidentemente no para saber “por qué son así”, sino para profundizar en el conocimiento de la construcción social de la sexualidad y contribuir en su historización.

Dicha construcción no es para nada azarosa, está orientada de muchas maneras, institucionalizando ciertos deseos y prácticas eróticas heterosexuales como el paradigma de la naturalidad desde el que se sujetan, orientan y producen apetitos y prácticas, aunque, ciertamente, sin lograr contener decididamente la diversidad del deseo.

La heterosexualidad vista como institución, esto es, como el lugar donde se instaura la legitimidad sexual, es una construcción histórica inacabada en la cual participan otras instituciones tales como la religión, la educación, la legislación y la medicina.

Dentro de esta última, la psiquiatría, con la participación de la psicología, la enfermería y el trabajo social, ha tenido la función de regular el comportamiento sexual mediante la observación, el análisis, la clasificación, el diagnóstico y la medicación de aquellas identidades, deseos, fantasías y prácticas sexuales que están fuera de una “sexualidad saludable”.

Entonces, ¿Tiene algo que decir la historia, como disciplina, de la sexualidad en las personas, en los grupos, en las instituciones? Claro que sí. Para empezar, debe contribuir a trastornar el orden según el cual la sexualidad se ubica solo en el registro de lo natural.

En ese trasiego se ubica esta investigación de la cual presento enseguida algunos elementos teóricos que le sustentan para, en una segunda parte, describir y analizar las identidades y prácticas sexuales presentes en los manuales y su relación con las representaciones del discurso psiquiátrico.

LA SEXUALIDAD EN CONSTRUCCIÓN

Iniciemos considerando, en acuerdo con Jeffrey Weeks, que existen tres momentos fundamentales en la historia de la sexualidad, según los cuales, durante el siglo I de esta era se fortalece el ascetismo sexual, pasando a los siglos XII y XIII en los cuales se regula el matrimonio para que luego, durante los siglos XVIII y XIX, la medicina, la psicología y la educación compartan con los poderes religiosos en la construcción de una normalidad sexual que por definición incluye únicamente las relaciones heterosexuales, convirtiendo todo lo demás en desviación sexual.³²

Ciertamente, durante los siglos XVIII y XIX principia lo que serían las representaciones contemporáneas de la sexualidad que incluyen:

“(…) nuevas tipologías de la degeneración y la perversión y hubo un crecimiento decisivo de nuevas identidades sexuales. La homosexualidad dejó de ser una categoría del pecado para convertirse en una disposición psicosexual. La sexología empezó a hacer especulaciones acerca de las leyes del sexo, y la “sexualidad” finalmente surgió como un continente de conocimientos separado con sus propios efectos distintivos.”³³

Este movimiento que, conservando mucho de lo viejo, ofrecía innovaciones, estuvo relacionado con un aumento en la atención que socialmente se prestaba a los individuos en busca de uniformidad moral, ventura económica, salud y seguridad nacionales. Estas

³² Weeks, Jeffrey, *Sexualidad*. México (Paidós) 1998, págs. 37-38.

³³ Idem, p. 38. comillas en el original.

preocupaciones incluyeron como un tema más, la vida sexual de cada quien por lo que ésta también fue gobernada, temida, investigada e intervenida legal, médica y asistencialmente.³⁴

Producto del gobierno y la indagación del sexo se crean, según Weeks, dos conceptos fundamentales: el de perversión y el de diversidad. Estos conceptos surgen en el contexto de una jerarquización sexual que genera propuestas conservadoras, como la de perversión como el lugar más bajo de la desviación, y lecturas no hegemónicas como la idea de diversidad que apunta a un *continuum* que expresa diferentes manifestaciones, ninguna de las cuales vale más que otra.³⁵

Los intereses investigativos, representados en parte por la sexología, están claramente enfocados: lo que importa no es la heterosexualidad, con lo cual se la naturaliza, sino la etiología y descripción de las perversiones, y con ello, su patologización.³⁶

Por su parte Michel Foucault ubica los inicios de nuestra moral sexual a finales del siglo XVII, época en que comienza a desaparecer la flexibilidad sexual característica de tiempos anteriores. A la par del surgimiento del capitalismo y de la clase victoriana, se inician cambios que aún permanecen en el imaginario actual:

“Entonces la sexualidad es cuidadosamente encerrada. Se muda. La familia conyugal la confisca. Y la absorbe por entero en la seriedad de la función reproductora. En torno al sexo, silencio. Dicta la ley la pareja legítima y procreadora. Se impone como modelo, hace valer la norma, detenta la verdad, retiene el derecho de hablar –reservándose el principio del secreto. Tanto en el espacio social como en el corazón de cada hogar existe un único lugar de sexualidad reconocida, utilitaria y fecunda: la alcoba de los padres. El resto no tiene más que esfumarse; la conveniencia de las actitudes esquiva los cuerpos, la decencia de las palabras blanquea los discursos.”³⁷

³⁴ Idem, p. 40.

³⁵ Idem, p.71.

³⁶ Idem, p.73.

³⁷ Foucault, Michel, *Historia de la Sexualidad. La voluntad de saber*. México (Siglo Veintiuno) 2000, págs. 9-10.

Para él, este es el tiempo que ve nacer la represión, el silenciamiento, la reubicación y la clasificación de toda identidad y práctica que no fuera la heterosexual-matrimonial, proceso que contó con la psiquiatría para trasladar: “(...) el placer que no se menciona al orden de las cosas que se contabilizan.”³⁸

Medicina, justicia penal y psiquiatría se constituyeron en los principales productores de discursos sobre el sexo durante los siglos XVIII y XIX. Uno de esos productos, dado en el XIX, es la invención de la homosexualidad:

“Esta nueva caza de las sexualidades periféricas produce una incorporación de las perversiones y una nueva especificación de los individuos. La sodomía –la de los antiguos derechos civil y canónico- era un tipo de actos prohibidos; el autor no era más que su sujeto jurídico. El homosexual del siglo XIX ha llegado a ser un personaje: un pasado, una historia y una infancia, un carácter, una forma de vida; así mismo una morfología, con una anatomía indiscreta y quizás misteriosa fisiología (...) La homosexualidad apareció como una de las figuras de la sexualidad cuando fue rebajada de la práctica de la sodomía a una suerte de androginia interior, de hermafroditismo del alma. El sodomita era un relapso, el homosexual es ahora una especie.”³⁹

*Atravesando esta discusión aparecen el género y el sexo. La idea de que el sexo y el género constituyen un par (sistema sexo-género) ha sido la base de numerosas investigaciones sobre temas sexuales. Pero una de sus principales fundadoras, Gayle Rubin, critica su propia elaboración teórica en la que partía de la existencia de una estrecha relación entre sexo y género como manifestaciones de un mismo proceso social.*⁴⁰

Según ella:

“El género afecta al funcionamiento del sistema sexual, y éste ha poseído siempre manifestaciones de género específicas. Pero aunque el sexo y el género están

³⁸ Idem, págs. 10-11.

³⁹ Idem, págs. 56-57. Cursiva en el original.

relacionados, no son la misma cosa, y constituyen la base de dos áreas distintas de la práctica social. (Por lo cual) es absolutamente esencial analizar separadamente género y sexualidad si se desean reflejar con mayor fidelidad sus existencias sociales distintas.”⁴¹

Al decir esto, Rubin favorece la distinción entre interpretaciones –feministas esencialistas y antifeministas- que naturalizan lo sexual al partir de la existencia de dos sexos y dos géneros que se corresponden entre sí, colocando a los primeros como lo biológico y a los segundos en el terreno cultural, e interpretaciones radicales que proponen la existencia de múltiples sexos y géneros, y donde unos y otros son construcción cultural.

En lo que ella misma titula teoría radical del sexo, Gayle Rubin propone la existencia de algunos axiomas que, generalmente de modo inconsciente y entremezclados entre sí, subyacen en todo pensamiento alrededor de la sexualidad. Uno de ellos es el esencialismo sexual que consiste en designar al sexo como algo natural que se manda a sí mismo independientemente del contexto cultural. También menciona la negatividad sexual, proposición según la cual el sexo es algo malo, peligroso e incontenible. La falacia de la escala extraviada es el axioma desde el cual se valora excesivamente el sexo y sus consecuencias, incluyendo los supuestos castigos que genera. Por su parte, la valoración jerárquica de los actos sexuales concede el lugar superior, moralmente hablando, a los actos heterosexuales realizados dentro del matrimonio con fines reproductivos, y la última grada a los transexuales, travestís, fetichistas, sadomasoquistas y otros. La teoría del dominó del peligro sexual, patrocina la necesidad de establecer límites entre la sexualidad sana y la enferma, sosteniendo que de lo contrario se darían importantes consecuencias dañinas. Finalmente, la ausencia de un concepto de variedad sexual benigna afirma la existencia de una manera mejor de practicar el sexo, resultando las otras en el territorio de la maldad.⁴²

Para Rubin, en estos pensamientos alrededor de la sexualidad, la medicina y la psiquiatría han tenido una función central en la medida en que contribuyen con la producción de

⁴⁰ Rubin, Gayle. “Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad.” En: Carole Vance (ed.) *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. España (Talasa) 1989, págs. 183-184.

⁴¹ Idem, p. 184. Paréntesis mío.

⁴² Idem, págs. 130-143.

categorías que colocan algunas conductas sexuales como equivocadas.⁴³ Afirma que el apartado sobre desórdenes psicosexuales del DSM es claro ejemplo de la jerarquía moral actual.

Esta jerarquía se manifiesta mediante la clasificación de la sexualidad en una que se propone como buena, normal, natural, sagrada –heterosexual, en matrimonio, monógama, procreadora, no comercial, en parejas, en una relación, entre miembros de la misma generación, en privado, no pornográfica, sólo cuerpos y suave- y otra que se representa mala, anormal, antinatural, maldita –homosexual, sin matrimonio, promiscua, no procreadora, comercial, solo o en grupos, esporádico, intergeneracional, en público, pornográfica, con objetos manufacturados, sadomasoquista.⁴⁴

Pero lo “bueno” y lo “malo” del sexo tiene en su interior gradaciones que van de lo “mejor” a lo “peor”. El sexo “bueno” –normal, natural, saludable, sagrado- es heterosexual, en matrimonio, monógamo, procreador y en la casa. El sexo que ocupa una posición intermedia es el practicado por parejas heterosexuales no casadas, heterosexuales promiscuas, la masturbación, parejas estables de *gay* y lesbianas, lesbianas en el bar, *gays* promiscuos en saunas o parques. Y el sexo “malo” –anormal, antinatural, dañino, pecaminoso, “extravagante”- es aquel donde participan travestidos, transexuales, fetichistas, sadomasoquistas, parejas intergeneracionales y que se hace por dinero.⁴⁵

Con respecto a la crítica de naturalizar dos sexos, también Marta Lamas afirma que la existencia de hombres y mujeres más que un dato biológico lo es cultural.⁴⁶ Para ella, el sexo no tiene solo dos posibilidades sino varias que surgen de las potenciales combinaciones que se dan entre las siguientes áreas fisiológicas que determinan el sexo: genes, hormonas, gónadas, órganos reproductivos internos, órganos reproductivos externos.⁴⁷ La combinación, aproximada e inacabada, de dichas áreas expresan un continuo, y no una dicotomía con lo femenino y lo masculino como extremos, desde el cual

⁴³ Idem, p. 137.

⁴⁴ Idem, p. 139.

⁴⁵ Idem, p. 140.

⁴⁶ Lamas, Marta. “Usos, dificultades y posibilidades de la categoría “género”.” En: Marta Lamas (ed.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México (PUEG) 1996, p. 340.

⁴⁷ Idem, p. 339.

se pueden reconocer al menos cinco sexos biológicos: varones, personas con dos testículos; mujeres, personas con dos ovarios; hermafroditas, personas con un ovario y un testículo al mismo tiempo; hermafroditas masculinos, personas con testículos y algunos caracteres sexuales femeninos; hermafroditas femeninos, personas con ovarios y algunos caracteres sexuales masculinos.⁴⁸

La reproducción de la idea de dos sexos produce solo dos tipos de seres humanos: hombres y mujeres y también solo dos tipos identidades sexuales: heterosexual y homosexual. Donde lo homosexual está excluido de la legalidad.⁴⁹

Identidades y prácticas sexuales

Lo erótico lo es sólo en contextos culturales específicos, esto que ahora entendemos por sexo, surgido como unidad conceptual sólo en el mundo moderno, está atravesado por lenguajes que establecen qué es, qué debería ser y qué podría ser el sexo.⁵⁰ Según Weeks:

“Cada cultura establece lo que Plummer llama “restricciones de quién” y “restricciones de cómo”. Las “restricciones de quién” tienen que ver con las parejas, su género, especie, edad, parentesco, raza, casta o clase, y limitan a quién podemos aceptar como pareja. Las “restricciones de cómo” tienen que ver con los órganos que usamos, los orificios que se pueden penetrar, el modo de relación sexual y de coito: qué podemos tocar, cuándo podemos tocar, con qué frecuencia, y así sucesivamente.”⁵¹

Para este investigador la sexualidad contemporánea y occidental es una construcción histórica contingente, que depende de las diversas posibilidades biológicas y mentales, tales como el deseo, las necesidades, etc. que pueden tener o no relación entre sí.⁵²

El intento por definir las prácticas e identidades sexuales obliga a la revisión de la normalidad y la anormalidad construida alrededor del tema. Para Weeks:

⁴⁸ Idem, págs. 339-340.

⁴⁹ Idem, p. 348.

⁵⁰ Weeks, Jeffrey, *Sexualidad...*, p. 20.

⁵¹ Idem, p. 31. Comillas en el original.

⁵² Idem, p. 20. Comillas en el original.

“En primer lugar, debemos reconocer, con más facilidad de lo que solemos hacerlo, que las identidades sexuales no están predeterminadas ni son automáticas o fijas. Al contrario, están socialmente organizadas y son contingentes y modificables.”⁵³

Lo mismo puede decirse de las prácticas sexuales, no son inherentes ni a las personas ni a las identidades, aunque tanto la psiquiatría como el catolicismo insistan en ello.

El orden simbólico

Investigadores como Pierre Bourdieu han ofrecido ideas para el análisis cultural que son ampliamente útiles para investigar realidades alrededor de la sexualidad.

El autor profundiza en dos conceptos fundamentales para la interpretación de la realidad, y aunque él mismo advierte que dichos conceptos no pueden ser definidos de manera aislada, recupero algunas de sus características, señaladas por el propio Bourdieu, para las ideas de campo y capital.

Con respecto a la idea de campo, término que él utiliza en lugar de sociedad, pero de una manera muchísimo más compleja, ésta alude de manera especial a las relaciones, pudiendo definirse como las relaciones objetivas que se dan entre instituciones o personas (agentes para el investigador) según las diferentes posiciones que ocupen a partir de su situación presente o futura en la repartición del poder en términos de dominación, subordinación, homología, etc.⁵⁴

El autor dice que estudiar un campo conlleva tres momentos, el primero trata de analizar el campo en cuestión con respecto al campo del poder⁵⁵. En el caso de esta investigación estaría hablando del campo sexual, como uno subsumido dentro del campo amplio del poder. El segundo momento consiste en ubicar y analizar las relaciones de poder

⁵³ Idem, p. 63.

⁵⁴ Bourdieu, Pierre y Loïc J.D. Wacquant. *Respuestas por una antropología reflexiva*. México (Grijalbo) 1995, p. 64.

⁵⁵ Idem. P. 69.

estructurales entre quienes conformen los campos analizados⁵⁶. Se trataría de identificar la estructura de poder del campo sexual (quiénes ocupan un lugar negado y quiénes están autorizados para hablar y nombrar la normalidad) y el tipo de relaciones que dicho poder origina, es decir, las respectivas posiciones de poder entre, por un lado, los agentes denominados “pacientes” y el personal de psiquiatría, enfermería, trabajo social y psicología que, como agentes también, representan a la institución psiquiátrica. Los pacientes se constituyen como tales en la medida en que son nombrados como eso, como pacientes con algún trastorno por los psiquiatras que están autorizados, por el CIE, el DSM, el colegio profesional, las diferentes asociaciones, los muchos comités que se especializan en subtemas, y otras instancias, a colocar a “otros” en la anormalidad.

Y el tercer momento es aquel donde se analizan los campos, sistemas de relaciones, que se dan con autonomía de las personas que les integran.⁵⁷ Cómo más allá de cada profesional, de cada comité científico, de cada paciente, existen modalidades de relaciones institucionalizadas en la psiquiatría que no dependen de la voluntad individual de nadie para darse o reproducirse. Para este trabajo implicaría acercarse a la manera en que los agentes –entiéndase personal de psicología, trabajo social, enfermería y psiquiatría- interpretan la realidad, de acuerdo a sus propias condiciones que incluye no sólo su ubicación como profesionales, sino también sus valores y sus propias prácticas e identidad sexuales, cómo perciben lo que hacen y valoran las apreciaciones de los demás.

⁵⁶ Idem. P. 70.

⁵⁷ Ibidem.

Además, para el autor, la construcción de un campo implica identificar la relación entre las formas específicas de capital que tienen importancia en ese campo y la lógica específica de dicho campo.

Con respecto a su idea de capital, él distingue tres tipos, el económico, el cultural y el social, estos tres grandes grupos de capital deben ser considerados, además, a la luz del capital simbólico.

Relacionado con los capitales, está la idea de poder simbólico que consiste en: “(...) el poder de construir lo dado enunciándolo, de actuar sobre el mundo al actuar sobre la representación de éste (...)”.⁵⁸

Para él, el poder simbólico funciona en la medida en que quien escucha legitima a quien habla, legitimidad fundamentada en lo que él llama la violencia simbólica, que consiste en imponer una interpretación de la realidad, hegemónica, como la válida o natural, y en que esa imposición sea aceptada por quien la recibe. Quien recibe esta violencia contribuye en su construcción y mantenimiento.

Según el criterio del autor, este tipo de violencia es mucho más poderosa que la de tipo político-policíaca, porque no necesita imponer el orden que defiende, ya que éste es aceptado como válido, debido a que las mismas estructuras mentales de las personas legitiman como natural lo que en realidad responde a los intereses de unos pocos. Habría que considerar acá que en el caso de la psiquiatría si bien podemos confirmar su poder de construir e imponer una normalidad versus trastorno, esto no se da sin contradicciones, una de las cuales es el hecho de que muchas personas que están en el hospital lo hacen de manera involuntaria.

LOS MANUALES DE CLASIFICACIÓN

El personal del Hospital Nacional Psiquiátrico, igual que debe hacerse a nivel internacional, debe reportar las diferentes enfermedades que ahí se atienden de acuerdo a los criterios diagnósticos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE). A pesar de ello, el Manual Diagnóstico y Estadístico de

los Trastornos Mentales (DSM) es frecuentemente utilizado como guía práctica para diagnosticar. Ambos documentos son empleados por profesionales en psiquiatría: uno, el DSM, para entender, otro, el CIE, para nombrar lo entendido.

Antes de comenzar con los documentos detengámonos en algunas precisiones de vocabulario para facilitar su entendimiento. La categoría “atípico” hace alusión a la existencia de abundante información que ubica la clase de trastorno, pero no como para determinar un diagnóstico preciso. “No especificado” puede querer decir que: no hay información, la información no puede usarse, la sintomatología no cumple los criterios de un trastorno específico. “Curso” refiere a la evolución del trastorno. “Factores predisponentes” son aquellas característica de la persona que le ponen en riesgo de desarrollar un trastorno determinado. “Prevalencia” es la proporción de adultos que al mismo tiempo y en el mismo momento de sus vidas, cumplen con los criterios para el trastorno. Con respecto a la definición de cada trastorno sexual, la iré anotando entre paréntesis la primera vez que aparezca el término, tratando de dar una definición que coincida con ambos tipos de manuales y sus diferentes versiones. Debo aclarar que, en general no estoy de acuerdo con dichas definiciones porque parten o reproducen la idea de que ciertas identidades y prácticas son de por sí patológicas.

LAS CIE

En la CIE 9, publicada en 1975, existe una gran y única categoría denominada “desviaciones y trastornos sexuales”⁵⁹, ya en la CIE 10, publicada en 1992 y en uso aún, esa categoría desaparece para dar cabida a dos clasificaciones: la clase de los “trastornos de la identidad de género”, donde se incluye el transexualismo (deseo continuo de tener el físico y los roles del sexo biológico al que no se pertenece) y el transvestismo de rol dual

⁵⁸ Idem, p.106.

⁵⁹ Usaré las comillas sólo para indicar el nombre de categorías o grupos de trastornos que aparecen en los manuales. Para no hacer pesada la lectura, las evitaré como recurso para mostrar mi desacuerdo con algunos términos usados por la psiquiatría para designar algunas identidades y prácticas sexuales.

(uso, durante un período, de ropa del sexo al que no se pertenece), y la clase de los “trastornos de la preferencia sexual”, que entre otras, considera prácticas como el fetichismo (depender de un objeto para la excitación sexual), el exhibicionismo (costumbre de exhibir los genitales ante personas ajenas), transvestismo fetichista (usar ropa del otro sexo con la idea de excitarse sexualmente), voyeurismo (práctica de observar a personas durante un acto sexual o la desnudez), la pedofilia (preferencia sexual por los niños o niñas), el sadomasoquismo (preferencia por aquella actividad sexual que implica sufrimiento o humillación propio o de la pareja).

El cambio más notable entre ambos manuales es la ausencia, en el CIE 10, de la homosexualidad -definida como lesbianismo y sodomía- debido a que en 1993 la OMS decidió excluirla de su lista de enfermedades. Valga señalar que dicho organismo toma esa disposición exactamente 20 años después de que lo hiciera la APN, que la suprimió en 1973. Las condiciones que permitieron que una organización con status de garante mundial de la salud haya insistido en la representación de la homosexualidad como trastorno sexual, tanto tiempo después de los debates y la decisión al interior de la APN, son interesantes de indagar en otra investigación.

Ahora bien, desaparece el homosexualismo pero emergen la “orientación sexual egodistónica” (insatisfacción o infelicidad con la orientación propia), el “trastorno de la maduración sexual” (incertidumbre sobre su identidad de género o su orientación sexual), los “trastornos múltiples de la preferencia sexual” (varias preferencias sexuales anormales en una sola persona) y emerge el término “parafilia” (fantasías, impulsos o comportamientos sexuales que incluyen objetos no humanos, sufrimiento o humillación propio o de la pareja, y participación de niños, niñas o personas que no consienten), como una gran categoría de los “trastornos de la preferencia sexual” que de alguna manera cubren el vacío que deja la supresión de la homosexualidad. Ya veremos que algo semejante ocurre con los DSM.

La otra diferencia entre ambos manuales, cambio que también se observa entre los DSM, es el aumento y la reclasificación, en la décima revisión, de los llamados trastornos sexuales: aparecen no sólo dos grandes categorías, en sustitución de la única anterior, sino también algunos trastornos son recategorizados, tal el caso del sadomasoquismo, que ya no se corresponde a la subcategoría “otras” sino que tiene su propio lugar en la lista, ni se interpreta como dos –sadismo y masoquismo- sino como uno; lo mismo sucede con el transvestismo que se apellida como de “rol dual”, y el fetichismo, que deja de estar en “otras” para tener lugar por sí mismo, además de la combinación de “transvestismo fetichista”. Por otro lado, aparecen prácticas como el voyeurismo, y en la subcategoría “otros trastornos”, se incluye la actividad sexual con animales, la estrangulación durante el orgasmo, el froteurismo (frotarse contra otras personas en lugares públicos y con fines de satisfacción sexual), la necrofilia (actividad sexual con cadáveres) y las llamadas telefónicas con contenido sexual.

Estos movimientos por medio de los cuales surge un nuevo trastorno o uno existente es más especificado o cambiado de lugar, desvelan lo que Rubin llama la valoración jerárquica de los actos sexuales, por medio de la cual la psiquiatría construye una sexualidad enferma y, por contraposición, una sana. Indican también un nivel de sofisticación, que vemos con mayor dramatismo en los DSM, en la manera de observar, fichar y conceptualizar la sexualidad, que no deja margen al secreto. Comparando, así sea sólo visualmente, la columna de la CIE-9 con la de la CIE-10 que aparecen en el cuadro 1, es claro el aumento en los trastornos sexuales. Como diría Weeks, la creación de “nuevas tipologías de la degeneración y la perversión.”

Pero detengámonos en algunas definiciones que los mismos manuales ofrecen. Primero con la CIE 9. Las “desviaciones” y los “trastornos sexuales” son caracterizados como una:

“Inclinación o comportamiento sexual anormal. Los límites y las características normales de la inclinación y del comportamiento sexuales no han sido establecidos de manera absoluta en las diferentes sociedades y culturas, pero, en sentido amplio, son de naturaleza tal que sirven para propósitos sociales y biológicos aprobados. La actividad sexual de la persona afectada se dirige primariamente ya sea hacia una

persona que no es del sexo opuesto o hacia acciones de carácter sexual no asociadas normalmente con el coito o hacia el coito efectuado en circunstancias anormales.”⁶⁰ Aunque esta definición incluye una consideración del papel de la cultura en la delimitación de lo que sería normal o no, parte de unos márgenes claros de lo que sería una sexualidad normal -con propósitos sociales y biológicos aprobados- más allá de los cuales se está en dominios de la anormalidad. El carácter funcional de la sexualidad, bastante claro en este párrafo, es aún frecuente algunos discursos, tanto de quienes tienen posturas conservadoras como de quienes proponen el derecho a la diversidad incluyendo, por su puesto, a los manuales de psiquiatría, aunque ahora de manera menos obvia.

Mientras, la homosexualidad se describe como una: “Atracción sexual, exclusiva o predominante, hacia personas del mismo sexo, con o sin relación física,”⁶¹ revelando una inclusión, no sólo de la práctica, sino también de los deseos, que acercan a este manual con la moral católica según la cual tanto los actos como los deseos pueden ser pecaminosos.

El establecimiento de una normalidad sexual, que incluye sexo heterosexual, coital y *light*, -o vainilla, como diría Rubin-, aparece en las definiciones anteriores. Prestemos atención a lo que se dice del “trastorno de la identidad psicosexual”, después de lo cual podemos agregar que dicha normalidad incluye una normatividad genérica corporal en términos indumentarios y de maneras:

“Comportamiento que se presenta en preadolescentes de psicosexualidad inmadura, similar al mostrado en la desviación sexual descrita como travestismo y transexualismo. El uso de vestidos del sexo opuesto es intermitente aunque puede ser frecuente, cuando todavía no se ha establecido de manera fija la identificación con la conducta y la apariencia del sexo opuesto. La forma más común es la del muchacho afeminado.”⁶²

⁶⁰ Organización Mundial de la Salud, *Trastornos mentales: glosario y guía para su clasificación según la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades*. EUA (OMS) 1978, p. 40. Si bien esta no es la CIE-9 de 1975, sí contiene la reproducción exacta de los trastornos sexuales de dicho documento.

⁶¹ *Ibidem*.

⁶² *Idem*, p.41.

Y aunque la frigidez y la impotencia no sean ni una identidad ni una práctica sexual, sólo para ampliar el contexto, y debido a que continúan apareciendo en todos los manuales, incluyendo los DSM, transcribo su definición.:

“Frigidez: Disgusto o aversión por el acto sexual, de origen psíquico, de suficiente intensidad que conduce a evitar activamente el coito normal o a practicarlo con marcada ansiedad, malestar o dolor. (...) Impotencia: Continua incapacidad debida a causas psicológicas, para mantener una erección que permita llegar a la penetración heterosexual normal y a la eyaculación.”⁶³

En tales enunciaciones, además de notar que el disgusto por el sexo no se concibe en hombres (sólo las mujeres son frías), se advierte que no basta con ser heterosexual, sino que se debe tener actividad sexual que necesariamente incluya coito. Esto es, la psiquiatría no se limita a regular los deseos o actos “desviados”, incluye la normalización de la heterosexualidad en su versión más básica: el coito entre un hombre y una mujer.

Ahora centrémonos en algunas construcciones de la CIE-10. A diferencia de la 9, esta guía no habla de desviación sino exclusivamente de trastorno, aunque sin precisar el término, lo cual podría hacer pensar que sólo se trata de un cambio cosmético, cambiar una palabra que puede resultar muy ofensiva por otra aparentemente más neutral o clínica.

Como la OMS ha sacado ya a la homosexualidad de su lista, esta guía incluye una aclaración de que la orientación sexual no es en sí misma un trastorno.⁶⁴ Aunque en realidad ésta nunca fue un problema para la OMS, salvo en los casos en que dicha orientación no era heterosexual. La homosexualidad, con ese nombre, no existirá más como un trastorno, pero muchos sentimientos y prácticas, asociadas a ésta, sí lo serán. Como una muestra, la definición de “trastorno de la maduración sexual”:

“El paciente sufre incertidumbre con respecto a su identidad de género o a su orientación sexual, lo cual le produce angustia y depresión. Esto ocurre más frecuentemente en adolescentes que no están seguros de tener orientación homosexual, heterosexual o bisexual, o en personas que después de un periodo de

⁶³ Ibidem.

⁶⁴ Organización Mundial de la Salud, *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Volumen I.* EUA (OMS) 1992. p.354.

orientación sexual aparentemente estable, a menudo con relaciones de lapsos de larga duración, encuentran que su orientación sexual está cambiando.”⁶⁵

Pero donde más claramente puede advertirse esto es en la invención de la orientación sexual egodistónica, descrita como aquella en la que:

“No existen dudas sobre la identidad de género o la preferencia sexual (heterosexual, homosexual, bisexual, prepuberal o indefinida), pero el paciente desea que esto sea diferente por los trastornos psicológicos y del comportamiento asociados, y puede solicitar tratamiento para cambiarlas.”⁶⁶

Si ya no es una enfermedad, la homosexualidad no puede ser tratada médicamente, pues ha dejado de ser una desviación. Entonces, ahora el problema es aquel homosexual que tiene dificultades para vivir con su identidad sexual. Porque aunque la guía hable en sentido general de las preferencias sexuales, y no de la preferencia homosexual, resulta debatible que alguien entre en crisis o solicite tratamiento por ser heterosexual.

Cuadro N°1

Trastornos sexuales relacionados con identidades y prácticas sexuales incluidos en los CIE 9 y 10⁶⁷ de la OPS

CIE-9 (1975) ⁶⁸	CIE-10 (1992) ⁶⁹
<u>Desviaciones y trastornos sexuales:</u>	<u>Trastornos de la identidad de género:</u>
Homosexualidad (lesbianismo y sodomía)	Transexualismo
Bestialidad	Transvestismo de rol dual
Pedofilia	Trastorno de la identidad de género en la

⁶⁵ Ibidem.

⁶⁶ Ibidem. Paréntesis en el original.

⁶⁷ Tanto para el caso de la CIE como del DSM he considerado únicamente aquellos trastornos relacionados con lo definido como identidades y prácticas sexuales, excluyendo otros, como impotencia, frigidez, etc. que también aparecen como un trastorno sexual en esos documentos.

⁶⁸ Organización Mundial de la Salud, *Trastornos mentales: glosario ...*, págs. 40-42.

⁶⁹ Organización Mundial de la Salud, *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades...*

Travestismo	niñez
Exhibicionismo	Otros trastornos de la identidad de género
Transexualismo	Trastorno de la identidad de género no especificado
Trastorno de la identidad psicosexual	<u>Trastornos de la preferencia sexual:</u> (incluye
Otras (fetichismo, masoquismo, sadismo)	parafilias)
Sin especificación	Fetichismo
	Transvestismo fetichista
	Exhibicionismo
	Voyeurismo
	Pedofilia
	Sadomasoquismo
	Trastornos múltiples de la preferencia sexual
	Otros trastornos de la preferencia sexual (llamadas telefónicas obscenas, actividad sexual con animales, estrangulación para la excitación, froteurismo, necrofilia)
	Trastorno de la preferencia sexual, no especificado
	Trastornos psicológicos y del comportamiento asociados con el desarrollo y con la orientación sexuales
	Trastorno de la maduración sexual
	Orientación sexual egodistónica
	Trastorno de la relación sexual
	Otros trastornos del desarrollo psicosexual
	Trastorno del desarrollo psicosexual, no especificado

LOS DSM⁷⁰

Aunque me fue imposible localizar el DSM-II, que en una de sus versiones publica el razonamiento con que la ANP justifica su decisión de excluir la homosexualidad, el DSM-III la reproduce:

“Se ha discutido mucho sobre si la homosexualidad en sí misma puede clasificarse o no como un trastorno mental. En diciembre de 1973, el Comité de Expertos de la Asociación Americana de Psiquiatría decidió la eliminación de la homosexualidad como trastorno mental, sustituyéndola por una nueva categoría – alteraciones de la orientación sexual- reservada para aquellos homosexuales “perturbados por, en conflicto con, o con deseo de cambiar su orientación sexual”. Esta modificación apareció en la séptima edición del DSM-II y así se mantuvo en sucesivas reediciones. La supresión de la homosexualidad por sí misma en el DSM-II se basó en el razonamiento siguiente: el punto crucial que determina si la homosexualidad *per se* puede ser considerada o no como un trastorno mental no reside en la etiología de esa condición, sino en sus consecuencias y en el modo en que se defina el trastorno mental. Una importante proporción de homosexuales están aparentemente satisfechos con su orientación sexual y no muestran signos ostensibles de psicopatología (a no ser que la homosexualidad en sí misma sea considerada psicopatológica), siendo capaces de actuar social y laboralmente sin ninguna dificultad. Si se emplea el criterio de malestar o incapacidad, la homosexualidad *per se* no es un trastorno mental. Si se recurre al criterio de desventaja inherente, no está

claro en absoluto que la homosexualidad constituya una desventaja en todas las culturas o subculturas.”⁷¹

Según mi criterio, un aspecto que despunta en el razonamiento anterior es el hecho de que la homosexualidad no fuera eliminada sin más, sin colocar nada en su lugar. La Asociación Norteamericana de Psiquiatría decidió llenar el lugar de la anormalidad, ocupado hasta entonces por la homosexualidad, con lo cual continúa existiendo una frontera entre la “buena” y la “mala” sexualidad.

Ahí mismo se aclara que si bien en el DSM-II la homosexualidad contaba dentro de las desviaciones sexuales, en el III la homosexualidad egodistónica no forma parte de esa categoría. Distinción con la que probablemente se desee destacar, según creo sin éxito, que no se está patologizando el hecho de ser homosexual egodistónico .

Ahora vamos con las cuatro versiones del DSM que aparecen en el cuadro 2⁷²: el III, publicado en 1980, el III Revisado, de 1987, el IV, 1994 y el IV Texto Revisado, del 2000 hasta la fecha.

El DSM-III ubica las identidades y prácticas en cinco clases: “trastornos de la identidad sexual”, “parafilias”, “parafilias atípicas” –dentro de éstas la coprofilia (excitación sexual asociada a las heces), frotación, clismafilia (excitación sexual relacionada con los enemas), misofilia (placer sexual asociado con la suciedad), necrofilia, escatología telefónica (llamadas telefónicas con contenido sexual), y urofilia (excitación sexual relacionada con la orina)- “otros trastornos psicosexuales” y “trastornos psicosexuales no clasificados”, mientras la versión revisada las ordena según cuatro categorías que varían un poco: “parafilias”, “parafilias no especificadas” –en vez de parafilias atípicas-, “trastornos

⁷⁰ El DSM-I se publica en 1952.

⁷¹ American Psychiatric Association, *DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. México (masson, s.a.) 1984. Págs. 396-397.

⁷² Es importante recordar que aún en el DSM II, publicado en 1968, se incluye a la homosexualidad como un trastorno. Sin embargo, en una de sus versiones ésta es ya excluida.

sexuales no especificados” –en vez de trastornos psicosexuales no clasificados-, y “otros trastornos psicosexuales”.

En el DSM-IV las categorías disminuyen hasta quedar sólo tres: “parafilias”, “parafilias no especificadas” y “trastorno de la identidad sexual no especificado”. También incluye las disfunciones sexuales (deseo sexual inhibido, excitación sexual inhibida, orgasmo femenino inhibido, orgasmo masculino inhibido, etc.) Estas disfunciones aparecen, más o menos detalladas, en los otros manuales revisados.

El DSM-IV-TR conserva la misma clasificación del IV.

Como vemos, el paso de cinco a tres tipos no excluyó ninguna de las clases que se refieren a las parafilias.

Mientras tanto, notemos los detalles de cada una de las identidades y prácticas, y sus cambios, en estas versiones del DSM.

El rasgo distintivo del DSM-III es la aparición de la homosexualidad egodistónica como sustituta de la recién eliminada homosexualidad. Lo enfermo no es ya ser homosexual, sino no ser feliz con ello.

Ya en el III-R desaparece la homosexualidad egodistónica, también la misofilia, al tiempo que hace su aparición la tipología “trastornos sexuales” como el calificativo que engloba todas las categorías. Aparecen además el fetichismo, especificado como transvestista, y el parcialismo (interés sexual sólo en una parte del cuerpo), como prácticas sexuales no incluidas antes.

Los cambios que veremos después de eso será la inclusión, en el DSM-IV, del “trastorno sexual no especificado” (ausencia de pensamientos eróticos, etc.), “trastorno de la identidad sexual no especificado” (comportamiento transvestista transitorio relacionado con el estrés, etc.), “trastorno sexual no especificado” (sentimiento de inadecuación respecto a actitud sexual, etc.)

El DSM en su versión revisada, se mantendrá igual que su antecesora.

Con respecto a las definiciones del DSM-III, leamos las precisiones de los cuatro grupos que integran los denominados “trastornos psicosexuales”:

“Los trastornos de la identidad sexual se caracterizan porque el individuo tiene sentimientos de malestar e inadecuación sobre su sexo anatómico, así como por conductas persistentes, generalmente asociadas con el sexo contrario. Las parafilias se caracterizan por la excitación sexual como respuesta a objetos o situaciones sexuales que no forman parte de los estímulos normativos y que, en diversos grados, pueden interferir con la capacidad para una actividad sexual afectiva recíproca. Las disfunciones psicosexuales se caracterizan por inhibiciones del deseo sexual o por cambios psicofisiológicos que afectan al ciclo de la respuesta sexual. Finalmente, existe una clase residual de alteraciones psicosexuales, con dos categorías: la homosexualidad egodistónica y una categoría residual final, que se denomina con el nombre de trastornos psicosexuales no clasificados en otros apartados.”⁷³

De la definición de los “trastornos de la identidad sexual” puede repararse en al menos los siguientes elementos. La idea de que existen únicamente dos sexos que se corresponden con dos géneros o maneras de conducirse. Esta suposición es posible gracias a lo que Rubin denominó como esencialismo sexual, valga decir, una naturalización de la sexualidad mediante la cual la existencia de los hombres y de las mujeres –o si se prefiere de los machos y de las hembras- se toma como dato biológico que, también biológicamente aunque dándole un lugar al papel de la cultura, tiene su contraparte en la feminidad y la masculinidad. Este axioma es más notable en la definición de “identidad sexual” que presentaré en unos cuantos párrafos.

⁷³ American Psychiatric Association, *DSM-III. Manual...*, p.275.

La aceptación de que sólo ciertos objetos y situaciones pueden ser motivo de excitación sexual y el supuesto de que si objetos o situaciones “indebidas” producen excitación sexual, esto puede causar daño de algún tipo, es el tipo de razonamientos al que probablemente se refería Rubin cuando hablaba de los axiomas del dominio del peligro sexual, que parte de la necesidad de establecer límites entre la sexualidad sana y la anormal, y de la negatividad sexual, que incluye la idea de que el sexo es algo peligroso.

Finalmente, la creencia de que toda actividad sexual debe ser afectiva parece hablar de otro axioma que Rubin propone, el de la ausencia de un concepto de variedad sexual benigna, que lleva, según creo, a tener que “purificar” el sexo mediante el sentimiento del amor.

Con respecto a la identidad sexual ésta es definida como:

“ (...) la sensación de conocer a qué sexo se pertenece, es decir, la conciencia de “ser un hombre” o “ser una mujer”. La identidad sexual es la experiencia privada del papel sexual y éste es la expresión pública de la identidad sexual. El papel sexual puede ser definido como todo lo que uno dice y hace, incluyendo la excitación sexual, para indicar a los otros o a uno mismo el grado en el que se es macho o hembra.”⁷⁴

Del transexualismo se dice que estas personas sienten que sus genitales son repugnantes, que a veces pueden parecer indistinguibles de las mujeres pero que, “para el observador atento”, la mayoría de transexuales hombres y mujeres son reconocibles en su sexo anatómico, que hay tres tipos de transexuales: los asexuales, homosexuales y heterosexuales y que “Sin tratamiento, el curso de los tres tipos es crónico y sin

⁷⁴ Ibidem. Comillas en el original.

remisiones.”⁷⁵ Como factores predisponentes se incluyen: “Una femineidad patente durante la infancia en el niño, o una masculinización en la niña aumenta la posibilidad de transexualismo.”⁷⁶

Del Trastorno de la identidad sexual en la infancia se asegura que:

“No se trata solamente del rechazo de la conducta sexual estereotipada de por ejemplo las niñas marimachos o de los niños afeminados, sino de una alteración profunda del sentido normal de masculinidad o femineidad. Las niñas que presentan este trastorno tienen por lo regular grupos de amistades masculinas, presentan un gran interés por los deportes y los juegos violentos y falta de interés por los juegos con muñecas o en los juegos “domésticos” (a no ser que se trate de representar el papel de padre u otro papel masculino). (...) Los niños que presentan esta alteración se encuentran invariablemente preocupados por actividades estereotipadamente femeninas. (...) Estos niños tienen a menudo un deseo compulsivo de participar en los juegos y pasatiempos de las niñas. Las muñecas suelen ser el juguete favorito y las niñas son regularmente el compañero de juegos preferido. Cuando juegan a “papás y mamás” tienden a adoptar típicamente el papel de mujer. Por lo general, evitan los juegos deportivos o violentos.”⁷⁷

Quizá en la definición anterior sea donde más claramente aparecen algunos de los supuestos de la psiquiatría con respecto a la sexualidad y al género. No podemos negar que en varias partes de los manuales se hace mención, de diferentes formas, a la importancia de

⁷⁵ Idem, p.276.

⁷⁶ Idem, p.277.

⁷⁷ Idem, p.278. Comillas y paréntesis en el original.

la cultura en dichos aspectos, sin embargo, esto parece ser un discurso que no se actúa, pues es obvio que parten de una idea del género como si de algo natural, o biológico, se tratara. ¿Qué otra cosa es sino su “sentido normal de masculinidad o femineidad”, asumir que no es normal que una niña juegue con niños y guste de los deportes, o que un niño prefiera la compañía de niñas y no experimente con juegos deportivos? Tales nociones contribuyen en la reproducción de estereotipos ortodoxos que, entre otras cosas, construyen una división entre las personas y los lugares, doméstico y público, que pueden habitar.

Para profundizar un poco más en lo anterior, tenemos los detalles que el mismo documento da de los factores predisponentes de dicho trastorno, entre los cuales está una relación:

“(...) excesivamente estrecha, intensa, desorbitada y prolongada entre el niño y la madre y la ausencia relativa del padre durante los primeros años de la vida (...) Las hembras que después presentan este trastorno tienen madres que aparentemente no estaban disponibles psicológica o físicamente en las primeras edades (...)”⁷⁸

Finalmente, señalar que el nombre de este trastorno, más las descripciones que se hacen de él, pueden querer indicar que se logra “corregir” si se hace a tiempo. O sea, que la formulación de este trastorno tendría como uno de sus propósitos poner sobre aviso a las madres, los padres o personas adultas que rodean a los niños y las niñas para que “noten” y actúen, en caso de ser necesario, sobre este “problema”.

Dediquémonos ahora a las denominadas parafilias:

“Los trastornos de esta subclase se definen por el hecho de que la imaginación o los actos inusuales o extravagantes son necesarios para la excitación sexual. (...) En otras clasificaciones estos trastornos se conocen con el nombre de desviaciones

⁷⁸ Idem, p.279.

sexuales. El término parafilia es preferible porque subraya correctamente que la desviación (para) se encuentra en aquello por lo que el individuo se siente atraído (filia).”⁷⁹ (281. paréntesis original)

Agregan que lo frecuente es que la pareja no esté de acuerdo con estos actos parafílicos, que en esos casos las parafilias pueden tener significación legal y que:

“Los individuos que presentan estas alteraciones tienden a no considerarse a sí mismos como enfermos y, por lo general, acuden a profesionales de la salud mental sólo cuando su conducta les ha llevado a conflictos con la sociedad.”⁸⁰

Una de las líneas que divide lo normal de lo anormal está trazada: aquellos actos que sean infrecuentes o raros indican una zona de peligro sexual. Aunque es probable que el verdadero criterio no sea cuantitativo, sino que éste sea una consecuencia. Es decir, si alguna práctica ha sido construida como inadecuada, se puede asumir que es infrecuente. Por ejemplo, es posible que aunque el bestialismo fuera practicado por mayorías, ello no bastaría para integrarlo dentro de la normalidad.

También llama la atención que, a diferencia de la homosexualidad egodistónica, en las parafilias no se trata tanto de que las personas se sienten bien o mal con lo que hacen, más bien, el no sentirse mal es una característica más del trastorno. Finalmente, anotar otra característica descrita, la mayoría de parejas no está de acuerdo con los actos parafílicos, pero podemos suponer que de estarlo, no importaría. Entonces ya no tendríamos a un parafílico sino a dos.

En sintomatología asociada vuelven a repetir que estas personas suelen afirmar que su conducta no les trae dificultades, sino que su problema es la reacción de los demás.⁸¹

Agregan que la mayoría de parafilias se da en hombres, aspecto que se observa también, como veremos en la versión final de esta investigación, en la lectura de expedientes.

Con respecto a otras parafilias debemos distinguir que su construcción incluye al menos un aspecto en común: que son generalmente crónicas, dicho de otra forma, que no se curan y que quienes “padecen” dichos trastornos difícilmente los pueden controlar.

⁷⁹ Idem, p. 281.

⁸⁰ Ibidem.

⁸¹ Idem, p.282.

Así es, del fetichismo se afirma que si está establecido es crónico.⁸² Lo mismo de la zoofilia, y de la pedofilia en cuyo caso afirman que, a pesar de tener un curso desconocido, cuando se trata de pedofilia homosexual se hace crónica. Agregan que los pedófilos homosexuales son detenidos el doble de veces que los pedófilos heterosexuales,⁸³ aunque sin ofrecer datos que lo confirmen. Si fuera cierto para algunos países, habría que ver qué querría decir eso, ¿que los homosexuales son más difíciles de curar y por ello más reincidentes, que existe tolerancia social hacia los heterosexuales?

Al travestismo lo definen como el “Varón heterosexual que se viste repetida y persistentemente con ropas del sexo opuesto.”⁸⁴

Del Voyerismo también se afirma que tiende a ser crónico pero además, en el diagnóstico diferencial, se afirma que: “**La actividad sexual normal** a menudo incluye la obtención de excitación sexual al observar la desnudez (...). Sin embargo, esto no ocurre con una pareja inadvertida y además sólo suele ser un prelude para una actividad sexual posterior.”⁸⁵

Con lo cual se establece, no sólo lo que es una actividad sexual normal, sino lo que es una actividad sexual propiamente.⁸⁶

También el masoquismo y el sadismo sexual se definen como crónicos e incontrolables⁸⁷ y su caracterización no considera la voluntad de quien hace o se deja hacer como signo que pudiera despatologizar. En el primer caso, dicen que puede ser diagnosticado a partir de un sólo acto masoquista, siendo uno de los criterios diagnósticos: “El modo preferido de producir excitación sexual es el hecho de ser humillado (...)”⁸⁸ ¿Cómo alguien puede ser humillado voluntariamente? ¿Desde qué lugar de poder están hablando los psiquiatras de modo que el hecho de la propia volunta no cuenta? Pero tomemos un pormenor de cómo se construye el sadismo:

⁸² Idem, p.283.

⁸³ Idem, p.286.

⁸⁴ Idem, p.284. ¿Por qué un hombre *gay* que se vista con ropa de mujer no puede ser travesti? O ¿Por qué una mujer no puede ser travesti?

⁸⁵ Idem, p.288. Énfasis en el original.

⁸⁶ Para mayor entendimiento de lo que sí sería una actividad sexual véase la definición de disfunciones psicosexuales, página 291, que se mantiene en todas las versiones del DSM, según la cual el “ciclo completo de la respuesta sexual” es: deseo, excitación, orgasmo y resolución.

⁸⁷ Idem, p.288.

⁸⁸ Idem, p.289.

“(…) debido a un aumento en la necesidad o una disminución en la capacidad de control, aumentan la gravedad de los actos sádicos a medida que pasa el tiempo o durante periodos de estrés. Cuando el trastorno es grave estos individuos pueden violar, torturar o matar a sus víctimas.”⁸⁹

El axioma de la negatividad sexual, que Rubin describe como aquel que asume lo sexual como algo malo, peligroso e incontenible, es evidente en la cita anterior. El sádico pasa a ser, por obra de una necesidad, no sabemos si instintiva, y de una dificultad de autocontrol, un criminal. Aunque más adelante aclaren que no puede inferirse que todos o la mayoría de violadores son sádicos sexuales, pareciera que la contigüidad entre el crimen y el trastorno se manifiesta. Así, un trastornado puede ser un criminal, habría que ver si un criminal puede ser un trastornado.

Pasemos a la categoría que, a mi juicio, presenta más dificultades en su análisis debido a la consideración categórica del papel cultural, me refiero a la homosexualidad egodistónica, descrita de la siguiente manera:

“El rasgo esencial es el deseo de adquirir o aumentar la excitación heterosexual, de tal forma que puedan iniciarse o mantenerse relaciones heterosexuales y, al mismo tiempo, una pauta mantenida de excitación homosexual clara, que el individuo manifiesta explícitamente como no querida y que es causa persistente de malestar.”⁹⁰

Enseguida se aclara que no debe ubicarse en dicha categoría a personas que sólo temporalmente desean cambiar debido a dificultades para adaptarse a su condición. Y que hay pruebas de que con el tiempo y la presencia de una subcultura homosexual, estas personas se aceptan, al punto que es raro que se vuelvan heterosexuales. Sobre su tratamiento aseguran: “El grado en el cual la terapéutica es capaz de disminuir la excitación homosexual, aumentar la heterosexual o ayudar a los homosexuales a quedar satisfechos con su sexualidad, es tema de controversia.”⁹¹

⁸⁹ Idem, págs.289-290.

⁹⁰ Idem, p.296.

⁹¹ Idem, p.297.

Es el apartado sobre factores predisponentes el que más contradicción presenta pues en éste se da un papel protagónico a la cultura:

“Puesto que la homosexualidad en sí misma no se considera una enfermedad mental, los factores que predisponen a la homosexualidad no se incluyen en esta sección. Los factores que predisponen a la homosexualidad egodistónica son aquellas actitudes sociales negativas hacia la homosexualidad que han sido internalizadas. Además, los rasgos asociados con la heterosexualidad, tales como el tener hijos y una vida familiar aprobada socialmente, pueden ser considerados como deseables e incompatibles con una pauta de excitación homosexual.”⁹²

Unido a ello, se aclara que la homosexualidad egodistónica no es un trastorno mental.⁹³ Y que no debe tomarse como tal: “el posible malestar derivado del conflicto entre el homosexual y la sociedad”⁹⁴

La caracterización de la homosexualidad egodistónica, según creo, es la más políticamente correcta de todas las definiciones del DSM, debido quizá al hecho de que se corresponde con un tema delicado y fresco en la mente de los psiquiatras: la discusión de si la homosexualidad es o no una enfermedad. Sin embargo, las citas anteriores revelan una contradicción y ambigüedad: por un lado se reconoce la relación estrecha entre la homosexualidad egodistónica y el rechazo cultural al homosexual, y por otro se dice que aquélla no es el malestar producido por dicho rechazo, probablemente porque se espera que el homosexual se adapte en un tiempo dado a dicha dificultad. Si la homosexualidad egodistónica no es un trastorno, ni es un malestar producto de la discriminación social entonces, ¿qué es?

Ya para terminar con esta versión del DSM, señalar que en “trastornos psicosexuales no clasificados en otros apartados” se incluye, entre otro, la confusión respecto a la orientación sexual favorita, la ninfomanía y el donjuanismo.⁹⁵ Con ello se señala la anormalidad de no saber o decidir si se tendrá sexo con hombres o con mujeres, y lo incorrecto de mantener

⁹² Ibidem.

⁹³ Ibidem.

⁹⁴ Ibidem.

⁹⁵ Idem, p.298.

una “excesiva” atención en el sexo (recordemos que, por otro lado, no prestar suficiente atención al sexo también es patológico).

Pasemos enseguida con las definiciones del DSM-III-R. En general, esta versión no varía mucho sus enunciados con respecto a los trastornos sexuales, tal el caso de las parafilias,⁹⁶ de la insistencia en que los pedófilos homosexuales son el doble que los heterosexuales y de la cronicidad de estos trastornos⁹⁷, por lo que me limitaré a señalar específicamente las diferencias entre uno y otro manual. La primera de ellas es que, en su versión revisada, viene en el acápite de sintomatología asociada una advertencia que no estaba en la versión III:

“El individuo con una o más parafilias está selectivamente atento a ellas y busca la imagen parafílica específica. Así, el individuo puede seleccionar su profesión o incluso buscarse un hobby que le ponga en contacto con los estímulos deseados (por ejemplo, vender zapatos o ropa interior femenina en el fetichismo, trabajar con niños en la pedofilia o conducir una ambulancia en el sadismo sexual). Selectivamente, el individuo puede contemplar, leer, comprar o coleccionar fotografías, filmes y descripciones centradas en el tipo preferido de estímulo parafílico. El estímulo preferido, incluso dentro de una parafilia particular, puede ser altamente específico, como por ejemplo un niño rubio de diez años de edad, de complexión ligera y delgado. La gente que no encuentra un compañero que consienta en estas fantasías debe buscar los servicios de prostitutas o de otros individuos que procuran servicios relacionados con la parafilia. (“dominación y sumisión” o “lecciones de transformismo”) o puede llevar a cabo sus fantasías con víctimas involuntarias.”⁹⁸

Con las advertencias de que los parafílicos pueden buscar actividades lúdicas y laborales para satisfacer su deseo y que pueden consumarlo forzando o pagando a otras personas, la psiquiatría reafirma la criminalización que hace de estos deseos, de sus prácticas y de quiénes les llevan a cabo.

⁹⁶ American Psychiatric Association, *DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España (masson, s.a.) 1988. P.333.

⁹⁷ Idem, p. 340.

Otra diferencia es que en el DSM-III se afirma que la prevalencia de las parafilias es rara, pero en su versión revisada lo corrigen:

“Estos trastornos casi nunca se diagnostican en las instituciones clínicas generales. Sin embargo, a juzgar por el gran mercado comercial de la pornografía parafílica, así como de la parafernalia asociada con ella, la prevalencia de estos trastornos en la comunidad se supone que debe ser mucho más alta que el que indican las estadísticas de las instituciones clínicas. Debido a la naturaleza altamente repetitiva de la conducta parafílica existe un gran porcentaje de población que puede haber sido víctima de los individuos que padecen parafilias.”⁹⁹

Finalmente, y con respecto al fetichismo transvestista, se describe como la necesidad sexual de vestirse con ropas del sexo contrario, masturbarse e imaginar que otros hombres gustan de él como si fuera mujer y que el trastorno ha sido descrito solo en hombres heterosexuales.¹⁰⁰ Además, se establece el período de 6 meses de síntomas como uno de los criterios para el diagnóstico.

Revisemos ahora el DSM-IV. Esta nuevo número conserva muchísimas similitudes con el precedente, incluyendo la idea de que los parafílicos buscan sus diversiones y trabajos dependiendo de su parafilia, y que los pedófilos homosexuales son el doble que los pedófilos heterosexuales. Pero agregan un nuevo apartado, denominado hallazgos de laboratorio, en el cual, con respecto a las parafilias anotan:

“La pletismografía peneana se ha usado en los centros de investigación para la evaluación de los diferentes tipos de parafilia; con ella se intenta una medición de la excitación sexual del individuo en respuesta a estímulos visuales y auditivos. La fiabilidad y la validez de este procedimiento en la práctica no han sido del todo

⁹⁸ Idem, p.335.

⁹⁹ Idem, págs.335-336.

¹⁰⁰ Idem, p.344.

establecidas, y la experiencia clínica sugiere que los individuos pueden simular la respuesta mediante la manipulación de imágenes mentales.”¹⁰¹

Otro apartado nuevo que presenta este manual es el de síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo, que para el caso de las parafilias advierte que su diagnóstico, considerando las diferentes culturas y religiones, es dificultoso porque la idea de desviación no es uniforme. Agregan que salvo el masoquismo sexual, en el que predominan los diagnósticos en mujeres, las otras parafilias son exclusivamente prácticas de hombres.¹⁰²

En la caracterización de la nueva categoría, trastornos de la identidad sexual, se afirma que la persona tiene que presentar una identificación persistente con el otro sexo y que incluye deseo de ser o creer que se es del otro sexo:

“Esta identificación con el otro sexo no es únicamente el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales. Deben existir también pruebas de malestar persistente por el sexo asignado o un sentido de inadecuación en el papel de su sexo. (...) En los niños, el hecho de identificarse con el otro sexo se manifiesta por una marcada preocupación por las actividades femeninas tradicionales; pueden preferir vestirse con ropa de niña o mujer, pueden confeccionarla ellos mismos a partir de material disponible, cuando no poseen ropa femenina. A menudo se usan toallas, delantales, pañuelos de cuello para representar faldas o vestidos largos. Existe una atracción fuerte hacia los juegos y los pasatiempos típicos de las niñas. Les gusta especialmente jugar a papá y mamá, dibujar chicas y princesas bonitas, y mirar la televisión o los vídeos de sus ídolos femeninos favoritos. A menudo, sus juguetes son las muñecas (como Barbie), y las niñas constituyen sus compañeros. (...) Evitan los juegos violentos, los deportes competitivos y muestran escaso interés por los coches, camiones u otros juguetes no violentos, pero típicos de niños. (...) Las niñas con trastornos de la identidad sexual muestran reacciones negativas intensas hacia los intentos por parte de los padres de

¹⁰¹ American Psychiatric Association, *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España (masson, s.a.) 1995. P.537.

¹⁰² Ibidem.

ponerles ropa femenina o cualquier otra prenda de mujer. (...) Prefieren la ropa de niño y el pelo corto; a menudo la gente desconocida les confunde con niños, y piden que se les llame por un nombre de niño. Sus héroes de fantasía son muy a menudo personajes masculinos fuertes, como Batman o Superman.”¹⁰³

Los ejemplos que se dan en este manual, para ejemplificar los trastornos de la identidad sexual, no parecen distanciarse mucho del sentido común desde el cual se establece cómo son las mujeres y cómo son los hombres.

Al argumentar cómo estas personas suelen ser discriminadas por la sociedad, señalan como posibles consecuencias de ello, el que algunos se dediquen a la prostitución con el consabido riesgo de ser contagiados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)¹⁰⁴, reforzando con ello la relación entre algunos trastornos sexuales y la delictividad, agregándole un integrante más, el sida, construido por la cultura contemporánea como la enfermedad sexual por excelencia.

La psiquiatría en vez de cuestionar los estereotipos y mitos que esa cultura discriminadora produce, los acepta como naturales. Esto es, por ejemplo, asumir veladamente la legitimidad de un papel sexual diferenciado para hombres y otro para mujeres. Porque aunque en el diagnóstico diferenciado anoten que “Al comportamiento de los niños que no se corresponde con el estereotipo cultural de masculinidad o femineidad no debe asignársele el diagnóstico de este trastorno a no ser que se dé todo el síndrome, con malestar y deterioro,”¹⁰⁵ es difícil pensar que una niña o un niño disconforme con el papel de género no cumpla con los otros criterios, incluyendo el malestar.

Nótese, además, el parecido que tiene esta descripción de trastornos de la identidad sexual, con la que se hace en el DSM-III para el trastorno de la identidad sexual en la infancia, que en el DSM-III-R desaparece, para emerger en el IV de manera ampliada: ahora no son sólo

¹⁰³ Idem, págs.545-546.

¹⁰⁴ Idem, p.545.

¹⁰⁵ Idem, p.549.

las niñas y los niños quienes pueden tener un trastorno de este tipo, también las personas adultas. Según mi opinión, ampliar este trastorno a cualquier edad le permite a la psiquiatría continuar patologizando deseos, actitudes y prácticas largamente asociadas a *gays* y lesbianas, pero ahora con otros nombres. No deja de ser indicativo de ello, además, el señalamiento que hacen de que tres cuartas partes de los niños con historia de este trastorno afirman ser homosexuales o bisexuales.¹⁰⁶ Con esto no quiero dar a entender que la psiquiatría sexual se ocupe solamente de lesbianas, bisexuales y *gays*, como vimos antes, sin duda regula también la vida sexual de las personas que se asumen como heterosexuales. Finalmente, echemos un vistazo al DSM-IV-TR. Aunque esta versión es muy semejante a la anterior, también tiene algunas diferencias, entre las cuales resaltan, por ejemplo, que en esta versión revisada se define lo que se entiende por identidad sexual (autopercepción como mujer o como hombre), disforia sexual (malestar con el sexo asignado) y orientación sexual (atracción erótica hacia mujeres, hombres o ambos)¹⁰⁷ También se incluye una nota, relacionada con el trastorno sexual no especificado, que advierte las diferencias culturales de lo que puede ser considerado desviado, función sexual y papel sexual, a pesar de lo cual, el mismo manual parece partir de un criterio universal que no incluye la especificidad de las culturas. Pienso que su atención en lo cultural es un comentario que no se traduce en las categorías y los análisis que de ellas se hacen.

En lo demás, esta versión conserva lo que he comentado arriba para el DSM IV.

Cuadro N° 2

Trastornos sexuales relacionados con identidades y prácticas sexuales incluidos en los DSM III, III-R, IV y IV-TR de la APN

DSM-III (1980)¹⁰⁸	DSM-III-R (1987)¹⁰⁹
Trastornos de la identidad sexual: Transexualismo	Trastornos sexuales: <u>parafilias</u> : Exhibicionismo

¹⁰⁶ Idem, p.548.

¹⁰⁷ American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España (masson, s.a.) 2003. P.599.

¹⁰⁸ American Psychiatric Association, *DSM-III. Manual...*

¹⁰⁹ American Psychiatric Association, *DSM-III-R. Manual...*

Trastorno de la identidad sexual en la infancia Trastorno de la identidad sexual atípico <u>Parafilias:</u> Fetichismo Travestismo Zoofilia Pedofilia Exhibicionismo Voyerismo Masoquismo sexual Sadismo sexual <u>Parafilias atípicas:</u> (coprofilia, frotación, clismafilia, misofilia, necrofilia, escatología telefónica, urofilia) <u>Otros trastornos psicosexuales:</u> homosexualidad egodistónica Trastornos psicosexuales no clasificados: (confusión respecto a la orientación sexual preferida, donjuanismo, ninfomanía, etc.)	Fetichismo Frotteurismo Pedofilia Masoquismo sexual Sadismo sexual Fetichismo transvestista Voyeurismo Parafilias no especificadas: (escatología telefónica, necrofilia, parcialismo, zoofilia, coprofilia, klismafilia, urofilia) <u>Otros trastornos sexuales:</u> Trastornos sexuales no especificados: (sentimientos de inadecuación con el cuerpo, malestar con la propia orientación sexual, etc.)
DSM-IV (1994) ¹¹⁰	DSM-IV-TR (2000) ¹¹¹
<u>Trastornos sexuales:</u> Exhibicionismo Fetichismo	<u>Trastornos sexuales:</u> Exhibicionismo Fetichismo
<u>Parafilias:</u>	<u>Parafilias:</u>

¹¹⁰ American Psychiatric Association, *DSM-IV. Manual...*

¹¹¹ American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR. Manual...*

Frotteurismo	Frotteurismo
Pedofilia	Pedofilia
Masoquismo sexual	Masoquismo sexual
Sadismo sexual	Sadismo sexual
Fetichismo transvestista	Fetichismo transvestista
Voyeurismo	Voyeurismo
Parafilias no especificadas: (escatología telefónica, necrofilia, parcialismo, zoofilia, coprofilia, clismafilia, urofilia)	Parafilias no especificadas: (escatología telefónica, necrofilia, parcialismo, zoofilia, coprofilia, clismafilia, urofilia)
<u>Trastornos de la identidad sexual:</u>	<u>Trastornos de la identidad sexual:</u>
Trastorno de la identidad sexual	Trastorno de la identidad sexual
Trastorno de la identidad sexual no especificado	Trastorno de la identidad sexual no especificado
Trastorno sexual no especificado	Trastorno sexual no especificado
Trastorno sexual no especificado	

EL SEXO DE LA PSIQUIATRIA

A manera de conclusiones y según el objetivo de este avance, desarrollo en este espacio algunas representaciones de la sexualidad presentes en el discurso psiquiátrico, específicamente en los documentos Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la American Psychiatric Association (APN) y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) de la Organización Mundial de Salud (OMS), considerando las versiones en uso desde 1978 hasta el presente.

Antes de empezar, sólo para poner en contexto algo que pudiera parecer una contradicción, deseo mencionar el hecho de que la psiquiatría se dedica a enfermedades o trastornos cuya causa (¿y curación?) es, en general, desconocida.¹¹²

Vayamos enseguida con las conclusiones de este trabajo. La primera es que los manuales o guías de clasificación de trastornos mentales, aún sabiendo que son producto de investigaciones y experiencias profesionales con carácter científico, reflejan también la forma de interpretar el mundo, los valores, prejuicios y mitos de quienes los escriben. Estos documentos no son neutrales, de ninguna manera, sino que se corresponden a ciertas representaciones de lo que es y lo que no es una sexualidad normal o saludable. Presentan, por tanto, una manera de ver el mundo desde un lugar de poder simbólico que facilita la aceptación y naturalización de dichos discursos.

La segunda, es que existe una relación entre la psiquiatría e instituciones religiosas, educativas y legales, que incluye, aunque no solamente, ciertas coincidencias.

La tercera, es que la psiquiatría, a pesar de mostrar cierta flexibilidad moral al descartar a la homosexualidad como trastorno y al mencionar con cierta insistencia a la cultura, ha venido teniendo una actitud cada vez más rígida, dada sobre todo en la construcción de parafilias, con respecto a la sexualidad, en el sentido de lo que se puede ser y hacer, cuándo, cómo y con quién serlo o hacerlo.

El cuarto, es que cuando la psiquiatría se desdijo, aclarando que la homosexualidad no era un trastorno, continuó actuando dicho principio al crear la figura del homosexual egodistónico y al clasificar sentimientos y prácticas asociadas desde el sentido común con la homosexualidad.

El último argumento es que, a partir de las condiciones anteriores, la psiquiatría ha contribuido con la producción y reproducción de un orden sexual donde la diversidad

¹¹² Consúltense por ejemplo: American Psychiatric Association, *DSM-III. Manual...*P, 9; *DSM-III-R...*P, xxviii; Organización Mundial de la Salud, *Trastornos mentales: glosario ...*, p 1; y en cierto modo: Organización Mundial de la Salud, *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades...* p, 24.

sexual es señalada como patológica¹¹³ y en el cual se impone un sexo básicamente heterosexual, afectivo y reproductor.

La corporación psiquiátrica

Para empezar, quisiera recordar la afirmación de van Dijk en el sentido de que la gente usa el lenguaje desde el lugar que le otorga ser integrante de determinadas profesiones, comunidades y diversas categorías sociales que se combinan complejamente entre sí y con marcos institucionales, públicos, privados, etc.¹¹⁴ Todo esto dentro de un contexto en el cual: “(...) las personas adaptan lo que dicen –cómo lo dicen y cómo interpretan lo que otros dicen- a algunos de sus roles e identidades, y a los papeles de otros participantes.”¹¹⁵ La construcción de discursos, en el caso de los manuales psiquiátricos, está a cargo de quienes integran el comité elaborador de los manuales, y dentro de éste por los diferentes grupos de trabajo (en el caso de los DSM), y por los participantes en la Conferencia Internacional donde se dan las revisiones (en los CIE). Estas personas están ahí en calidad de hombres, mujeres, de heterosexuales, *gays*, lesbianas, de psiquiatras, de creyentes o no, etc. Esto es, y aunque suene obvio, los manuales no han sido escritos por “pacientes”, no han sido elaborados por aquellas personas, no por lo menos en calidad de tales públicamente, que se identifican con las identidades y prácticas de las cuales hablan los manuales como si de trastornos se tratara. Entonces, no es factible que las representaciones que estos documentos contribuyen a crear y a reproducir se correspondan con los intereses de estas personas sino más bien con los de quienes representan los hacedores del manual.

Quienes hacen los manuales tienen lo que van Dijk llama “acceso especial a actos de habla particulares”¹¹⁶, son los expertos en el tema de la sexualidad, tienen los recursos médicos que les confiere el poder simbólico de construir una realidad dada. Los

¹¹³ Esto a pesar de que existe una posición oficial en el sentido de que el comportamiento “desviado” en términos sexuales, políticos o religiosos, no es un trastorno mental. American Psychiatric Association, *DSM-IV. Manual...*P, xxi.

¹¹⁴ Van Dijk, Teun A. “El discurso como interacción en la sociedad.” En: Teun A. van Dijk (comp) *El Discurso como Interacción Social*. España (gedisa) 2000, p. 22.

¹¹⁵ Idem, p. 33.

¹¹⁶ Idem, p. 41.

*pacientes tienen pocas posibilidades, lo cual no quiere decir que no las tengan, de influir sobre las decisiones de qué identidades o prácticas se incluyen o retiran de los manuales. Tienen poca posibilidad de decir cómo son representados en ellos. Son los psiquiatras los que, parafraseando a van Dijk, definen el “orden del día”.*¹¹⁷

Habría que preguntarse cómo la psiquiatría establece los datos clínicos que le permiten llegar a las conclusiones a las que llega¹¹⁸.

Relaciones institucionales

Otro aspecto al que deseo referirme, aunque de manera breve, es la existencia de una relación, no exenta de contradicciones, entre las representaciones alrededor de la sexualidad presentes en la psiquiatría, el sistema educativo, la moral católica (y en general las religiones), algunas agrupaciones por la diversidad sexual, y la legislación del país.¹¹⁹

En términos generales, dichas instituciones comparten una representación del sexo que niega legitimidad a la diversidad, al tiempo que reconoce simbólicamente un lugar a identidades, deseos y prácticas tradicionales.

Con la Iglesia Católica, por ejemplo, se comparte la idea de que los parafílicos buscan oficios o profesiones para satisfacer su deseo, que ciertos trastornos sexuales están asociados etiológicamente a juegos, ropas, o relaciones sostenidas con padres ausentes, madres sobreprotectoras, etc¹²⁰.

¹¹⁷ Idem, p. 47.

¹¹⁸ Por mencionar otra discusión, para nada ausente dentro de la misma psiquiatría, considérense los conflictos de interés al interior de esta disciplina, relacionados por ejemplo con la industria farmacéutica que puede lucrar con la existencia de determinados trastornos o con algunos resultados de investigaciones científicas. Es notable el hecho de que la mayoría de tratados de psiquiatría son auspiciados por compañías farmacéuticas que incluyen en sus productos medicamentos psiquiátricos. Un pequeño pero recién publicado trabajo que aborda el tema puede leerse en: Lolas, Fernando. “La psiquiatría actual y los conflictos de interés.” En: INTERPSIQUIS. 2006. <http://www.interpsiquis.com>

¹¹⁹ Este tema se ha desarrollado en otro capítulo de la tesis.

¹²⁰ Pueden consultarse por ejemplo las guías sexuales denominadas “Aprendiendo a querer” publicadas por la Alianza Latinoamericana para la Familia.

También se da una relación con lo legal, notable por ejemplo, en aquellos casos en los cuales ciertas prácticas sexuales son tanto un trastorno como una contravención, dándose un proceso que de alguna forma criminaliza el trastorno y a quien lo tiene y/o patologiza al crimen y al criminal.¹²¹ Esto es importante sobre todo si consideramos que la psiquiatría ha querido cuidarse de no clasificar a los individuos, sino a sus trastornos y de no homogeneizar a personas con un mismo trastorno.¹²² Y que , a partir del DSM-IV, el manual incluye una advertencia que podría interpretarse como un distanciamiento de lo penal.¹²³

La preocupación por el sexo obvia en los manuales, también está presente en algunos agrupaciones civiles que reivindican el derecho a la diversidad y en algunas políticas educativas, sólo que en el caso de estos últimos, y por diferentes motivos, como una necesidad de educar en lo que más o menos se ha llamado una sexualidad saludable. Detrás del deseo de educar, puede estar una necesidad de regular la sexualidad.

En síntesis, y dado que algunas prácticas sexuales en psiquiatría son trastornos, en el Código Penal, contravenciones, en el Catecismo, pecado, y en el MEP, desviaciones, surge la pregunta de qué es una persona fetichista, masoquista, travestida, exhibicionista o pedófila, etc. ¿Es loca? ¿Pecadora? ¿Delincuente? ¿Desviada social?

¹²¹ En otro capítulo de la tesis se verá como la relación de entre la psiquiatría y la legalidad es también de competencia e imposición.

¹²² Véase por ejemplo: American Psychiatric Association, *DSM-III. Manual...*P, 9; American Psychiatric Association, *DSM-IV. Manual...*P, xxi.

¹²³ “La inclusión de categorías diagnósticas como la ludopatía o la pedofilia responde a objetivos clínicos y de investigación, y su formulación no implica que cumplan los criterios legales o no médicos ajenos a lo que constituye incapacidad, trastorno o enfermedad mental. Las consideraciones clínicas y científicas usadas para categorizar estas alteraciones como trastornos mentales pueden ser irrelevantes a la hora de pronunciarse sobre temas legales, como responsabilidad individual, intencionalidad o competencia.” American Psychiatric Association, *DSM-IV. Manual...Advertencia, sp. También American Psychiatric Association, DSM-IV-TR. Manual...P, xxxi y xxxv.*

El sexo proscrito

El aumento en el número de trastornos sexuales, así como los cambios en los criterios diagnósticos, las definiciones, el lugar de ubicación, la creación de subcategorías, etc. que puede observarse en los manuales de la APN y de la OMS, no es un detalle en términos cuantitativos, habla de la importancia que el sexo tiene para la psiquiatría y de los recursos temporales, económicos y personales que dedica a observar, analizar, describir y clasificar la sexualidad.¹²⁴

Sugiero que la disminución en el número de categorías, le ha permitido a la psiquiatría convertir casi todo comportamiento sexual, incluido en su lista, en una parafilia. La parafilia, a final de cuentas, no es más que sinónimo de desviación o perversión sexual, definición flexible y arbitraria, suficientemente amplia como para contener casi cualquier cosa que no sea popular cultural o médicamente. El exhibicionismo, el fetichismo, el frotteurismo, la pedofilia o el masoquismo sexual, nos demuestran que, al ubicar alguna identidad o práctica como parafilia, se está estableciendo, como dice Weeks citando a Plummer las “restricciones de quién” y las “restricciones de cómo” se debe tener sexo: con quién, dónde, con qué y cómo se lo puede hacer. El uso de la categoría parafilia permite a la psiquiatría mantener en la anormalidad, en la ilegitimidad simbólica, todo aquello que se salga de la moral sexual que respalda. Permite incluso archivar dentro de la anormalidad, no ya a la homosexualidad con ese nombre, pero sí a muchas de las prácticas largamente asociadas con ésta. Puede pensarse que la parafilia es un subterfugio útil que de alguna forma conserva a los homosexuales “en su lugar”.

La invención de las parafilias¹²⁵ le ha permitido a la psiquiatría, parafraseando a Foucault, reubicar aquello de lo que no se habla al “orden de las cosas que se contabilizan”. Y en ese

¹²⁴ En otro capítulo veremos como esto es interpretado por algunos profesionales del Hospital Nacional Psiquiátrico como una liberación para algunas personas que, ante el detalle del diagnóstico, son excluidas de él. No coincido con ello, creo que al existir tantas categorías, casi cualquier puede entrar en una de ellas. En todo caso, existe también una preocupación por los derechos humanos de las personas diagnosticadas con alguna enfermedad o algún trastorno sexual que, por ejemplo, puede verse en Caja Costarricense de Seguro Social, *Análisis sectorial de salud*. Costa Rica (CCSS) 2002, p. 510.

¹²⁵ En los DSM el término surge en el III, el II hablaba de “desviaciones sexuales.”

acto, hace uso de un poder que le posibilita segregar o deslegitimar no sólo algunas identidades y prácticas sexuales sino también a algunas personas.

La exoneración de los homosexuales

La exclusión de la homosexualidad de las listas de enfermedades se vio acompañada de una mayor jearquización sexual, incluidas las parafilias y, por un periodo, la homosexualidad egodistónica.

La homosexualidad egodistónica –así llamada en el DSM-III y sustituida a partir del DSM-III-R y hasta la fecha por un “trastorno sexual no especificado” que consiste en un malestar fuerte y permanente con la orientación sexual propia- o la orientación sexual egodistónica - en el caso del CIE-10 vigente aún-, significa que algo no marcha bien, si una persona que elige un objeto amoroso del mismo sexo, no se encuentra satisfecha y tranquila con ello.

Lo interesante es que, aunque la psiquiatría sí considera el contexto cultural en que estas personas viven, por ejemplo cuando incluye como un factor predisponente las actitudes sociales negativas hacia la homosexualidad, deja sin nombrar el problema de que la sociedad es incapaz de simbolizar la homosexualidad como una posibilidad más. Con ello niega el problema que representa el irrespeto y la intolerancia cultural hacia la diversidad sexual, y convierte este problema político en uno individual. Con la homosexualidad egodistónica, el homosexual vuelve a ser esa “especie” de la que habló Foucault.

El orden del día

La psiquiatría tiene la posibilidad de decidir qué es lo correcto en términos sexuales no sólo para el grupo que representa sino para la sociedad en general. Uno de los mecanismos que usa para ello es lo que van Dijk denomina el “cuadrado ideológico”, que consiste en presentar a los otros en forma negativa y al grupo de pertenencia de manera positiva haciendo, como dice el escritor, “(...) énfasis en nuestras buenas acciones y en sus malas cosas (...)”¹²⁶ La disposición sexual tácitamente normalizada en los manuales se

¹²⁶ Van Dijk, Teun. El discurso... p. 61.

corresponde con lo “bueno”, los sentimientos y actuaciones que se salgan de ahí, serían lo “malo”.

Estas representaciones se construyen en un campo de poder, como diría Bordieu, que incluye los hospitales psiquiátricos y a la profesión. En ese sentido, los manuales son, parafraseando a van Dijk, acciones de índole política¹²⁷ que buscan justificar un orden sexual, la institucionalidad de los hospitales psiquiátricos y el ejercicio mismo de la profesión. Se espera que tanto los psiquiatras como los otros profesionales que participan en el abordaje psiquiátrico, hablen como representantes que son, para el caso de esta investigación en particular, de esta institución que se llama el Hospital Nacional Psiquiátrico, aunque ello no niega las disensiones que también, aunque de manera no oficial y con carácter más personal, se dan al interior de este centro hospitalario¹²⁸.

Este orden psiquiátrico, reproduce, más o menos, los axiomas del pensamiento sexual descritos por Rubin: toma el sexo como algo natural, básicamente incontrolable y peligroso, da mucha importancia al sexo y a las consecuencias que pueda tener, clasifica jerárquicamente el sexo, promueve como deseable el establecimiento de fronteras entre los deseos y las prácticas buenas y las malas, y ve en la variedad sexual algo necesariamente indeseable.

Tanto en la CIE 9 como en la 10, así como en los DSM del III al IV-TR, tal como lo afirmó Rubin en 1989, cuando estaba el DSM-III-R vigente, el sexo promovido por la psiquiatría puede resumirse como sigue: que sea entre dos personas, ojalá entre hombre y mujer, dentro de una relación de pareja, entre personas de edades parecidas, que incluya afecto o amor, que por lo general sólo incluya los cuerpos desnudos (esto es, sin ver pornografía, sin zapatos, ni látigos, etc.), donde no intervenga ningún intercambio comercial y en un lugar donde nadie pueda ver ni oír. Pero no sólo se construye la norma, también la diferencia que, como suele suceder, es presentada como algo inferior y amenazante para quienes eligen estar dentro del modelo.

¹²⁷ Idem, p.20.

¹²⁸ Véase la discusión que sobre el discurso institucional plantean Drew, Paul y Marja-Leena Sorjonen. “Diálogo institucional”. En: Teun van Dijk (comp.) *El discurso...*, págs. 141-178.

A este discurso sexual se puede aplicar algunos elementos que van Dijk y otros señalan sobre el discurso y el racismo.¹²⁹ Los autores proponen que los discursos racistas están compuestos al menos por seis estructuras de las que tomaremos cuatro por ser las más pertinentes para el caso de los manuales.

La primera estructura son los temas de los cuales se habla cuando se trata de los “otros”. En el caso de los manuales analizados, ese “otros” está compuesto por las personas cuyas identidades y prácticas sexuales estén fuera de la norma. ¿Qué se dice acerca de ellas? Se describe su comportamiento sexual (qué desean, qué hacen para obtenerlo, cómo piensan acerca de su propio comportamiento), cuáles consecuencias puede tener (medicinales, legales, familiares o socialmente), cómo se desarrolla (qué tan frecuente es, qué duración tiene), con qué otros aspectos se relaciona, cómo se explica. El tema del que se habla es el tema de la patología, con lo cual se contribuye en la creación y reproducción de estereotipos acerca de las personas con deseos o vivencias sexuales diversas.

La segunda estructura es la semántica local, esto es, las implicaciones, presuposiciones, coherencia y descripciones en lo que se dice. En esta investigación, los hacedores de los manuales psiquiátricos parten de la presuposición de que ciertas identidades y prácticas sexuales son anormales –basta con pensar en los nombres que se les ha dado -desviación y trastorno-, y que ello tiene como una de sus consecuencias un sentimiento de malestar para quienes tienen algún trastorno y que pueden ser una molestia o peligro para el entorno social. Además, se afirma que la mayoría de estos trastornos son hábitos que difícilmente desaparecen. Esto se da no sin la contradicción que los autores llaman “negación aparente”, que en nuestro caso se ve en el hecho de que se niega tácitamente la existencia de discriminación contra las personas salidas de la pauta sexual. Como vimos en algunas de las citas de los manuales, existe un cuidado de no parecer discriminatorio con ninguna población aunque, sin duda, mucho de lo escriben refuerza dicha actitud en diversos sectores de la sociedad. En este discurso psiquiátrico también funciona lo que los autores llaman “concesión aparente”, que estaría representada por el acto de excluir a la

¹²⁹ Van Dijk, Teun, Stella Ting-Toomey, Geneva Smitherman y Dense Troutman. “Discurso, filiación étnica, cultura y racismo”. En: Teun van Dijk (comp.) *El discurso...*, págs. 213-262.

homosexualidad de su lista de enfermedades, seguido de la incorporación de trastornos que de alguna forma le vuelven a convocar. Por último, el mecanismo de “transferencia”, ejemplificado con la dificultad por parte de la psiquiatría de hacer una lectura histórica de la sexualidad, responsabilizando y psicologizando, en su lugar, a personas individuales y a supuestos grupos específicos.

Como tercera estructura está el estilo, que incluye las palabras que se usan. En nuestro caso, están presentes palabras cuyo contenido moral, religioso o legal, disponen a la descalificación de las prácticas sexuales a las que hacen referencia. Enumero a continuación algunas palabras (a veces frases para su mejor comprensión) como ejemplos: sufrimiento, humillación, dificultades, malestar, deterioro (social, laboral o de otras áreas), (resultados) peligrosos, detenido, encarcelado, ofensas sexuales (hacia los niños), (actos) criminales, delitos sexuales, sufren (esta) alteración, (actividades sexuales) inusuales, (consideran) inmorales, procesados (por) delitos sexuales, (sentimientos de) culpa, vergüenza, disfunciones sexuales, depresión, autolesiones, (si la gente encuentra que le comportamiento sexual del individuo es) vergonzoso o repugnante, (no es raro que) padezcan (más de una parafilia), (pueden solicitar los servicios de) prostitutas, (pueden) obligar (a sus) víctimas (a realizarlas en) contra de su voluntad, (muchas personas que) sufren esta alteración, (manifiestan intensos sentimientos de) culpa, vergüenza y depresión, (actividades sexuales) inusuales, (consideran) inmorales, disfunciones sexuales, alteraciones de la personalidad, (niñas) marimachos, (niños) afeminados, gravedad (de los actos masoquistas), muerte, violar, torturar, matar, encadenado, atormentado, inadecuado.

Las palabras y frases usadas tienen varias implicaciones, por ejemplo, se habla de víctimas realizando actos sexuales en contra de su voluntad, pero cuando se menciona la posibilidad de consentimiento esto no es suficiente para que el acto deje de verse como un trastorno; al usar términos como detenido, encarcelado, delito, procesados, se establece una relación entre dicho trastorno y un supuesto contenido criminal; la presencia de voces como padecer, sufrir, inmoral, inadecuación, culpa, vergüenza, repugnante, atormentado, apelan a juicios morales y religiosos que hacen que un trastorno no sólo sea anormal sino también malo.

Finalmente, tenemos la estructura de la argumentación, que en nuestro caso parece consistir en hacer ver la intención científica (que incluye la revisión abundante de bibliografía, la consulta a diversos expertos, la realización de investigaciones de laboratorio, etc.) del discurso psiquiátrico presente en los manuales, que le daría una autoridad incuestionable para decidir lo correcto en términos sexuales.

Quiero terminar este trabajo anotando que no se trata sólo de que la psiquiatría, mediante el capital que le otorga, entre otras cosas, el conocimiento médico que tiene, construya e intente imponer como normal un modelo sexual. Se trata sobre todo de que mediante el ejercicio de lo que Bourdieu llamó poder simbólico, consigue que la mayoría asuma como deseable y normal esta interpretación, promoviendo con ello prejuicios y exclusiones que se traducen, en contradicción con el mandato médico de cuidar y servir a las personas, en sufrimiento y enfermedad para ellas.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

American Psychiatric Association, DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. México (masson, sa.) 1984.

-----, DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España (masson, sa.) 1988.

-----, DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España (masson, sa.) 1995.

-----, DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España (masson, sa.) 2003.

Bourdieu, Pierre y Loïc J.D. Wacquant. Respuestas por una antropología reflexiva. México. (Grijalbo) 1995.

Foucault, Michel. Historia de la Sexualidad. La voluntad de saber. México (Siglo Veintiuno Editores) 2000.

Lamas, Marta. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría “género.” En: Marta Lamas (compiladora.) El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. México (PUEG) 1996. Págs. 327-367.

Organización Mundial de la Salud, Trastornos mentales: glosario y guía para su clasificación según la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. EUA (OMS) 1978. Págs. 40-42.

-----, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Volumen I. EUA (OMS) 1992.

Rubin. Gayle. Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En: Carole Vance (compiladora). Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina. Madrid (Talasa Ediciones) 1989. Págs. 113-190.

Van Dijk, Teun A. “El discurso como interacción en la sociedad.” En: Teun A. van Dijk (comp) El Discurso como Interacción Social. España (gedisa) 2000.

Van Dijk, Teun, Stella Ting-Toomey, Geneva Smitherman y Dense Troutman. “Discurso, filiación étnica, cultura y racismo”. En: Teun van Dijk (comp.) El Discurso como Interacción Social. España (gedisa) 2000. Págs. 213-262.

Weeks, Jeffrey. Sexualidad. México (Editorial Piados) 1998.