



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu – ISSN 1886 –5887

ARTÍCULO

La patologización de la homosexualidad en los manuales diagnósticos y clasificaciones psiquiátricas

The pathologization of homosexuality in Diagnostic Manuals and psychiatric classifications

La patologització de l'homosexualitat en els manuals diagnòstics i classificacions psiquiàtriques

SANTIAGO PEIDRO *

* Santiago Peidro. Doctor en Psicología, Docente Universidad de Buenos Aires (Argentina). Email: santiagopeidro@gmail.com.



Copyright (c) 2021 Santiago Peidro
Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional.

Resumen

Investigaremos la relación entre el diagnóstico en la atención de la Salud Mental y la clasificación de la homosexualidad como enfermedad o trastorno mental con el fin de analizar que en lo que a las sexualidades no hegemónicas respecta, el diagnóstico no supone ser únicamente un conocimiento acabado del fenómeno que pretende investigar, sino que funciona como un procedimiento performativo que produce el mismo fenómeno que busca delimitar. Para ello, consideraremos los “Principios para la protección de los enfermos mentales” adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 17/12/1991, así como los sistemas internacionalmente vigentes de Clasificación en Salud Mental. Nuestra hipótesis de trabajo descansa también en las ideas sobre la performatividad desarrolladas por Judith Butler.

Palabras clave: homosexualidad; patologización; salud mental; psiquiatría; diagnóstico; performatividad; DSM.

Abstract

We will analyze the relationship between diagnosis in Mental Health Care and the classification of homosexuality as a mental illness. We will reflect that as far as non-hegemonic sexualities are concerned, the diagnosis does not suppose to be a complete knowledge of the phenomenon that it seeks to investigate, but rather works as a performative procedure that produces the same phenomenon that it seeks to know and delimit. We will take into account the "Principles for the protection of the mentally ill" adopted by the United Nations General Assembly in its resolution 46/119 (12/17/1991) and the existing systems of classification in Mental Health. Our working hypothesis rests on the ideas of performativity developed by Judith Butler.

Keywords: Homosexuality; pathologization; mental health; psychiatry; diagnosis; performativity; MDE.

Resum

Investigarem la relació entre el diagnòstic en l'atenció de la Salut Mental i la classificació de l'homosexualitat com a malaltia o trastorn mental amb la finalitat d'analitzar que pel que respecta a les sexualitats no hegemòniques, el diagnòstic no suposa ser únicament un coneixement acabat del fenomen que pretén investigar, sinó que funciona com un procediment performatiu que produeix el mateix fenomen que busca delimitar. Per a això, considerarem els “Principis per a la protecció dels malalts mentals” adoptats per l'Assemblea General de les Nacions Unides el 17/12/1991, així com els sistemes internacionalment vigents de Classificació en Salut Mental. La nostra hipòtesi de treball descansa també en les idees sobre la performativitat desenvolupades per Judith Butler.

Paraules claus: homosexualitat; patologització; salut mental; psiquiatria; diagnòstic; performativitat; DSM.

1. Introducción

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), mediante la resolución 46/119 del 17/12/1991 aprobó los “Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental”. Sin lugar a dudas, estos Principios son una referencia fundamental de esta Organización en materia de Salud Mental. Uno de los elementos que nos interesa resaltar de esta declaración es la definición que la ONU brinda respecto de la atención de Salud Mental. Esta última incluye “el análisis y diagnóstico del estado de salud mental de una persona, y el tratamiento, el cuidado y las medidas de rehabilitación aplicadas a una enfermedad mental real o presunta” (ONU, 1991: s/p). Estos principios se aplican sin distinción de sexo, idioma, nacionalidad, religión o clase social. La protección se refiere a que todas las personas que tengan alguna enfermedad mental deben poder ejercer todos sus derechos sociales, políticos, económicos y civiles. Asimismo, se establece que las personas tienen derecho a vivir y trabajar en su comunidad, a recibir un tratamiento, a que se guarde confidencialidad respecto de sus enfermedades y a no ser internadas contra su voluntad.

Nos interesa, por un lado, detenernos en la definición de atención de Salud Mental de la ONU, y por el otro, en el análisis de los Principios cuarto y quinto de la resolución citada precedentemente.. En cuanto a lo primero, la misma definición de atención incluye la variable del diagnóstico, con todos los problemas que de ahí se desprenden., En cuanto a los Principios, el cuarto de ellos se titula “Determinación de una enfermedad mental”, y allí se establece que dicha determinación se formulará con arreglo a “normas médicas aceptadas internacionalmente”, siendo que la misma no se fundará nunca en base a una condición política, social, económica, religiosa o cualquier otra razón que no esté exclusivamente referida al estado de la Salud Mental. En el punto tercero de este mismo Principio se establece que en ningún caso constituirán un factor determinante del diagnóstico de una enfermedad mental la “falta de valores morales, sociales, culturales o políticos o con las creencias religiosas dominantes en la comunidad de una persona” (ONU, 1991: s/p).

En base a lo detallado anteriormente, analizaremos qué lugar ha tenido el diagnóstico de homosexualidad en el ámbito de la Salud Mental y qué significa que una enfermedad mental se funde en normas médicas aceptadas internacionalmente. Nuestra hipótesis sostiene que es el mismo proceso diagnóstico el que, no exento de los valores morales, sociales y culturales de quienes lo formalizan, ha consolidado a la homosexualidad como una enfermedad. Es decir, el diagnóstico opera de modo performativo, al consolidar un fenómeno como enfermedad al tiempo que lo define y describe.

La Organización Mundial de la Salud (2004), define la Salud Mental como un estado de completo bienestar físico, mental y social y en cuanto a las enfermedades mentales, esta misma Organización recomienda el uso del sistema internacional denominado CIE-10, acrónimo de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, cuyo uso está generalizado en todo el mundo. No obstante, El CIE no es el único sistema vigente, ya que el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana) es utilizado en todo el mundo por psicólogos, psiquiatras, médicos clínicos e investigadores, así como por compañías de seguros y laboratorios.

2. Clasificar

Para abordar el tema de la Salud Mental y la determinación de lo que es y no es una enfermedad, resulta conveniente plantear la pregunta sobre el agente potencial de una enfermedad mental: el ser humano. De él puede afirmarse que se trata de una entidad inacabada, en la que se incluye una dimensión pática y otra ética. El primer término deriva del griego *pathos*, y entendemos por él, en este contexto, aquello dado por la naturaleza independientemente de la autonomía de cada individuo. Esta dimensión implica el aspecto biológico, genético y fisiológico. El segundo término, ética, deriva también de un vocablo griego, *êthos*, y en este contexto se refiere al ámbito de la libertad, a lo no dado desde el nacimiento. Se trata de costumbres y hábitos que constituyen una forma de vida particular y singular que se va construyendo a lo largo de la existencia.¹ Tal como indica Falla de Güich, el *êthos* “es el modo de estar en el mundo, en el que nos movemos, vivimos y somos.” (2017: 62). Por el contrario, podríamos sostener que tanto un ser humano nacido en el Medioevo, como otro nacido hoy, están dotados de una misma constitución biológica. De tal modo, el *pathos* trasciende las culturas, las épocas, la clase social, la religión y la identidad, cualquiera esta sea. Desde esta perspectiva podríamos afirmar que si nuestra existencia estuviera determinada desde antes del nacimiento, los actos morales y la ética no tendrían razón de ser.

A los fines del objetivo que nos ocupa, resulta necesario hacer algunas aclaraciones sobre la clasificación y la patologización. Clasificar es una de las principales tareas de la actividad científica. Una clasificación supone organizar determinados conceptos, individuos o elementos en grupos determinados, conforme a categorías específicas. En el ámbito de la psicología, la psiquiatría y la

1 La historia de los vocablos *êthos* y *pathos* es sumamente compleja en la historia de la filosofía y remite a diversas áreas del conocimiento. No es la intención en este trabajo profundizar sobre el tema.

Salud Mental, hacer clasificaciones no resulta una empresa fácil, ya que como mencionábamos anteriormente, el ser humano no está sólo conformado por una dimensión pática.

La primera clasificación de los trastornos psicológicos proviene de Hipócrates (IV a.C.), quién distinguió entre Manía y Melancolía. Si bien esta clasificación se mantuvo vigente hasta el Renacimiento a través de Galeno (I d.C.), lo cierto es que fue Emil Kraepelin el mayor exponente de la clasificación de los trastornos mentales. Su manual de Psiquiatría (1904) da cuenta de un sistema en el que se constituyen grupos de pacientes con sintomatología homogénea agrupados en un síndrome. Como señala Del Barrio, “sus criterios se fundaban en las causas orgánicas: hereditarias, metabólicas, endocrinas, alteraciones cerebrales. Por eso las clasificaciones actuales comenzaron sólo por las enfermedades mentales con causa orgánica” (2009: 3). Es decir, aquellas ubicadas dentro de la esfera pática. En este sentido, la nosografía psiquiátrica, el modo de clasificar los trastornos mentales, “se crea sobre la base de la taxonomía botanista de fin del siglo XVIII, respondiendo a una necesidad intrínseca del ser humano por clasificar, ordenar y categorizar los fenómenos de la naturaleza” (Widakowich, 2014: 260). La clasificación constituye unos de los pilares de la psiquiatría.

Si bien la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE) es tomada en cuenta desde el 1900, la misma sólo incluye trastornos mentales recién a partir de su quinta revisión, donde aparece por primera vez una sección dedicada a las “Enfermedades del Sistema Nervioso y de los Órganos de los Sentidos”.

3. La sexualidad como producto de la psiquiatría

A los fines de adentrarnos en la clasificación psiquiátrica y la patologización de la homosexualidad, debemos analizar aquello que hemos llegado a llamar sexualidad y de qué modo la misma se constituyó como un “producto de un sistema de conocimiento psiquiátrico que tiene una argumentación y un estilo de razonar propios y muy particulares” (Davidson, 2001: 67). Para referirnos a la patologización de la homosexualidad, no podemos obviar el modo en el que la psiquiatría, como campo de saber, se adueñó de las experiencias íntimas de los seres humanos. Es decir, de la esfera ya no sólo del *pathos*, si no del *êthos*.

Siguiendo a Davidson (2001), en el siglo XIX existían dos sistemas de conocimiento en torno a las llamadas identidades sexuales que daban cuenta de dos modos distintos de razonar y argumentar. Por un lado, la anatomía patológica, que buscaba las explicaciones últimas a partir de lo observable en los cadáveres. En el siglo XVIII y parte del XIX, por ejemplo, la tarea del médico en los casos clasificados como de hermafroditismo, era determinar el sexo verdadero detrás de

las apariencias. La ciencia médica, a partir de la observación anatomopatológica, se proponía dar una respuesta inequívoca sobre la verdadera identidad sexual de las personas. Michel Foucault, en sus estudios sobre la sexualidad, hizo famoso el caso de hermafroditismo de Herculine Barbin. Allí:

“toda la ciencia médica, con su estilo de anatomía patológica, coincidió con Auguste Tardieu cuando afirmó (...) que ‘ciertamente en este caso, las apariencias del sexo femenino habían llegado muy lejos, pero no obstante, la ciencia y la justicia se vieron obligadas a reconocer el error devolviendo a este joven su sexo verdadero” (Davidson, 2001: 70/71).

Podríamos decir que el verdadero sexo, siguiendo esta lógica, estaría supuesto en el orden del *pathos*. Ya bien entrado el siglo XIX, cobra peso otro sistema para abordar la sexualidad. La identidad sexual ya no se explica de modo acabado en términos anatómicos, sino que se pondera la variable del impulso, el gusto, las satisfacciones y los rasgos psíquicos. “Todo un concepto nuevo de identidad permite separar las cuestiones de la identidad sexual de los hechos relativos a la anatomía” (Davidson, 2001: 72). De esta manera, los problemas de índole sexual trascendieron la esfera pática. Comenzaron a surgir entonces trastornos y enfermedades de índole sexual novedosos hasta el momento. Tal es así, que en 1913 Havelock Ellis publicó un artículo llamado “Sexo-Aesthetic Inversion”, en el que se refería a la inversión sexo-estética en términos de enfermedad. Planteaba una configuración anatómica y unos rasgos psíquicos para referirse a cierto grupo de “invertidos” incluido en la categoría de “travestidos”. Allí sostenía que “el sujeto se identifica tanto con los rasgos físicos y psíquicos que recuerdan al sexo opuesto que siente que realmente pertenece a ese sexo, aunque no se engaña en relación con su configuración anatómica” (Havelock Ellis, 1913: 156). No se trata aquí de un dato anecdótico o aislado. Muy por el contrario, este modo de razonar psiquiátrico siguió vigente hasta bien entrado el siglo XX. Basta tomar la tercera edición del DSM, para encontrar que los trastornos referidos a la identidad sexual mantienen el mismo espíritu, siendo sus proposiciones conceptuales idénticas a las planteadas por Havelock Ellis. En este manual nos topamos con los trastornos de identidad de género, explicados en términos de sentimientos de inadecuación al sexo anatómico.

Para entender un poco mejor la lógica psiquiátrica decimonónica, es necesario analizar el concepto de perversión sexual. Durante la segunda mitad del siglo XIX, el mismo atravesó tres etapas diferentes, aunque muchas veces entrecruzándose unas con otras. En primer lugar, la perversión sexual era entendida como una enfermedad de los órganos sexuales. No obstante, al no observarse diferencias específicas entre los genitales de los llamados perversos y de aquellos que no lo eran, esa breve etapa dio paso a la segunda, en la cual la perversión sexual era leída en términos de anormalidades del instinto sexual. Es decir, el órgano capaz de dar una explicación

al asunto fue el cerebro. En esta línea, por ejemplo, hubo quienes intentaron explicar la delincuencia a través de la anatomía patológica, abriendo los cerebros de los difuntos para dar con la justificación a nivel anatómico. Evidentemente, luego de abrir varias cabezas, psiquiatras y anatomopatólogos llegaban a la conclusión de que no había nada en los cerebros de los pervertidos que pudiera justificar una anormalidad en el instinto sexual. Pero no se dieron por vencidos, muchos de ellos supusieron que las modificaciones serían inobservables para el ojo humano, confiados en que a futuro, técnicas mejoradas de observación podrían dar con el problema a nivel anatómico. Independientemente de esta creencia, la no aparición de malformaciones o deficiencias observables a nivel cerebral, dio paso a una tercera etapa en la que la perversión sexual era entendida en términos de desviaciones funcionales del instinto sexual. Así, el espacio conceptual del siglo XIX que rodea la perversión fue el del instinto sexual, ya que la concepción real de la perversión que subyacía al pensamiento clínico era la de una enfermedad propia del instinto (Davidson, 2001).

El instinto sexual, en este contexto, era una suerte de llave maestra para entender la condición humana. Concebido como la personalidad de cada individuo, este diría sobre quiénes somos. En este sentido, a partir de la concepción del instinto sexual fue posible delimitar lo saludable de lo patológico o perverso. El instinto sexual estaba sostenido en hipótesis biologicistas y positivistas que indicaban que el mismo tenía una función natural, biológica y normal determinada. Esta aseveración trascendió prácticamente sin cuestionamientos a lo largo del tiempo. Uno de los principales psiquiatras del siglo XIX, Richard von Krafft-Ebing sostuvo que “dada la satisfacción natural del instinto sexual, toda expresión de él que no se corresponda con los propósitos de la naturaleza- es decir, la propagación- debe ser considerada perversa” (1886: 34-36).

A pesar de que Sigmund Freud criticó, a comienzos del siglo XX, la existencia de un instinto sexual normal, realizando en 1905 una distinción clave entre objeto y fin sexual que echaría por tierra la idea de un instinto sexual correcto en términos páticos, los desarrollos de la psiquiatría continuaron por el camino iniciado. Tal es así que el primer DSM (1952) incluía la desviación sexual como trastorno de la personalidad. Dicha desviación, no claramente detallada en el primer Manual Diagnóstico de las Enfermedades Mentales, tenía como única guía diagnóstica que la desviación sexual debía reservarse para la sexualidad desviada que no fuera sintomática de síndromes más extensos, tales como las reacciones esquizofrénicas u obsesivas. Era el psiquiatra quién debía proporcionar los detalles específicos del trastorno con un “término complementario” para el diagnóstico de desviación sexual. Es decir, no existían, en el DSM-I, restricciones sobre lo que podría ser este término complementario, dejando a discrecionalidad del médico o médica tratante la valoración de una conducta como desviada. Sin dudas, toda discrecionalidad nos arroja

en el terreno de lo moral. Es decir, no era claro cuán desviada debía ser una conducta para ser leída en términos patológicos. Era el especialista en psiquiatría, con su cosmovisión y su sistema de valores, quien decretaba si la misma se alejaba o no lo suficiente del imperativo del coito con fines reproductivos. En este sentido, tal como señala Renata Carmela, el DSM se presentó “como tecnología positiva de poder del discurso médico, que conlleva inclusión, observación, formación de saber, a partir de lo cual se da una multiplicación de los efectos del poder” (2017: 76).

4. Homosexualidad y psiquiatría

Para comprender mejor el problema del diagnóstico de homosexualidad, es conveniente entender que la heterosexualidad y la homosexualidad fueron categorías que se construyeron desde mediados del siglo XIX.

En 1867, Karl Heinrich Ulrichs, un abogado y ex miembro del Servicio Civil del Reino de Hanover, dio un discurso frente a sus colegas acerca del amor entre personas del mismo sexo con el fin de frenar la criminalización con la que las leyes contra la sodomía se extendían por todo el territorio germano. Hasta mediados del siglo XIX, no había habido nadie que cuestionara que el sexo-erotismo entre hombres obedeciera a una debilidad moral, siendo que cualquiera que no fuera lo suficientemente fuerte podría sucumbir ante la sodomía. Fue recién en 1850, que Johann Ludwig Casper, un médico berlinés, sostuvo por primera vez la tesis de que algunos sodomitas tenían un atracción biológica innata hacia personas de su mismo sexo. Tal es así que en la segunda mitad del siglo XIX fueron inventándose términos para redefinir y clasificar las orientaciones sexuales. Estos nuevos significantes aparecían desplazando otros que respondían a una visión moral. En 1864, Ulrichs distribuye unos panfletos en defensa de los deseos sexuales innatos bajo el seudónimo de Numa Numantius. Allí introduce los términos Uraniers (hombres que aman a personas de su mismo sexo) y Dionings (hombres que aman a mujeres). La principal tesis de Ulrichs era que el amor de los Uraniers era “innato o natural y no estaba causado por ninguna patología o perversión. Y como tal, no debía ser criminalizado” (Beachy, 2014: 18. La traducción es nuestra). El segundo panfleto de Ulrichs, titulado “Inclusa: estudios antropológicos sobre el amor entre hombres”, vio la luz un mes más tarde. Aquí, el autor sostenía que los Uraniers eran psicológicamente hermafroditas. Es decir, seres humanos que eran biológicamente hombres pero con un carácter femenino. En otras palabras, hombres en el sentido pático, femeninos en el êthos. Con las ideas de Ulrichs, los debates y discusiones sobre si los Uraniers debían o no ser penados por la ley se puso en primer plano. Es importante resaltar que hasta este momento, los términos homosexual y heterosexual no habían aparecido aún en escena. Uno de los mayores resultados que las discusiones legales sobre el tema arrojó, fue precisamente la invención del término

Homosexualität (homosexualidad). En 1868, el escritor y periodista Karl María Kertbeny, introdujo esa terminología en dos breves publicaciones contra las leyes que penaban la sodomía. Fueron escritas anónimamente y dirigidas a Ulrichs. Kertbeny sostenía que la homosexualidad era una condición innata y que las leyes contra la sodomía violaban los derechos de los recientemente llamados homosexuales. Si bien este autor rechazó las teorías de Ulrichs respecto del hermafroditismo, sirvió al primero como motor para continuar su lucha a favor de los Uraniers u homosexuales. Junto con el nuevo término homosexual, Kertbeny introdujo también el término heterosexual. Curiosamente, la heterosexualidad propuesta por este escritor no fue sinónimo de virtud ni normalidad. Por el contrario, con los términos Normalsexualität y Heterosexualität, Kertbeny caracterizaba a una “capacidad irrestricta para la degeneración” (Katz, 1995: 53. La traducción es nuestra). Agregando que la pulsión (drive) sexual de los sexualmente normales era más fuerte que la de los masturbadores, bestialistas y homosexuales. Tal como indica Jonathan Katz:

“considerando la posterior cooptación que la psiquiatría hizo del término heterosexual para afirmar la superioridad respecto de la homosexualidad, la definición de heterosexual de Kertbeny al servicio de la emancipación homosexual es una de las mayores ironías de la historia de la sexualidad” (Katz, 1995: 53. La traducción es nuestra).

Con el correr del siglo XIX, médicos y médicas comenzaron a reclamar potestad sobre los nacientes términos heterosexual y homosexual. Se consideraron ellos mismos expertos en erotismo y sexualidad, comenzando a teorizar y clasificar respecto de aquello. Tal como indicamos anteriormente, la sexualidad nació de la mano de la patologización psiquiátrica. “La perversión y los pervertidos fueron un invento del razonamiento psiquiátrico y de las teorías psiquiátricas...” (Davidson, 2001: 54). Esto no significa, obviamente, que las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo hayan nacido en el siglo XIX, pero la homosexualidad en términos de enfermedad del instinto sexual, sí. Previamente, la sodomía era leída en términos de vicio y de moralidad. Era una categoría legal. Pero la homosexualidad ya apropiada por la psiquiatría era una enfermedad del instinto sexual, una perversión que debían resolver los médicos, que al tiempo de construirla como tal, buscaban modos de explicarla y tratarla. Así las cosas, la homosexualidad como perversión no era una enfermedad que existiera en la naturaleza.

Era una enfermedad creada por una comprensión (funcional) de la enfermedad, un cambio conceptual, un cambio de razonar, que hacía posible interpretar diversos tipos de actividad en términos medicopsiquiátricos. No había ninguna entidad mórbida natural que descubrir hasta que la práctica clínica psiquiátrica de la inventó (Davidson, 2001: 57)

5. DSM y CIE

Diagnosticar es un procedimiento sistemático que parte de la observación y los datos específicos. Permite conocer un fenómeno particular de modo acabado. Hoy en día, el sistema de clasificación en Salud Mental se basa en dos corpus: El CEI- 10 y el DSM V. Asimismo, la teoría y sistemas nosológicos tienen una influencia fundamental en el proceso del diagnóstico. La construcción de la teoría nosológica, que se toma como soporte para el diagnóstico diferencial, determina la forma de evaluar y de extraer conclusiones acerca del comportamiento de un ser humano, así como de valorar su discrepancia con la norma social (Peidro, 2020). En otras palabras, su forma de contemplar a la persona está influenciada por los presupuestos del sistema y por el enfoque que se sigue para reconocer y descubrir la “enfermedad mental”. Lejos de ser neutrales, estos presupuestos se edifican sobre diferentes visiones del mundo. El riesgo de auto validación a partir de la concepción teórica de la nosología conlleva una condición circular entre teoría, patología, signos y diagnóstico que merece un análisis detallado (Bareiro, 2017).

En 1952 surgió la primera edición del DSM como una variante del CIE-6. En esa primera versión, la homosexualidad como criterio diagnóstico fue incluida por la Asociación Psiquiátrica Americana como una categoría de enfermedad mental, basándose en teorías sin evidencia científica que proponían una conexión entre homosexualidad y desajustes psicológicos. Se suponía que la homosexualidad era el síntoma de una enfermedad mental.

Como consecuencia de los desacuerdos que fueron presentándose tanto en relación al DSM como respecto al CIE, se generaron nuevas versiones de cada uno de ellos a lo largo de los años. El DSM-III vio la luz en 1980, reemplazándose el modelo psicoanalítico de la enfermedad por el modelo descriptivo basado en la evidencia. Uno de los aspectos más importantes de esta versión fue que se eliminó a la homosexualidad como criterio diagnóstico.

Si recordamos el cuarto artículo de los “Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental” al que hacíamos referencia al comienzo, entendemos que para determinar qué es una enfermedad mental debemos atenernos a normas médicas consensuadas internacionalmente. Cuando finalizó la segunda Guerra Mundial, el estado mental de cientos de miles de personas llevó a la Organización Mundial de la Salud a incluir los trastornos mentales en su Manual de Enfermedades. Simultáneamente, en Estados Unidos, un pequeño grupo de siete psiquiatras construían un sistema de clasificación de enfermedades mentales “con una finalidad pragmática, la de tener una herramienta diagnóstica y un lenguaje en común al interior de la psiquiatría” (Widakowich, 2014: 259). De esta manera, es notable cómo la determinación de lo patológico fue diseñada originalmente por siete jóvenes. Esta piedra fundamental, que fue el DSM, continuó revisándose periódicamente, actualizándose y

siendo aún válida en la actualidad. A medida que pasaron los años, la cantidad de psiquiatras que participaron en las reuniones para consensuar las enfermedades mentales fue creciendo. En 1994, con el DSM-IV, al proceso de discusión y redacción se sumaron las empresas farmacéuticas. “En un estudio bien documentado de Cosgrove L. y colaboradores, se muestra cómo más de la mitad de los miembros estaban financiados por al menos una empresa farmacéutica” (Widakowich, 2014: 261). Volviendo al cuarto Principio definido por la ONU, resulta una aporía la intención de que un trastorno mental no se funde nunca en base a una condición política, social, económica, religiosa o cualquier otra razón que no esté exclusivamente referida al estado de la salud mental. Es decir, ¿cómo sería posible separar la enfermedad de la variable económica, política, social o moral, si el consenso es justamente un acuerdo entre observaciones, suposiciones, teorías, cosmovisiones y creencias disímiles respecto de lo que debe ser leído en términos patológicos y lo que no? Las críticas realizadas sobre el DSM son constantes y variadas. Algunas de las principales fueron planteadas por G. Vaillant (2012) y F. Allen (2013). Tal es así que incluso la depresión no ha sido definida del mismo modo por la clínica descriptiva francesa y la clínica evolutiva alemana. De todos modos, sería un tanto reduccionista e ingenuo considerar a los Manuales Diagnósticos como el mero resultado de una maquinaria monstruosa de la psiquiatría norteamericana o mundial. No obstante, dentro del ámbito de la sexualidad, el terreno es más problemático. Decíamos anteriormente que esta última nace de la mano de su patologización, a fines del siglo XIX. La sexualidad no aparece entonces dentro del ámbito de la libertad, si no de lo pático, lo biológico, lo ya establecido. Y es la psiquiatría, a través del consenso a lo largo de los años, quién ha determinado qué práctica sexual es patológica y cual no lo es.

Es posible rastrear varias investigaciones de psiquiatras de fines del siglo XIX y comienzos del XX que fueron construyendo a la homosexualidad como una patología y a la heterosexualidad como una norma aceptada. Fueron años de mucha variación en cuanto al significado de estos términos. Por tomar un caso, en 1892, el Dr. Kiernan en un texto titulado “Responsabilidad en la Perversión sexual” retomaba a Krafft-Ebing para referirse a la heterosexualidad como una perversión sexual donde el coito se realizaba con fines no reproductivo. Las discusiones dentro de la psiquiatría respecto a la homosexualidad en términos patológicos se extendió, por lo menos (formalmente) hasta 1980. En 1970, la convulsión social ocurrida tras las redadas policiales en el bar neoyorquino de Stone Wall dio lugar a la primera marcha del orgullo gay. Allí se reclamó, con el mismo espíritu con el que Ulrichs lo había hecho contra la penalización de la sodomía, la desvinculación de la homosexualidad del manual DSM. En su segunda versión (DSM-II), publicada en 1973, se eliminó finalmente a la homosexualidad como categoría diagnóstica de la sección de “Desviaciones Sexuales” (APA, 1973) mayormente a consecuencia de las numerosas manifestaciones de la comunidad gay (APA, 2002). Las protestas estuvieron dirigidas fundamentalmente hacia los psiquiatras de la APA, quienes se habían basado en teorías

psicológicas sin evidencia científica para incluir la homosexualidad en la clasificación de los trastornos mentales (Sánchez, 2004). No obstante, unos años antes ya se venían publicando algunos artículos que cuestionaban la inclusión de la homosexualidad en términos de enfermedad. En los años sesenta, Judd Marmor y Evelyn Hooker comenzaron a teorizar sobre su despatologización. Tal es así que en 1965, ambos participaron del libro de Marmor titulado *Inversión sexual: las múltiples raíces de la homosexualidad*, donde se sostenían ideas tales como que la actitud negativa hacia la homosexualidad es determinada por la cultura. Marmor, mientras ejercía el cargo de Vice Presidente de la APA, consideraba que la homosexualidad no reunía los criterios necesarios para ser catalogada como enfermedad mental.

En 1974 la APA decidió, luego de una votación entre sus miembros, eliminar la homosexualidad de la segunda versión del DSM con una mayoría simple (58%). Acordaron sustituir ese diagnóstico por una categoría en la que se incluían las “Perturbaciones en la Orientación Sexual”. Más adelante, en la tercera edición del Manual, se incluyó el diagnóstico de “Homosexualidad Egodistónica”, que se vinculaba con el malestar acaecido por la orientación sexual. No obstante, este diagnóstico también fue eliminado en la versión revisada de esa misma tercera edición del Manual (APA, 1988). Esta decisión fue confirmada en las sucesivas versiones y ediciones. Hoy en día, la APA coloca a todo malestar persistente, causado por la propia orientación sexual, como uno de los llamados “trastornos sexuales no especificados”.

Habría que esperar recién hasta 1990, más de ciento treinta años después de la invención del término homosexual, para que la Organización Mundial de la Salud excluyera finalmente a la homosexualidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS, 1992). Por último, la décima versión de esta clasificación (C.I.E. – 10), eliminó totalmente a la homosexualidad de sus manuales.

6. La performatividad del diagnóstico

La teoría de la performatividad elaborada por Judith Butler toma elementos de la filosofía de John Austin y Jacques Derrida. Se encarga, fundamentalmente, de los modos de producción de sujetos y de su construcción, considerando siempre el origen en el interior de la cultura y sus estructuras normativas. Una de las ideas más destacables de Butler fue la de considerar al género y la identidad en términos de performatividad. Este aporte es considerado uno de los más sustanciales de la teoría butleriana al feminismo, y a la teoría queer. Butler define la performatividad como “la reiteración de una norma o conjunto de normas, y en la medida en que adquiere la condición de acto en el presente, oculta o disimula las convenciones de las que es una repetición” (Butler, 1993:

34). De modo similar, Friedrich Nietzsche sostuvo que “el hombre instituye un mundo nuevo y se olvida de que este es construido y este mundo aparece ahora como instancia reguladora e imperativa” (1873: 547).

La capacidad performativa del diagnóstico y la clasificación psiquiátrica dota a lo nombrado de una existencia determinada sobre la que descansan luego juicios morales de diversa índole. El diagnóstico de homosexualidad, a veces bajo ese mismo significante, otras bajo rótulos distintos, se refuerza en su iteración, ocultando el carácter de convención que el mismo conlleva y ofreciendo, en cambio, la idea de que ciertas sexualidades son patológicas *per se*. Los efectos del diagnóstico psiquiátrico, juegan un papel crucial en la constitución de los sujetos y la producción de identidades. Sus efectos trascienden el ámbito de la psiquiatría, ya que la repetición del mismo en otros espacios, refuerza la idea de la existencia efectiva de sexualidades saludables o enfermas. El diagnóstico cristaliza cualquier práctica o conducta, dotándola de cualidades preestablecidas, cartografiando existencias conforme a normas médicas consensuadas. El diagnóstico no necesariamente permite conocer mejor el fenómeno que pretende estudiar, lo que certeramente sí genera es una inmediata tranquilidad para quienes lo realizan. Cuando lo que se diagnostica en términos patológicos no queda subsumido a la esfera pática, el poder ejercido se centra en el *êthos*, atentando contra la libertad del ser humano como existente más allá de sus condiciones biológicas.

7. Reflexiones finales

La patologización de las sexualidades no hegemónicas no es novedosa. Pero cuando esta es avalada y sostenida por Instituciones que deben velar por la Salud Mental de la población, las consecuencias en la subjetividad de aquellas identidades sexuales no hetero-cis-normativas son devastadoras. El poder del diagnóstico, sostenido desde la psiquiatría y la psicología, no termina en la delimitación de un trastorno o enfermedad. Junto con esto, se activan los tratamientos sugeridos para erradicar la enfermedad. Repasando la historia de estos Manuales y de la Psiquiatría, podemos observar que en muchas ocasiones, los tratamientos indicados para revertir la homosexualidad han sido de lo más cruentos.

Uno de los efectos más peligrosos para aquellas sexualidades que no se corresponden con la norma vigente es el uso que se le da a esta clase de Manuales. La psiquiatría y psicología que se guían por sus criterios diagnósticos, se le concede a sus definiciones y nosografía valor de verdad absoluta. Se ignora que se trata de convenciones y se invisibilizan, por consiguiente, los pilares sobre los que se edifican supuestos trastornos y enfermedades asociados a las prácticas sexuales.

El resultado de esto es la perpetuación de efectos segretativos para una gran parte de seres humanos. Por ello, la mejor manera de combatir la patologización de las sexualidades contra hegemónicas es practicando una clínica afinada que, lejos de repetir definiciones respecto de que clase de sexualidad es normal y cual no, busque cuestionar aquellos supuestos que las sostienen, ocupándose menos del ser humano como universal, que como sujeto singular.

Bibliografía

- ◆ Allan, F. "The new crisis of condence in psychiatric diagnosis" en *Annals of Internal Medicine*. Vol. 45. Nro. 25, 2013.
- ◆ American Psychiatric Association (APA) (1973), *Homosexuality and Sexual Orientation Disturbance: Proposed Change in DSM-II*. p. 44.
- ◆ _____ (1988), *DSM-III-R: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*, Masson, Barcelona.
- ◆ _____ (2002), *Answers to Your Questions, for a better understanding of sexual orientation & Homosexuality*, Washington.
- ◆ Bareiro, J. (2017) "Consideraciones éticas en torno al uso de diagnóstico en salud mental: aportes de la pequeña ética de Paul Ricoeur", En *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología (UBA)*, V. XXIV.
- ◆ Beachy, R. (2014), *Gay Berlin: birthplace of a modern identity*, Vintage Books, New York.
- ◆ Butler, J., (1993) *Cuerpos que importan*, Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- ◆ Cermelo, R. (2017). *Parafilias: la degeneración del DSM*. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- ◆ Davidson, A., (2001). *La aparición de la sexualidad*, Barcelona, España: Alpha Decay.
- ◆ Del Barrio, V. (2009), Raíces y evolución del DSM, *Revista de Historia de la Psicología*, v. 30, N°2-3, pp. 81-90.
- ◆ Falla De Güich, M. (2017), Pathos y Êthos en el contexto de la bioética, *Persona y Familia* N°6, pp. 59-80.
- ◆ Freud, S., (1905) Tres ensayos de teoría sexual. En *Obras completas*, VII, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, 1989.

- ◆ Havelock Ellis, H. (1913), *Sexo-Aesthetic Inversion*, *Alienist and Neurologist* N° 34.
- ◆ Katz, J., (1995). *The invention of heterosexuality*, Chicago, USA: The University of Chicago.
- ◆ Kiernan, J. (1892) Responsibility in Sexual Perversion, *Chicago Medical Recorder* 3: pp. 185-210.
- ◆ Kraepelin, E. (1904) *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Leipzig, Barth.
- ◆ Krafft-Ebing, R. (1895): *Psychopathia Sexualis: avec recherches spéciales sur l'inversion sexuelle*, Georges Carré, Paris. Disponible en: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76843b.r=krafft-ebing.langES> Acceso: 3.6.2020.
- ◆ Marmor, J. (1965), *Sexual inversion: the multiple roots of homosexuality*, Basic Books: New York.
- ◆ Nietzsche, F., (1873). Sobre verdad y mentira en sentido extramoral. En *Obras Completas*, vol. I. Buenos Aires, Argentina: Prestigio.
- ◆ Organización Mundial De La Salud (OMS) (1992), *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. CIE 10. Madrid.
- ◆ _____ (2004) *Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica: Informe compendiado*. p. 14 - 25, Ginebra.
- ◆ _____ (1991), *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*. Disponible en <https://www.trabajo.gba.gov.ar/discap/pdfs/di-onuag46-119.pdf> Acceso: 3.6.2020.
- ◆ Peidro, S. (2020), Notas sobre el problema del diagnóstico y la patologización de las identidades trans en el DSM. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología* (UBA), en prensa.
- ◆ Sánchez, C. (2004), *Obstáculos y alternativas políticas del movimiento homosexual en Chile*. FLACSO-Chile/Red de Masculinidades/UNFPA. Varones: entre lo público y la intimidad, IV Encuentro de Estudios de Masculinidades, Santiago, Chile.
- ◆ Widakowich, C. (2014), Según pasan los años: el DSM a través de las épocas. *Alcmeon*, v. 18, N° 4, abril de 2014, pp. 259 a 262.
- ◆ Vaillant, G. (2012) *Triumphs of Experience: The Men of the Harvard Grant Study*, Belknap Press, 2012.

Fecha de recepción: 2 de abril de 2021

Fecha de aceptación: 13 de julio de 2021