

La Patologización del Deseo: apuntes críticos en torno a la coerción de la identidad y del placer

The Pathologization of Desire:
critic notes regarding the coercion of identity and pleasure

A Patologização do Desejo:
anotações críticas sobre a coerção da identidade e do prazer

Daniel Fernández-Fernández *
danielfernand@gmail.com

Resumen

El presente artículo busca determinar las principales propiedades teóricas y prácticas que se derivan del discurso patológico contemporáneo, asociado al dispositivo del “hacer psi”, así como sus concomitantes consecuencias para la sociedad. En este sentido, se desarrolla una reflexión en torno a los ejes esenciales en los que se enmarca la sección de “Trastornos Sexuales” del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR), específicamente en lo que se refiere a la patologización de las identidades no heterosexuales en un término amplio y las llamadas parafilias. De este modo, el propósito del artículo consiste en llevar a cabo una discusión respecto al valor diagnóstico de las categorías nosológicas actuales sobre la sexualidad, procurando así desentrañar la lógica que les es inherente. Dicha lógica busca regular el deseo y estandarizar el placer, de forma algunas veces subrepticia, pero muy persistente.

Palabras clave

Dispositivo psi, DSM, Transfobia, Parafilias, Patología.

Abstract

The present article refers to the main theoretical and practical properties that are derived from the contemporaneous pathological discourse, regarding the “psy” apparatus, and their concomitant consequences for society. In these sense, a

* Psicólogo, professor na Faculdade de Psicologia da Universidade da Costa Rica, San José, Costa Rica, e no Instituto de Estudos da Mulher da Universidade Nacional, Heredia, Costa Rica.

Fernández-Fernández, Daniel. (2012). La patologización del deseo. Apuntes críticos en torno a la coerción de la identidad y del placer. *Psicología Política*, 12(24), 195-210.

reflection is developed around the essential axes of the “Sexual Disorders” section from The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the American Psychiatric Association (DSM-IV-TR), concerning specifically the pathologization of the non-heterosexual identities in a wide term, and the so called paraphilias. Therefore, the purpose of this article is to discuss the value of the current nosological categories about sexuality. In order to do so, the main focus is to unravel their inherent logic that tries to regulate desire and standardize pleasure, in a hidden, but persistent manner.

Keywords

Psy apparatus, DSM, Transphobia, paraphilias, pathology.

Resumo

O presente artigo procura determinar as principais propriedades teóricas e práticas derivadas do discurso patológico contemporâneo, associado ao dispositivo do “fazer psi”, assim como suas concomitantes consequências para a sociedade. Neste sentido, se faz uma reflexão dos eixos essenciais que estruturam a seção de “transtornos sexuais” do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV-TR), especificamente no que se refere à patologização das identidades não heterossexuais num termo amplo e as chamadas parafilias. Desta maneira, o propósito do presente artigo consiste em efetuar uma discussão a respeito do valor diagnóstico das categorias nosológicas atuais sobre a sexualidade, procurando assim desentranhar a lógica inerente a elas. Tal lógica busca regular o desejo e padronizar o prazer de forma às vezes sub-reptícia, mas muito persistente.

Palavras-chave

Dispositivo Psi, DSM, Transfobia, Parafilias, Patologia.

El Hacer *Psi* y el Surgimiento de Nuevas Categorías de Sujeto

“*Models of illness are commonly treated as realities*”.
(Gilman, 1985:24)

Para Michel Foucault (2001), un *dispositivo*¹ supone un conjunto decididamente heterogéneo, que conlleva discursos, instituciones, ordenamientos arquitectónicos, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, en breve, tanto lo dicho, como lo no dicho. El “hacer *psi*”, constituye para Foucault (2006a) un dispositivo con un carácter específico, cuya función consiste en hacer actuar la realidad como poder siempre que sea necesario, y cuyos campos de acción privilegiados han sido la criminología y la psicopatología. El hacer *psi*, implica por lo tanto esa red que podemos establecer entre dichos elementos, producto de una causación sócio-histórica determinada, de la cual la psicología política no puede desentenderse, pues lo que está aquí en juego son precisamente relaciones de poder que implican el control del cuerpo, los vínculos y los afectos.

Desde los albores de la psicopatología moderna, los próceres de la psiquiatría han venido haciendo coincidir las más diversas prácticas sexuales con el ideario normalizador de la moral burguesa y conservadora de turno. Estas prácticas han sido inexorablemente inscritas dentro de un orden discursivo que les asigna ciertos dominios y les impone determinados valores. Perversión, disfunción sexual y parafilias, dan cuenta de un recambio terminológico que no obstante mantiene algunos rasgos de su otrora carácter teratológico.

Para tratar de dar cuenta del par patología-deseo, es necesario hacer una prospección que, aunque breve, nos permita ubicar algunos aspectos esenciales de este nexos histórico y conviene poner un acento especial en el término “histórico”, pues el gran peso que tienen las categorías nosológicas, es decir las categorías que identifican y clasifican diferentes tipos de enfermedades en nuestra sociedad, se debe en gran medida al enorme éxito que ha tenido el dispositivo *psi* en la deshistorización de su existencia.

Conviene entonces tener presentes algunos procesos históricos importantes en los que se ha dado la expulsión/negación de múltiples formas de desear, en lo que podría calificarse como un “destierro de la anormalidad”. Para ello se tomará como referente inicial la homosexualidad masculina, puesto que el pensamiento médico clásico se interesó en mayor medida en aquellos sujetos que reconocía como hombres.

Es cierto que los médicos se sienten inquietos por esta modalidad de placer femenino que ningún hombre controla con su presencia”, no obstante, “el discurso de las prácticas sáficas no se estructura de la misma manera que el que construye la imagen del pederasta. Los fantasmas masculinos que llevan a medicalizar el segundo, incitan a poetizar el primero. (Corbain, A.; Guerrand, R.-H. y Perrot, M., 1991:291).

Lo anterior evidencia sin duda la tendencia androcentrista que ha primado en las ciencias médicas, así como el rol preponderante que ha tenido la sexualidad masculina y en particular

¹ El concepto de “dispositivo” (*dispositif*), conlleva algunas dificultades en su pasaje a otras lenguas, en especial al inglés. De acuerdo con Davild Halperin (1995), el equivalente más apto en inglés para dicho concepto Foucaultiano, corresponde a “apparatus” o “device”.

su genitalidad. Durante largo tiempo, a la intimidad femenina no se le atribuía un carácter propiamente sexual, hecho que, a pesar de la deplorable negación del deseo femenino que ello implicaba, tuvo en alguna medida un efecto favorable, puesto que las relaciones entre mujeres no eran por lo general criminalizadas (Briki, 2009).

Después del siglo IV y hasta mediados del siglo XIX, en las sociedades judeo-cristianas no se habla de homosexualidad sino de sodomía, considerada ésta indudablemente como un comportamiento ilegal, pero sin la connotación de tratarse de una enfermedad. La homosexualidad tal y como la entendemos hoy, no existe si no a partir de los años 1860 (Briki, 2009). Lo que quiere decir que en este largo periodo, el homoerotismo era una competencia de otros saberes distintos a la medicina, notablemente del derecho y la religión, de modo que si se optase apresuradamente por formular la pregunta de si existían o no enfermos sexuales hace aproximadamente siglo y medio, la respuesta sería un rotundo “NO”, de modo que si traspasáramos este esquema a la actualidad, muchos de los disidentes contemporáneos al régimen heteronormativo, estarían, por utilizar una fórmula a todas luces anacrónica: Dados de alta... pero quizás empalados, o puestos en un patíbulo...

La categoría precede al individuo que califica, hasta el punto en que es legítimo decir que la categoría hace al individuo y avanzando un poco más, podríamos afirmar que la categoría es el individuo mismo. “Solamente a partir de la segunda mitad del siglo XIX, la práctica [de la homosexualidad] pasaba a definir un tipo especial de sujeto, que vendría a ser marcado y reconocido bajo la designación de homosexual, categorizado y nombrado como desvío de la norma. Este nuevo sujeto se vio forzado, socialmente, a vivir en secreto, en el subterráneo” (Silva, 2008:33). Este efecto de aparición o emergencia que el filósofo Ian Hacking denomina “nominalismo dinámico” (Davidson, 2004:57), es quizá una de las vías conceptuales más importantes para recusar la tendencia a hacer de determinados comportamientos y deseos sexuales, enfermedades de carácter psicológico.

Un aspecto que merece efectuar una breve acotación, consiste en del pasaje entre las formas precedentes de inventariar las orientaciones del deseo, hasta llegar a las flamantes etiquetas decimonónicas marca PSI. Autores como Philippe Ariès (1987), señalan que la medicina, desde finales del siglo XVIII, había incorporado la concepción clerical de la homosexualidad, convirtiéndola así en una enfermedad. Es indudable que existen correspondencias y continuidades entre los mecanismos hegemónicos de ejercicio del poder de cada momento histórico, así como el hecho de que el edificio epistémico del saber psiquiátrico encuentra sus bases en una moral coercitiva, no obstante, resulta importante tener ciertas reservas respecto a estas fórmulas demasiado elementales que generan la idea que, más que de un pasaje, se tratara de una sucesión automática, un encadenamiento lineal en el que solo cambian los pigmentos con cuales se pinta el lienzo de la homofobia.

Como bien enfatiza Davidson (2004), tendemos a leer las categorías de sexualidad a partir de las antiguas categorías morales, en parte porque usualmente es difícil para nosotros distinguirlas precisamente, lo que implica una falta conceptual de diferenciación que se inscribe en lo que el historiador francés George Canguilhem llama el “virus del precursor”. Pareciera entonces haber una lógica de continuidad histórica, tendiente a subsumir las distintas formas de subordinación del deseo a lo largo del tiempo bajo el signo de la correspondencia, lo que equivale a decir que a pesar de la enorme variedad de mecanismos de sujeción, tales experiencias serían más o menos lo mismo. Siguiendo a Davidson, no debemos suponer que la desviación moral en la psiquiatría del siglo XIX fue transformada simplemente

en una enfermedad. Los dominios del pecado, la posesión demoníaca, la infamia y la teoría de la degeneración, constituyen cada uno formas de asir la diferencia que no pueden ser homologadas, a pesar de que, como es evidente, todas conllevan una lógica de la exclusión que tiene efectos lacerantes sobre los cuerpos y las subjetividades en quienes recaían y siguen recayendo.

La marca del hacer *psi* ha alcanzado un importante posicionamiento en el trájín de la modernidad, aspecto que se evidencia en el hecho de que la clasificación de la homosexualidad entre las perversiones, establecida a finales del siglo pasado por Krafft-Ebing, conservó toda su fuerza social hasta los años sesenta (Pollak, 1987). La decisión adoptada en 1974 por la Asociación Psiquiátrica Norteamericana de no considerar la homosexualidad como una perturbación mental, es un acto simbólico pero importante, que se alcanzó no gracias a un cambio de mentalidad por parte de los altos mandos de la psiquiatría, sino gracias a la lucha y la presión por parte de activistas y movimientos sociales.

De los Manuales Diagnóstico o los Decálogos de la Normalidad

“[El DSM] viene a ser un mapa bastante fiable
de la jerarquía moral de las actividades sexuales”.
(Rubin, 1989:19)

Por ahora la atención se centrará en un “instrumento-clínico”, el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*², por la importancia que el mismo ha tenido para la discusión en cuestión. Pero antes de decir algo sobre el mismo, habría que responder a la pregunta: ¿Por qué hablar hoy en día de estos utensilios clasificatorios? y en particular, ¿qué valor pueden revestir los mismos para la constitución y puesta en juego de este objeto al que no hace mucho tiempo se ha convenido llamar “sexualidad”? Lo primero que habría que decir, es que los llamados *diagnósticos psiquiátricos* afectan la vida de la gente –y a tales propósitos conviene señalar que los mismos no se circunscriben a la mera esfera del quehacer médico-psiquiátrico, sino que por el contrario, constituyen un punto de referencia para muchas otras disciplinas que instrumentizan su labor en torno a este “hacer” que anteriormente se ha calificado como *psi*. De modo que, no solo la psicología con sus múltiples apellidos (psicopedagogía, psicología laboral, psicometría, etc.) está compelida por dicho “hacer”, sino también los ámbitos propiamente dichos que dan lugar a tales adhesiones, llámense escuela, empresa, gobierno, etc.

En la actualidad, los diagnósticos comportan una cierta cualificación resolutive, al punto en que han llegado a ocupar una función de arbitrio que no en pocas ocasiones raya en arbitrariedad. Los diagnósticos tienen injerencia en la vida de muchas personas en diferentes ámbitos, así por ejemplo, en muchos países a partir de un dictamen psicológico se determina quién puede ser portador de un arma y quien no; en lo que compete al ámbito de la justicia por

² El DSM se revisa a intervalos regulares, los diagnósticos pueden añadirse o eliminarse y los criterios diagnósticos se reformulan con cada nueva edición. Ha habido seis ediciones hasta la fecha (APA, 1952; 1968; 1980; 1987; 1994; 2000). La actual edición, a la que se hará referencia a lo largo de este artículo, se denomina DSM-IV-TR. Se espera que para mediados del año 2013 la nueva versión del DSM-V esté en circulación (Moser, C. y Kleinplatz, P. *El DSM y las Parafilias*, p. 3).

ejemplo, con frecuencia expertos del campo *psi* ejercen una labor de peritos para dictaminar la cordura de un sujeto o para definir la custodia de un niño, de igual forma la decisión respecto a la contratación de una persona e incluso la obtención de un permiso de conducir, pueden estar supeditados a decretos clínicos.

Es claro que los elementos antes reseñados se inscriben en la lógica de lo jurisdiccional, en la lógica de la legalidad, es decir, de lo sancionado como socialmente aceptable dentro en un espacio y tiempo determinados. Los *placeres de la carne*, al decir de Foucault, no escapan a este tipo de formaciones lógico–discursivas, al contrario, el gran binario normalidad–anormalidad las ha aprehendido con gran insistencia e intensidad, y les ha supuesto unas determinadas condiciones de existencia. Si bien es cierto que el aparato judicial no ha cesado en su ímpetu de control y ordenamiento del placer, lo cierto del caso es que la escena moderna encontró en la medicina su voz autorizada por excelencia, pues esta “ha inventado toda una patología orgánica, funcional o mental, que nacería de las prácticas sexuales “incompletas”, ha clasificado con cuidado todas las formas anexas de placer; las ha integrado al “desarrollo” y a las “perturbaciones” del instinto; y ha emprendido su gestión” (Foucault, 2005b:54).

El DSM constituye una fuente invaluable para dimensionar este movimiento. Las sociedades Occidentales han generado series aparentemente infinitas de textos que permiten fijar una serie de estereotipos en medio de un mundo de formas constantes (Gilman, 1985). Para ocuparse de este aspecto, se vuelve necesario atender qué se entiende en este Manual por “Enfermedad Mental”. En un primer momento se indica que a pesar de que el Manual proporciona una clasificación de los trastornos mentales, debe admitirse que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto de «trastorno mental». Seguidamente se indica:

En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro de una o más áreas de funcionamiento) o un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. (DSM-IV-TR:XXIX)

Un análisis somero de cada componente de esta definición, nos haría llegar rápidamente a la conclusión en la que decir que no existe una definición adecuada del concepto de “trastorno mental” –elemento mínimo que se supone autoriza sus enunciados–, es sin duda una perogrullada. Como acertadamente indican sus redactores, ésta es una definición de corte categorial, lo que a grandes rasgos quiere decir lo siguiente: que un conjunto de categorías permiten clasificar una serie de “rasgos definitorios”. Cabe preguntarse ¿una serie rasgos definitorios de qué?, la respuesta es clara: de un conjunto de categorías, *ergo*, no existe el más mínimo amago o tentativa de explicación o problematización respecto al potencial “origen” o “causa” de estas presuntas afecciones, se las refiere simplemente como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.

El único señalamiento en esta dirección indica que: “la inclusión de un trastorno en la clasificación [...] no requiere la existencia de una etiología conocida” (DSM-IV-TR:XXXI). ¿Qué querrá decir esto? Si se aplica esta cláusula por ejemplo al famoso trastorno de Disforia de Género, esto quiere decir que no es necesario ninguna otra referencialidad para que este sea nombrado como tal, más allá del acto mismo de su enunciación, cabe preguntarse en este sentido: ¿cómo se puede arguir que la Disforia de Género constituye una enfermedad mental,

cuando ni siquiera se puede decir con certeza cuál es la línea divisoria entre salud y enfermedad mental? La materia prima de este sistema psicopatológico se vuelve así un arreglo etéreo y carente de consistencia respecto a los mismos principios que propone, hecho que por demás, hace que se desplome el edificio epistémico en que se basan sus veredictos diagnósticos.

DSM: del binarismo de género y de la biología como destino

Los criterios diagnósticos actuales que plantea el DSM en lo que respecta a los comportamientos e identidades sexuales, establecen diferencias a partir de estereotipos sobre los roles de género asignados como patológicos, predisponiendo así las terapias “reparativas de género” que refuerzan la conformidad de los roles asignados al momento del nacimiento (Winters, 2011). En este sentido, es necesario atender el hecho de que, si bien es cierto que este efecto normativizador de los cuerpos y sus posibilidades eróticas no es únicamente atribuible al hacer *psi*, el aura de científicidad que lo acompaña autoriza el valor sus enunciados, otorgándoles un carácter de realidad que ejerce un importante efecto de poder.

El peso del binarismo biológico inherente a este entramado discursivo, supone un aspecto decisivo en el caso de personas intersexuales, especialmente en la etapa de la niñez. Cheryl Chase, una activista intersexual quien fuese sometida en su niñez a múltiples procedimientos quirúrgicos para suprimir cualquier indicio de ambigüedad sexual, señala que la normalización de los tratamientos médicos profundiza la homofobia paterna, haciendo más difícil la situación de aquellos niños intersexuales que terminan siendo gays. Para Chase, este esquema psico-médico ha provocado que algunas personas argumentasen que, si la orientación sexual fuera reconocida como algo biológico, la homofobia habría disminuido, en el entendido de que las personas heterosexuales pensarían que no es un error de la persona el ser gay o lesbiana (Herarty, 2005). El carácter impertérrito del binario hombre-mujer, nos lleva a una conclusión que ya en el siglo XIX resultaba absolutamente axiomática: la biología es el destino³.

Ambroise Tardieu, el más eminente de los médicos forenses franceses de dicho periodo, planteaba que el sexo es un aspecto puramente biológico, arguyendo que es una cuestión de hecho, que puede y debe ser resuelta por el examen anatómico y fisiológico de la persona sospechosa. Toda noción de ambigüedad o de auténtica neutralidad sexual es por lo tanto absurda, pues según la misma, el sexo está absolutamente presente en y a través del cuerpo (Laqueur, 1992).

En el caso estadounidense, en lo que respecta a las identidades trans, a pesar de que la presión ejercida por parte de distintas agrupaciones de activistas ha provocado que la Asociación Americana de Psiquiatría efectúe algunas modificaciones, por ejemplo, procurar dar un mayor énfasis a la incongruencia que genera la no identificación con el género asignado, lo cierto del caso es que la lógica intrínseca a la estigmatización de las identidades en tránsito permanece incólume. A mediados del año 2011, 1ª APA hizo pública una segunda versión de los criterios diagnósticos para la Quinta Edición del DSM, que incluye dos categorías que impactan a las comunidades trans: la Disforia de Género, (formalmente

³ Ver a tal propósito el ensayo de Michel Foucault titulado: *Herculine Barbin llamada Alexina B.*

Desorden de Identidad de Género), y el Desorden Travesti, (formalmente Fetichismo Travesti).

Repasemos rápidamente algunas de las nuevas pautas establecidas. En el DSM se emplean básicamente dos criterios para diagnosticar una enfermedad mental (criterios A y B). En lo que se refiere a la Disforia de Género, el criterio A indica que se trata de un malestar respecto a la incongruencia persistente por un tiempo determinado (3 o 6 meses), entre el género experimentado o expresado y las características físico-sexuales o el rol de género asignado. Por su parte, el criterio B, se centra en si el malestar o la inconformidad es clínicamente significativa o representa una discapacidad en la mayoría de las funciones de la vida, de acuerdo al rol congruente con la experiencia de la identidad de género. Los redactores del Manual tuvieron la deferencia de aclarar que: “El malestar o inconformidad debido al prejuicio externo o discriminación, no es la base del diagnóstico” (Winters, 2011). En este punto es válido preguntarse ¿en qué consiste entonces? A qué se debe el malestar que siente una persona transexual cuando va a una tienda para probarse ropa del “sexo contrario” y recibe una negativa por parte de los dependientes, e igualmente, porque podrían sentirse inconformes aquellas personas que son corridas del algún establecimiento comercial por el hecho de besar a una persona del mismo sexo. Una hipótesis nada desdeñable en términos del entramado lógico que da pie a dicho Manual, sería que ese malestar y esa inconformidad han de nacer en lo más profundo del hipotálamo, producto quizá de una falla que se genera en una región tan profunda, que ningún encefalograma ha logrado dar con ella.

Esta suerte afrenta dirigida a la neuropsicología en particular y a la ciencia positivista en general, no es un simple capricho o una vendetta paradigmática personal, lo cierto del caso es que éstas corrientes tienen por un lado un protagonismo hegemónico en la escena del hacer *psi* y son por otro las principales abanderadas de la existencia de Manuales Diagnósticos. Como se señala en el Manifiesto *Stop DSM* de Buenos Aires, “el DSM parte de la idea de que una agrupación de síntomas y signos observables, que podemos describir, tiene de por sí entidad de enfermedad, una supuesta base “neurobiológica” que la explica y genes que, sin demasiadas pruebas veraces, la estarían causando” (Stop DSM, 2011). Lo anterior no desmiente en absoluto el hecho de que ciertas corrientes psicoanalíticas se decanten por una vía homóloga, de modo que sin dejar de lado la preeminencia de determinados enfoques en esta discusión, es importante apuntar que “más allá del marco teórico del cual se parta, la cuestión principal se trata de la postura ética del profesional que ejerza la clínica” (Rios, L. y Nascimento, I. 2007:24) y bajo esta perspectiva, cualquier enfoque puede inscribirse ya sea en una vía de patologización de la diferencia o en una vía contraria, en la que la otredad tenga un asidero fuera de los confines de la sujeción que produce la diada saber-verdad.

Quizá la principal preocupación que deberíamos tener respecto a este tipo de instrumentales de etiquetamiento, es el uso que se hace de los mismos para controlar y normalizar el deseo y el erotismo de niños y adolescentes, pues estos, al encontrarse supeditados a sus padres, bajo esa figura legal que convenientemente conocemos como “patria potestad”, tienen menos posibilidades de *agenciamiento* y resistencia. Respecto a los niños, entre los criterios diagnósticos de Disforia de Género empleados en el DSM, se establece en el caso de los chicos, una fuerte preferencia por simular los atuendos femeninos; y en el caso de las chicas, una fuerte preferencia por utilizar ropa típicamente masculina y una fuerte resistencia a utilizar ropa típicamente femenina. La misma lógica se sigue para la preferencia de determinadas actividades lúdicas, compañeros de juegos, fantasías, etc. Como se sigue de

ello, es claro que el DSM asume la existencia de una correlación “genuina”, “legítima” o “adecuada” entre el plano biológico en el cual es circunscrito el cuerpo de un sujeto y sus “respectivas” coordinadas vestimentarias, comportamentales e imaginativas. Travestir se vuelve un objeto privilegiado de estigmatización, por tratarse de una forma de transgresión cuya visibilidad resulta evidente:

El mundo travesti, en verdad, es el que más conecta, históricamente, homoerotismo y transgresión genérica y coloca en cuestión los cánones de la moral, del afecto y del comercio del cuerpo. Es también el más visible y, por ende, el más sujeto a la violencia institucional y popular en el disciplinamiento de los géneros. El problema básico de la identidad travesti pasa por el derecho a “ser”, a la propia vida, aún hoy en cuestión. (Figari, 2009:211)

El “hacer *psi*” encarnado en esta tipificación que hace el DSM del travestismo como una patología mental, emplaza la fijeza del par sexo/género, que en este caso concreto es representado por el par bio-cuerpo/indumentaria, superpuesto así como una verdad incontestable; estamos por tanto en el plano de la biopolítica, en un ámbito de control a partir del dato biológico y del gobierno de las subjetividades a través de categorías nosológicas. Las *disidencias existenciales de género* y sus modos de subjetivación, en especial en lo que respecta a las existencias *trans* e *inter* sexuales, están supeditadas bajo esta lógica “a una regulación, a normas hegemónicas del conjunto sexo/género/deseo/prácticas-sexuales, centradas en la heteronormatividad”. (Siqueira, W. Y. y Gonsalvez, L. 2011:272).

Parafilias: el nuevo jardín de las especies

La sección de trastornos sexuales del DSM⁴, ha presentado diversos cambios en sus diferentes ediciones, que sin embargo no han supuesto un avance en términos de la desestigmatización de las diversidades sexuales. Así por ejemplo, la exclusión de la homosexualidad dentro de la clasificación de trastornos sexuales, trajo aparejada la proliferación de un sinnúmero de trastornos parafilicos ausentes en las ediciones anteriores (Gamboa, 2009). Casi como en una carrera de relevos, nuevas figuras de alteridad ocupan las vacantes dejadas por figuras pasadas. Un aspecto interesante, es que esta tendencia al recambio, es la forma en que se subtiende una determinada aquiescencia respecto a los textos médicos de finales del Siglo XIX, como lo muestra el *Tratado sobre la Inversión Sexual* del Doctor Chevalier:

[La inversión] nos ofrece un tipo de perversión y, desde este punto de vista, funciona una al lado de la otra, la necrofilia, la bestialidad, la zoofilia. Estas perversiones forman entre ellas una familia natural, si un tal calificativo conviene a semejante ensamblaje. No son entidades mórbidas distintas, sino modalidades sintomáticas diversas de un mismo fondo patológico. Atañen las mismas causas, eclosionan sobre el mismo terreno, presentan

⁴ Esta sección se subdivide en cuatro apartados: 1. Disfunciones sexuales, 2. parafilias, 3. trastornos de la identidad sexual (mismo al que corresponden los aspectos acotados en el apartado anterior) y 4. trastornos sexuales no especificados.

numerosas anomalías en sus manifestaciones, tienen la misma significación. Son parientes inseparables. Tratar uno, es implícitamente hablar del otro. (Chevalier, 1893:55)

Al tiempo que las ciencias hacen surgir nuevas categorías, estas en parte hacen surgir nuevas formas de sujeto, nuevas variedades que configuran en adelante un nuevo escenario nosológico y nuevos estándares de placer y deseo. Jeffrey Weeks en un ensayo titulado *Sexualidad*, declara que “si la manera en que pensamos acerca del sexo configura el mundo como lo vivimos, entonces las palabras son pequeñas marcas de esos pensamientos, signos aleatorios garabateados en la página o que flotan en el aire y a los que cargamos con significados” (Weeks, 1998:71). La sola enunciación de una forma de placer como “parafilica”, es ya objeto de atención, pues supone que existen ciertas formas de filiación normales, díganse consensuadas, mientras que hay otras paranormales, fuera del espectro del consenso. Las parafilias prefigurarán así lo que podríamos llamar un nuevo “jardín de las especies” (Foucault, 2006c:276), un nuevo vergel en que otro tipo rarezas son al mismo tiempo exhibidas y controladas. “Internadas en el cuerpo, convertidas en carácter profundo de los individuos, las rarezas del sexo dependen de una tecnología de salud y de lo patológico” (Foucault, 2005b:58).

Es claro que el DSM no presenta hoy en forma alguna un planteamiento innovador, pues ya desde mucho tiempo atrás los científicos –por no hablar de otras sectas–, se habían apasionado con la jardinería. Sus especies ornamentales más insignes fueron sin duda los perversos, los cuales, citando a Foucault, eran: “vecinos de los delincuentes y parientes de los locos. A lo largo del siglo llevaron la marca de la “locura moral”, de la “neurosis genital”, de la “aberración del sentido genésico”, de la “degeneración” y del “desequilibrio psíquico” (Foucault, 2005b:53). Las parafilias forman así parte de un determinado *continuum*, con un recambio terminológico instrumentalizado a través de múltiples relaciones de poder, “productoras de una serie enunciados que son presentados como legítimos (Foucault, 2005a:29). Resulta pertinente repasar ahora cuáles son las pautas que dan pie a estas nuevas taxonomías. El diagnóstico de las parafilias se fundamenta en pautas muy similares a las antes esgrimidas respecto a la disforia de género, a saber, los siguientes criterios:

Criterio A: La persistencia durante un periodo de por lo menos 6 meses de fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes de impulsos sexuales o comportamientos implicados en cada tipo de parafilia.

Criterio B: El individuo ha satisfecho estas necesidades sexuales, o las necesidades sexuales o fantasías producen malestar acusado o dificultades interpersonales.

Un aspecto que llama la atención, es el factor temporal de X cantidad meses presente en el Criterio A, como el periodo mínimo para dictaminar autenticidad de la enfermedad, lo que en este caso nos podría llevar a pensar que al cabo de cinco meses de fantasías o comportamiento prohibido, básicamente se es un *amateur* o aficionado a las parafilias, y que por el contrario, alcanzado el umbral quimérico de la temporalidad convenida como válida, se alcanzaría el punto mínimo para la desviación paranormal.

En la misma línea de lo arbitrario que parece primar en el factor tiempo, se inscriben algunos de los métodos “científicos” utilizados para determinar si un individuo entra o no a los campos de la parafilia. A este respecto, se especifica en el Manual que uno de los

mecanismos más utilizados es la pletismografía peana, con la cual se busca medir la excitación sexual del individuo a una serie de estímulos visuales (2005). Es posible que el lego investigador o clínico se pregunte ¿qué pasa entonces con aquella parte de la población que no cuenta con un bio-pene? La respuesta es sencilla, de acuerdo con el DSM, este tipo de trastornos son por derivación un “mal” asociado a los bio-hombres, por cuanto los casos-excepción que no cumplan con este requerimiento, estarían ubicados en un punto infinitesimal e insignificante de la curva normal. La tendencia a obliterar los deseos y placeres asociados a los cuerpos de bio-mujeres, parece una constatación del quehacer psiquiátrico. No obstante, no es de extrañar que en años venideros exista algo parecido a una pletismografía clitoridiana u algún otro mecanismo que “compense” este vacío histórico.

Volviendo a los criterios diagnósticos, para el caso de las parafilias, el Criterio B pareciera tener un mayor sustento, pues en realidad es en función de este que se dirime la “parafilia” del sujeto sobre el cual se ha de emitir un dictamen. Aquí el elemento clave versa sobre la presencia de un malestar por parte de la persona respecto a sus intereses eróticos. Reparemos en algunos detalles que se presentan en la sección denominada *Diagnóstico Diferencial*:

Las fantasías, los comportamientos o los objetos son considerados parafilicos sólo si provocan malestar y alteraciones clínicamente significativas (p. ej., son obligatorias, producen disfunciones sexuales, requieren la participación de individuos en contra de su voluntad, conducen a problemas legales o interfieren en las relaciones sociales). (DSM-IV-TR:636)

Retengamos por el momento el contenido de este enunciado para hacer un breve ejercicio de contraste. Los anteriores criterios constituyen la base para ubicar las diferentes especies u organismos que habitan el jardín de las parafilias, veamos ahora algunas de las nomenclaturas que reciben:

- Exhíbicionismo
- Fetichismo
- Frotteurismo
- Pedofilia
- Masoquismo sexual
- Sadismo sexual
- Fetichismo transvestista
- Voyeurismo
- Parafilias no especificadas: Escatología telefónica, necrofilia, parcialismo, zoofilia, coprofilia, clismafilia, y urolofilia.

Conviene hacer un paréntesis para hacer referencia a los problemas éticos que podrían conllevar ciertos tipos de filiaciones eróticas incluidas en esta lista, especialmente en lo que respecta al sadismo sexual, la pedofilia, el frotteurismo o la zoofilia. La discusión claramente supone la valoración de las consecuencias sobre ciertas conductas sexuales que para un individuo son motivo de placer, pero para el otro individuo (o animal) directa o indirectamente involucrado, pueden resultar aberrantes, ya sea por la percepción global del acto en tanto tal, o porque suponen un ejercicio de poder que resulta violatorio de la voluntad de elección del otro. La discusión que se plantea en el presente texto, no versa sobre el

carácter moral o amoral, lícito o ilícito de estos actos, sino más bien sobre su determinación patológica, más aún, se pretende visualizar la doble implicación del orden moral y legal en el diagnóstico de los trastornos sexuales.

De esta forma, un acto que implique un sometimiento o abuso efectivo –no imaginario–, ya sea de índole físico o psicológico de cualquier persona o incluso animal, deviene un acto que en esencia es de carácter legal, de acuerdo a un cierto ordenamiento social en el que se fija aquello instaurado como *legítimo* y aquello otro que aparece como *ilegítimo*. En este sentido, cabría hablar en vez de un sujeto sádico o de un frotteurista (según la naturaleza de hechos presuntamente imputados a un individuo) de un violador, un acosador o un infractor sexual “X”; en vez de un sujeto pedófilo, de un abusador de menores; en vez de un sujeto zoofílico, de un maltratador de animales. Claro está que un sujeto al que se atribuye una violación, puede reunir el paquete categorial que la psiquiatría le indilga al sádico por ejemplo, aunque sobre esto no puede establecerse necesariamente una implicación intrínseca y no obstante, dada la imposibilidad de establecer que supone una “conducta erótica normal”, su acto sería ilícito o inmoral, pero no patológico.

Elijamos ahora una especie de este jardín que históricamente ha sido objeto de oprobio social y de auscultación por parte de la medicina, el “masoquista sexual”; convengamos sin embargo que las inconsistencias sobre los criterios diagnósticos propios de esta especie, son extensibles para cualquier otra especie del reino parafilico. El DSM nos indica que su característica esencial consiste “en el acto (real o simulado) de ser humillado, golpeado, atado o cualquier otro tipo de sufrimiento” (DSM-IV-TR:649). El resto de especificaciones que nos ofrece el Manual, simplemente describen las variantes en las que se puede presentar el “trastorno”. Lo esencial es contrastar la inadecuación o si se quiere la incompatibilidad entre el Criterio diagnóstico B (principal criterio definitorio de la naturaleza patológica del individuo), con su correspondiente tipificación.

El acto de autoflagelación o de subordinación a otra persona, supone un acto que para él o la masoquista resulta enormemente placentero y por derivación el mismo no puede ser un generador de molestia alguna. El malestar o las dificultades interpersonales que potencialmente pueda experimentar, estarían asociados a la condena o rechazo de sus preferencias por parte de terceros. El *pathos* del masoquista está así más de lado de la antigua Grecia que de la Psiquiatría Moderna, aspecto que posiblemente explique el por qué los “trastornados parafilicos” rara vez acuden espontáneamente a los profesionales de la salud mental (DSM-IV-TR:634).

El espécimen parafilico desequilibra eso que Gayle Rubin llama el “Círculo mágico de la sexualidad” (Rubin, 1993:13), constituye una molestia que hay que aislar y controlar y es por ello que en las entequeias que nos presenta DSM, su complejidad es representada de tal forma que tras su silueta se translucen las huellas de su peligrosidad. Es así como encontramos que entre los males asociados a la parafilias, aparecen las enfermedades venéreas (DSM-IV-TR:635), o que lo individuos que las padecen, nos dice el DSM, “pueden escoger una profesión, tener como *hobby* u ofrecerse como voluntarios para trabajar en oficios que les permiten estar en contacto con el estímulo deseado (p. ej., vender zapatos o lencería de mujer [fetichismo], trabajar con niños [pedofilia] o conducir una ambulancia [sadismo sexual])”.

El aspecto teratológico del parafilico prorrumpa con intensidad, su carácter amenazante conjuga así varios niveles de inquietud. “Es el monstruo el que constituye un problema, es el monstruo quien interroga al sistema médico y el sistema judicial” (Foucault, 2006a:67). El

naciente jardín de especies sexuales, amparado en quimeras científicas, crea al tiempo que regula, figuras de la monstruosidad. “El sexo, su verdad, su visibilidad, sus formas de exteriorización, la sexualidad, las vías normales y patológicas del placer y la raza, su pureza o su degeneración, son tres imponentes ficciones somáticas que obsesionan al mundo occidental a partir del siglo XIX hasta constituir el horizonte de toda acción teórica, científica y política contemporánea” (Preciado, 2008:63).

Vías de Resistencia: confrontando el régimen heteronormalizador

Como se ha visto en los apartados anteriores, el hacer *psi* ha supuesto un dispositivo de control cuya tarea inicial en lo que se refiere a la sexualidad, ha consistido en nombrar y hacer emerger nuevas categorías de sujeto bajo la efigie de la abyección, procedimiento con el cual se asegura una segregación de aquellas formas de placer y deseo que cuestionan la armonía y la estabilidad del sistema heteronormativo. Una segunda consecuencia del ejercicio de poder que implica este dispositivo, consiste en establecer un estricto ordenamiento y regulación de las conductas eróticas, a partir de su inscripción en categorías nosológicas, organizadas en torno al eje saber-verdad, que configurará consecuentemente un efecto bisagra en la determinación del grado de normalidad que se otorgue a un sujeto.

Ante este panorama, es importante destacar que a lo largo de la historia han existido diversas iniciativas de oposición a este *estatus quo* normalizador. Así por ejemplo, desde finales del siglo XIX y principios de siglo XX, las obras de investigadores, teóricos y activistas de distintas disciplinas, como es el caso de Heinrich Ulrichs, Magnus Hirschfeld, Adolf Brand, Alfred Kinsey y Sigmund Freud (Silva, 2008), apuntaban de una u otra forma hacia pequeñas pero importantes transformaciones tendientes a desestigmatizar la diversidad sexual, ya sea por la vía de la despatologización, la despatologización o la visibilización de la multiplicidad de comportamientos y orientaciones sexuales.

De igual forma, importantes movimientos surgidos aproximadamente desde mediados del siglo XX, apuntaban de forma mucho más concisa a la eliminación de la homosexualidad de los Manuales de Clasificación de Enfermedades de la APA y de la OMS. Fruto de este largo proceso, nutrido por los aportes de diversos investigadores y activistas sociales, se han logrado importantes avances en aras de la despatologización de la diversidad sexual. No obstante, dichos esfuerzos no han sido suficientes y como se señaló más arriba, la eliminación de determinadas “patologías” ha estado aparejada a la proliferación de otras nuevas, reproduciendo el mismo esquema de control intrínseco a sus predecesoras.

En la actualidad han surgido importantes movimientos de resistencia a la patologización, tanto de carácter local como internacional, que buscan incidir directamente en las organizaciones encargadas de llevar a cabo los Manuales Diagnósticos de Enfermedades. De esta forma, ha surgido una iniciativa internacional, por parte especialmente de instituciones y grupos de investigación que promueven el desarrollo de una psicología crítica y comprometida con una visión integral del ser humano, que ha dado lugar a una serie de Manifiestos agrupados bajo el nombre *Stop DSM*. Así por ejemplo, entre los argumentos esgrimidos en el Manifiesto de Buenos Aires en contra de la conceptualización y el uso que se hace del DSM en la práctica clínica con niños, se señala que:

[...] con el argumento de una supuesta posición atórica, el DSM responde a la teoría de que lo observable y cuantificable pueden dar cuenta del funcionamiento humano, desconociendo la profundidad y complejidad del mismo, así como las circunstancias histórico-sociales en las que pueden suscitarse ciertas conductas. Más grave aún, tiene la pretensión de hegemonizar prácticas que son funcionales a intereses que poco tienen que ver con los derechos de los niños y sus familias. En esta línea, alertamos tanto sobre el contenido como sobre el impacto, que en el campo de la salud mental, tienen el DSM IV TR o el DSM V en preparación. Presentados inicialmente como manuales estadísticos a los fines de una epidemiología tradicional, en las últimas décadas han ocupado el lugar de la definición, rotulación y principal referencia diagnóstica de procesos de padecimiento mental. Con el formato de clasificaciones y recetas con título de urgencia, eficiencia y pragmatismo se soslayan las determinaciones intra e intersubjetivas del sufrimiento psíquico. (Stop DSM, 2011)

Este tipo de iniciativas son importantes, en la medida en que coadyuvan a prácticas psicológicas opuestas al *mainstream* que supone hoy en día el modelo DSM, así como todos aquellos otros sistemas de clasificación homólogos. Existen muchas otras iniciativas locales, como la planteada por el *Conselho Federal de Psicologia* de Brasil, que desde el año 1999 desarrolló una Normativa centrada en este caso en materia de orientación sexual, que prohíbe cualquier forma de práctica profesional que suponga estigmatización o discriminación, y promueve además el ejercicio de una ética profesional respetuosa de las diferencias en este ámbito, como lo indican los siguientes dos Artículos incluidos de dicha resolución:

Art. 2º. Los psicólogos deberán contribuir con su conocimiento para una reflexión sobre el prejuicio y la eliminación de discriminaciones y estigmatizaciones contra aquellas personas que presentan comportamientos o prácticas homoeróticas.

Art. 3º. Los psicólogos no ejercerán ninguna acción que favorezca la patologización de comportamientos o prácticas homoeróticas, ni adoptarán acciones coercitivas tendientes a orientar homosexuales hacia tratamientos no solicitados, ni colaborarán con eventos y servicios que propongan el tratamiento y la cura de las homosexualidades.

Resulta necesario impulsar estas y otras iniciativas, que permitan construir sociedades mucho más integradoras, en donde la psicología y otros saberes afines sean, en lugar de mecanismos reproductores de prácticas segregativas, medios de resistencia opuestos a dicho engranaje. Si como señala el teórico francés Guy Hocquenghem (2009), la homosexualidad está proscrita en todas partes a pesar de que atañe a todo el mundo, una tarea pendiente de la política internacional LGBT es, al decir de Butler, “nada menos que rehacer la realidad, reconstruir lo humano y negociar los términos de lo que se considera habitable y lo que no”. (Butler, 2006:52). En esta misma lógica, se vuelve imperativo reinventar las psicologías así como otras disciplinas, de forma tal que sea posible responder a esta nueva ciudadanía, reconociendo así las múltiples formas de discriminación, o sea, de clase, color, sexo, sexualidad, identidad de género, etnia, religión y origen social (Pavan, P.; Maus, M.; Vieira, L. y Caetano, H., 2011).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ariès, Philippe. (1987). Reflexiones en torno a la historia de la homosexualidad. Em Philippe Ariès. *Sexualidades Occidentales*. Buenos Aires: Paidós.
- Briki, Malik. (2009). *Psychiatrie et homosexualité. Lectures médicales et juridiques de l'homosexualité dans les sociétés occidentales de 1950 à nos jours*. Presses universitaires de Franche-Comté.
- Butler, Judith. (2008). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del «sexo»*. Buenos Aires: Paidós.
- Chevalier, Jean. (1893). *Une maladie de la personnalité: l'inversion sexuelle*. Lyon: Bibliothèque Scientifique Judiciaire.
- Conselho Federal de Psicologia. (1999). *Resolução CFP N° 001/99 de 22 de março de 1999*. Acessado em: 12 de janeiro de 2012, de: <http://pol.org.br/legislacao/pdf/resolucao1999_1.pdf>.
- Corbain, Alain; Guérard, Roger-Henry, & Perrot, Michel. (1991). Sociedad burguesa: aspectos concretos de la vida privada. Em *Historia de la vida Humana*. (Tomo 8). Madrid: Taurus.
- Davidson, Arnold. (2004). *The Emergence of Sexuality. Historical Epistemology and the Formation of Concepts*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Figari, Carlos. (2009). *Eróticas de la disidencia en América Latina. Brasil, Siglos XVII al XX*. CLACSO Ediciones, Buenos Aires: CICCUS.
- Foucault, Michel. (2005a). *El Poder Psiquiátrico*. Curso en el Collège de France. (1973-1974). Madrid: Akal.
- Foucault, Michel. (2006a). *Los Anormales*. Curso en el Collège de France. (1974-1975). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel. (2006b). *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, Michel. (2007). *Herculine Barbin llamada Alexina B*. Madrid: Talasa.
- Foucault, Michel. (2006c). *Historia de la Locura en la Época Clásica I*. Distrito Federal: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel. (2005b). *Historia de la Sexualidad I. La Voluntad de Saber*. Distrito Federal: Siglo Veintiuno.
- Foucault, Michel. (2001). Le jeu de Michel Foucault. Dans : *Dits et Ecrits II* (1976-1988). Paris : Gallimard.
- Gamboa, Isabel. (2009). *En el Hospital Psiquiátrico, El sexo como lo cura*. San José: Universidad de Costa Rica.
- Gilman, Sander. (1985). *Difference and Pathology. Stereotypes of Sexuality, Race and Madness*. New York: Cornell University Press.
- Halperin, David. (1995). *Saint = Foucault. Toward a Gay Hagiography*. New York: Oxford University Press.
- Hegarty, Peter. (2005). Intersex Activism, Feminism and Psychology. Em *Queer Theory*. New York: Palgrave MacMillan.
- Hocquenghem, Guy. (2009). *El Deseo Homosexual*. España: Melusina.

- Laqueur, Thomas. (1992). *La fabrique du sexe. Essai sur la corps et le genre en Occident*. France: Gallimard.
- López-Ibor, Juan, & Valdés, Manuel. (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Revisado. DSM-IV-TR. Edición Española. Barcelona: Masson. Manifiestos Stop DSM. (Agosto, 2011).
- Moser, Charles, & Klienplatz, Peggy. (2004). DSM-IV y las parafilias: Un argumento para su retirada. *Revista de Terapia Sexual y de Pareja*, n. 19. Acessado em: 20 de abril de 2009, de: <<http://www2.hu-berlin.de/sexology/BIB/DSM.htm>>.
- Pavan, Priscila; Maus, Daiane; Vieira, Lissandra, & Caetano, Henrique. (2011, julho/dezembro). As Formas do “fazer psi” e a Constituição das Políticas Públicas Associadas à Diversidade Sexual. *Psicologia Política*, 11(22), 279-294.
- Pollak, Michel. (1987). La homosexualidad masculina o ¿La felicidad en el ghetto? Em *Sexualidades Occidentales*. Buenos Aires: Paidós.
- Siqueira, William, & Gonçalves, Lívia. (2011, julho/dezembro). Dissidências Existenciais de Gênero: resistências e enfrentamentos ao biopoder. *Psicologia Política*, 11(22), 261-264.
- Stop DSM: *Manifiesto de Buenos Aires: Por un abordaje del sufrimiento psíquico en niños y adolescentes, no al DSM*. Acessado em: 12 de janeiro de 2012, de: <<http://stopdsm.blogspot.com/2011/05/el-manifiesto-de-buenos-aires-por-un.html>>.
- Preciado, Beatriz. (2008). *Testo Junkie. Sexe, drogue et biopolitique*. Paris: Grasset & Fasquelle.
- Rios, Luis, & Nascimento, Itala. (2007). Homossexualidade e Psicoterapia Infantil – Possibilidades e Desafios para a Construção dos Direitos Sexuais na Clínica Psicológica. *Revista de Psicologia Política*, 7(13).
- Rubin, Gayle. (1993). *Thinking sex: Notes for a radical theory of the politics of sexuality*. Em Henry Abelove, Michele Aina, & David Halperin (Comps.), *The Lesbian and Gay Studies Reader*. New York: Routledge.
- Silva, Alessandro. (2008). *Luta, Resistências e Cidadania. Uma análise Psicopolítica dos Movimentos e Paradas do Orgulho LGBT*. Curitiba: Juruá.
- Weeks, Jeffrey. (1998). *Sexualidad*. Distrito Federal: Paidós.
- Winters, Kelly. (2011, junho). *The proposed Gender Dysphoria Diagnosis in the DSM-5*. GID Reform Advocates. Acessado em: 12 de março de 2011, de: <<http://gidreform.wordpress.com/2011/06/07/the-proposed-gender-dysphoria-diagnosis-in-the-dsm-5/>>.

• Recebido em 12/05/2012.

• Revisado em 09/06/2012.

• Aceito em 18/08/2012.