

El cuerpo sexuado en proceso de permanente medicalización

Sexuated body in a permanent medicalization process

Andrea Angulo Menasse | ORCID: orcid.org/0000-0002-5361-2049

andrea.angulo.menasse@uacm.edu.mx

Universidad Autónoma de la Ciudad de México

México

Recibido: 31/10/17

Aceptado: 14/3/18

Resumen

En este texto se presenta una reflexión sobre la tendencia de la biomedicina a la medicalización del cuerpo sexual a partir de la historia de la homosexualidad en occidente como botón de muestra -retomando algunas de las argumentaciones de Foucault (1996)- y la estructura misma del modelo médico hegemónico -tal como lo explica Menéndez (1990)- así como algunas otras intervenciones de la ciencia sexual y psiquiátrica en torno a la sexualidad desde la salud colectiva. Un ejemplo del proceso mediante el cual se diagnostica como desviación y anormalidad una conducta vital ha sido la patologización desde el campo de la medicina de cualquier conducta sexual que el *statu quo* considera improductivo por no ser reproductivo. Una vez que surgió la sexología como disciplina, todos los comportamientos sexuales transgresores de la norma procreativa se estudiaron y analizaron de manera sistemática por el campo científico y lo que antes se consideraba un pecado o un crimen, “la ciencia” lo convirtió en enfermedad susceptible de ser tratada en términos médicos y medicalizados.

Palabras clave: Medicalización, Cuerpo sexuado, Homosexualidad, Heterosexualidad, Transgresión.

Abstract

This text presents a reflection on the medicalization of the sexual body based on homosexual history -turning some of Foucault's arguments (1996)-, the very structure of the hegemonic medical model -as explained by Menéndez (1990)- and some interventions of sexual and psychiatric science around male and female homosexuality. The main example of the process by which vital behavior is diagnosed as deviation and abnormality has been the pathologization from the field of medicine of any sexual behavior that the *status quo* considers unproductive because it is non-reproductive. Once sexology emerged as a discipline, all sexual behaviors transgressing the procreative norm were studied and analyzed systematically by the scientific field. What was previously considered a sin or a crime, “science” turned it into a disease that could be treated in medical and medicalized terms.

Keywords: Medicalization, Sexual body, Homosexuality, Heterosexuality, Transgression.

Introducción

La medicalización del cuerpo en el campo de la salud ha consistido en invadir con medicamentos o intervenciones médicas cada vez más procesos vitales. Foucault (1996:134) ubica este fenómeno en el siglo XVIII y lo define como *el hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano se incorpora a una red de investigación médica cada vez más densa y amplia*, producto de que la medicina moderna que nació a finales del siglo XVIII y que ha ido ganando terreno y espacio simbólico.

El concepto de *medicalización* alude al proceso mediante el cual la medicina moderna, desde el siglo XVIII, convierte al cuerpo y sus enfermedades en sus objetivos (Foucault, 1978) pero también a las cosas, las conductas, la población, los hábitats, los elementos del ambiente, las rutas, los animales domésticos y salvajes, los hábitos cotidianos, el trabajo, el vestido, y todo lo que de alguna manera involucre técnicas que intervengan la vida y la muerte humanas (Hernández, 2016).

Las tecnologías disciplinarias proponen una medicalización basada en una modificación del espacio del cuerpo, en una cuadrícula de ese espacio social, en una vigilancia constante *in situ*. Si bien antes requerían grandes espacios de concentración como los hospitales, actualmente las sociedades de control proponen una medicalización completamente nueva, ya no basada en la concentración y en el encierro, sino en modulaciones temporales regidas por las lógicas del mercado y el consumo (Valderrama, 2010) donde tanto la salud como la corporeidad se reifican como mercancía.

Desde el último cuarto del siglo XVIII y entrado el siglo XIX se hizo *natural* designar al cuerpo y la salud como propiedades privadas del individuo y con ello se construyó la idea de que eran una más de las pertenencias del *sí mismo* (Menéndez, 1990) modificables a partir de intervenciones múltiples para adaptarse a las exigencias del mercado.

El modelo de la biomedicina se ha consolidado como la vía mediante la cual el fenómeno de la medicalización del cuerpo ha cobrado poder en tanto que ha hecho viable el disciplinamiento del cuerpo tal como Foucault habría analizado.

Por *modelo*, Menéndez entiende un instrumento metodológico que supone una construcción que se vale de determinados rasgos considerados estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico (Menéndez, 1990:85). Lo interesante de plantear un *modelo*, en lugar de hacer una crítica a las prácticas individuales de los médicos, es que se considera la complejidad de los procesos a estudiar

y se cuestiona desde el principio la posibilidad de tomar en cuenta explicaciones simplistas al remitir el análisis a las estructuras (Menéndez, 1990:86).

Este patrón de intervención médica sobre los cuerpos ha sido descrito detalladamente por el antropólogo mexicano, Eduardo Menéndez que lo nombró MMH (modelo médico hegemónico) refiriéndose al conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica que, desde fines del siglo XVIII, ha logrado dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías en salud que dominaban entre los conjuntos sociales, hasta identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por los criterios científicos como por el Estado (Menéndez 1990:86). Este tiene como rasgos estructurales:

- ◊ El biologismo.
- ◊ El individualismo.
- ◊ La ahistoricidad
- ◊ La asocialidad.
- ◊ La orientación básicamente curativa basada en la eliminación del síntoma.
- ◊ La concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia.
- ◊ La relación médico-paciente de forma asimétrica.
- ◊ La concepción del paciente como portador de un saber equivocado.
- ◊ El paciente como responsable de su enfermedad.
- ◊ La tendencia a la medicalización de los problemas.
- ◊ La identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos. (Menéndez, 1990: 87).

Muchas de estas características se reproducen en las prácticas psiquiátricas que tienden a normalizar a los sujetos considerados “desviados”. En psiquiatría hay un conjunto de prácticas, saberes y teorías que también se guían por un código de comprensión del ser humano, cuyas raíces se remontan al funcionalismo científico del siglo XX. Como la rama de la medicina que atiende la enfermedad mental, estas prácticas han logrado dejar como auxiliares otros saberes y prácticas locales vinculadas a la salud mental que respondían de otra manera al malestar psíquico en las comunidades.

La práctica médica y la psiquiátrica como subespecialidad cuentan con la legitimidad del

Estado y la validez, en el ámbito social, para intervenir en los cuerpos/mentes de otros sujetos. Los/las profesionales de la medicina y la psiquiatría, como profesiones de la salud, son reconocidos por el Estado como los agentes que poseen el cuerpo de conocimientos y habilidades necesarios para orientar, mediante el ejercicio público del poder, las conductas individuales. Esto les autoriza para intervenir en los procesos biológicos y psíquicos de los otros desde una posición profesionalizada. Se consideran como el método que da respuesta a la enfermedad, pero también a cualquier otro tipo de desviación de la norma.

El biologismo que caracteriza el MMH es el rasgo que garantiza la cientificidad del modelo, pero también el que tiene una jerarquía mayor respecto a otros factores explicativos. Consiste en considerar lo biológico como la causa que subordina a los otros niveles de explicación sin remitir a la red de relaciones sociales que, en un momento dado, determinan el aspecto fenomenológico de la enfermedad, padecimiento o malestar. Lo biológico no sólo constituye una característica importante, sino que es la parte esencial en la constitución de la formación médica profesional.

El aprendizaje del profesional de la medicina se hace a partir de conocimientos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos. Para la biomedicina la enfermedad es, en primer lugar, un hecho natural, biológico y sin historia porque evoluciona naturalmente, de acuerdo con la propuesta de Laevell y Clarck (1958): signos y síntomas, enfermedad, incapacidad, cronicidad y muerte se presentan independientemente de los contextos geográficos o históricos.

La biomedicina en su necesidad de encontrar soluciones, ignora las series históricas largas e impide articular los procesos históricos que se manifiestan y que no se agotan en la coyuntura, por más urgente que ésta sea (Baró, 2006:97).

En el campo de la psiquiatría la estandarización de lo que se considera salud mental está adecuadamente sistematizado en diversos tomos del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales* (DSM, por sus siglas en inglés) y diccionarios, pruebas de inteligencia, personalidad y coeficientes de probabilidad para identificar aquello que se sale de la norma estadística.

Los profesionales de la salud tienen acceso a un conjunto de conocimientos y recursos que pueden aplicar de manera “legítima” para eliminar lo que, desde estándares sociales y culturales particulares, se consideran síntomas. Lo que propaga este tipo de intervenciones es la dependencia de los sujetos a los profesionistas y a la medicación sin profundizar en las causas que suelen estar vinculadas a las relaciones de poder (Illich, 1974).

Los que sufren pierden así su carácter de sujetos de derecho y se transforman en menores de edad sometidos a la autoridad del saber experto y de la institución (García-Canal, 2002). El sujeto pierde su identidad de persona y se trasmuta en objeto de estudio para el médico y el personal, pues al convertir su ser en cuerpo material, se *reifica* la relación entre el profesional y el sujeto considerado un cuerpo enfermo. A este proceso se le suman los frecuentes juicios que los médicos se permiten emitir sobre lo erróneo de los estilos de vida de los sujetos que los consultan (Castiel y Dardet, 2010: 45).

La sociedad ha transferido a los médicos el derecho exclusivo de señalar quién está enfermo o podría estarlo y cómo se procederá con estas personas (Restrepo y Jaramillo, 2012). De esta manera, hechos que antes se consideraban procesos vitales (como el embarazo o la sexualidad), los han significado como áreas donde es importante intervenir desde el campo profesional del médico. Esta pérdida de libertad en relación con el propio cuerpo y la cada vez más creciente administración heterónoma de los mismos no estimula los niveles de salud, pues éstos sólo pueden ser óptimos cuando se favorece una capacidad autónoma de enfrentamiento de las necesidades del organismo (Illich, 1974). Este proceso queda muy claro con las recientes epidemias de medicalización a menores de edad: se recetan calmantes a los niños diagnosticados como hiperactivos, lo cual es una moda reciente frente a la desesperación de los adultos que, en otra época hubieran asumido lo obvio: los niños son activos (García de V. et al., 2014). Por medio de esta operación, se convierte en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana cuando los abordan los profesionales de la salud.

La sexualidad no reproductiva bajo el lente de la patología

Un ejemplo del proceso mediante el cual se diagnostica como desviación y anormalidad una conducta vital ha sido la *patologización* desde el campo de la medicina de cualquier conducta sexual que el *statu quo* considera improductivo por ser no reproductivo.

Cuando, a finales del siglo XVII, las creencias e instituciones religiosas sufrieron un declive de su poder por el correspondiente ascenso de la ideología laica, la fuerza y la utilidad de las explicaciones sobrenaturales disminuyeron y fueron reemplazadas por razonamientos distintos, pero con un alcance parecido: las autoridades científicas sustituyeron gradualmente a los clérigos con fábulas explicativas lo suficientemente poderosas como para desplazar a las antiguas (Foucault, 1978). En esa coyuntura, los médicos se encontraron en la posición idónea para ofrecer una nueva explicación a muchos de los fenómenos que antes se atribuían a la brujería, porque eran los expertos en el bienestar del cuerpo. Frente a la locura -que hace tiempo se explicaba por la influencia de Satanás-, la medicina tenía explicaciones cimentadas en otros fundamentos: la sexualidad desviada.

La ciencia sexual se construyó a comienzos del siglo XIX y con ésta la noción de sexualidad como territorio propenso a ser intervenido, ya que a pesar de que se tomaba como una constante histórica, ésta tiene a la modernidad como fecha de nacimiento (Rodríguez, 1999), cuando los médicos encontraron un hecho sexual como explicación de la locura: la masturbación.

El primero en intentar hacerlo fue un clérigo anónimo convertido en médico alrededor de 1710 cuando publicó un tratado llamado *Onania o el nefasto pecado de la auto contaminación* que, en 1760, ya había alcanzado la octogésima edición (Szasz, 1970). En 1758, otro famoso médico de Lausana confirmó la teoría de la masturbación como origen de la locura con otro tratado sobre los desórdenes producidos por el acto y, así, la idea de la locura masturbatoria pasó de hipótesis a dogma científico en 1766.

Los psiquiatras castigaban la masturbación, pero lo llamaban "tratamiento". En 1893, Pinel declaró que la masturbación producía ninfomanía y, en 1822, Esquirol publicó que "ninguna autoridad médica digna de respeto podría dudar de lo nocivo de la masturbación, pues es un síntoma grave de perturbación mental que, si no se detiene en el acto, es un obstáculo imposible de superar, porque al reducir la capacidad de

fensiva, confina al paciente a un estado de estupidez, a la tuberculosis, al marasmo y a la muerte. (Szasz, 1970:78)

Los tratamientos para ese mal eran agresivos: *Para curar esta enfermedad, amputaban el órgano afectado por ella porque creían que la masturbación producía histeria, epilepsia y enfermedades convulsivas. En 1894, se abogaba por la clitoridectomía para combatirla* (Szasz, 1970:100) y de esta manera la medicalización del cuerpo sexuado funcionó como sustrato teórico de control de las sexualidades todas, por medio de actos médicos.

La construcción de la masturbación como problema patológico ejemplifica el mecanismo que, desde el campo de la medicina, ha considerado la sexualidad como amenaza para la salud. La tesis de que la homosexualidad era una más de las enfermedades que había que curar -en tanto que era una práctica sexual desligada de la reproducción biológica- fue y sigue siendo una de las construcciones médicas que han permitido al campo científico regular las prácticas sexuales y eróticas (Foucault, 1978).

Con el auge del pensamiento positivista en el siglo XIX, la psiquiatría se convirtió en la disciplina que asumió el encargo de clasificar todas las desviaciones de la norma heterosexual con el objetivo de sanarlas. Así como el enfermo mental se constituyó como sujeto loco en relación con la psiquiatría (Chapela, 2004), el sujeto homosexual se constituyó como sujeto patológico en relación con el mundo de los profesionales de la salud mental (Szasz, 1970).

Kertbeny fue el primero en utilizar la palabra *homosexual* en 1869, en un contexto jurídico, pero el psiquiatra Krafft Ebing fue quien le dio contenido en el campo de la medicina científica en 1887. Foucault (1978) ubica su fecha de nacimiento como categoría psicológica, psiquiátrica y médica en 1870 con el artículo de Westphal *Sensaciones sexuales contrarias*:

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. (p. 28)

La persona homosexual del siglo XIX era por entero diferente al sodomita anterior, pues el "crimen" de la sodomía no daba lugar a la constitución de un sujeto particular y cualquiera podía

incurrir en el pecado; en cambio, “la invertida” o “el homosexual” nacían así, *lo eran antes* de practicar un acto sexual y así sería para toda su vida (Llamas, 1998). El concepto “homosexual” sustituyó a todos los nombres que antes se empleaban para las prácticas sexuales entre personas del mismo sexo, porque el término pretendía constituirse como una clasificación de las personas en términos de normalidad-anormalidad y no presentar una mera descripción de su conducta. El término *heterosexualidad* fue una construcción paralela que nació con el objeto de referirse a la norma sana, frente a la cual la homosexualidad aparecía enferma (Sala, 2007), la primera se convirtió en la norma y la segunda en la desviación pues el término heterosexualidad fue utilizado por el mismo médico norteamericano en 1892 en el que la heterosexualidad era definida como un “apetito normal” hacia las personas del sexo opuesto, de la misma forma que la homosexualidad sería el “apetito anormal” hacia las personas del propio sexo (Guasch, 2000).

La heterosexualidad se caracterizó entonces por ser coitocéntrica, reproductiva y circunscrita al matrimonio como única figura simbólica para dar “orden” al deseo y a los afectos.

Los términos lograron ser utilizados para describir un atributo del sujeto: se era homosexual o heterosexual. La identidad homosexual fue la creación heterosexual del siglo XX porque constituyó un eslabón importante en una estrategia más general de clasificaciones que apuntaron a volver las actividades eróticas totalmente inteligibles y susceptibles de manipulación (Sala, 2007).

Una vez que surgió la sexología como disciplina, todos los comportamientos sexuales transgresores de la norma procreativa se estudiaron y analizaron de manera sistemática por el campo científico. Lo que antes se consideraba un pecado o un crimen, “la ciencia” lo convirtió en enfermedad susceptible de ser tratada en términos médicos y medicalizados. Entre 1886 y 1965, la homosexualidad era un problema médico primeramente, un acto criminal en segundo término. Se creía que era causa de inmadurez psicológica o una patología causada por defectos genéticos, confusiones de género, exposición a hormonas intrauterinas, demasiado control o negligencia parental, parentalidad agresiva, seducción, acoso sexual o estilos de vida decadentes (Drescher, 2002).

Las terapias y esfuerzos para cambiar la orientación sexual mediante psicoanálisis y tratamientos conductistas prevalecieron durante las décadas de los años sesenta y setenta. Las técnicas conductuales alcanzaron su clímax en la década de los setenta y la psicoterapia reparativa de la orientación sexual se practicaba desde entonces. Por ejemplo, Ovesey (1969) basó sus intervenciones sobre la creencia de que la homosexualidad se desarrollaba como la fobia hacia el coito con una persona del sexo opuesto; por tanto, consideraba que el sexo no deseado

con una persona del sexo contrario curaría tal fobia. Los terapeutas conductuales trataron la homosexualidad con una variedad de terapias de aversión, como la inducción de náuseas y vómitos, parálisis, electrochoques o castigos corporales cuando la persona se sentía excitada por imágenes de personas de su propio sexo; también se incluían tratamientos de recondicionamiento del orgasmo o terapias de saciamiento (APA, 1997).

Había, asimismo, terapias educativas no aversivas que incluían el desarrollo de habilidades para ligar con personas del otro sexo, asertividad, reforzamientos positivos físicos y psicológicos para incrementar el contacto social (Binder, 1977; Greenspoon y Lamal, 1987; Stevenson y Wolpe, 1960).

Los terapeutas cognitivos también desarrollaron técnicas que buscaban cambiar la orientación sexual con la modificación de las rutas de pensamiento de gays y lesbianas, la resignificación de los deseos y la redirección de los pensamientos mediante hipnosis (APA, 1997).

Actualmente sigue habiendo terapias de reconversión que intentan modificar la orientación sexual de la persona cuando ésta no es heterosexual pues parten de la idea de que es posible modificar el deseo erótico y que la homo o bisexualidad es una patología como cualquier otra que es posible curar. Estas terapias recurren a diversos métodos y no son propias de una sola escuela “psicológica”: van desde acciones *basadas en la voluntad* como evitar las prácticas sexuales “incorrectas”, hasta las que implican un castigo físico como el aislamiento, privación de comida o sueño, electrochoques, lobotomías, trabajos forzados, golpes o violaciones sexuales. A pesar de que la ONU ha sugerido a los Estados adoptar medidas para garantizar los derechos humanos de esa comunidad las terapias *conversivas* están prohibidas al día de hoy solamente en tres países en el mundo: Brasil, Ecuador y Malta. En Ecuador, a pesar de que las clínicas están prohibidas por ley, Organizaciones de defensa de derechos humanos han denunciado que cada semana, en promedio, reciben dos denuncias de jóvenes que son internados a la fuerza en clínicas que se esconden bajo el nombre de centros para tratar trastornos mentales y adicciones a las drogas y al alcohol que en realidad aceptan a jóvenes homosexuales para intentar “curarlos” (Animal Político, 2012).

Apenas en 2011 Ecuador clausuró cerca de 30 clínicas ilegales que consideraban la homosexualidad como una enfermedad, por lo que ofrecían una posible cura a ésta. Los colectivos homosexuales creen que podrían existir en el país alrededor de 200 centros de este tipo a pesar de la prohibición. En EEUU, California se convirtió en el primer estado en aprobar una ley que prohíbe esta “terapia” pero únicamente para pacientes menores de edad, que en muchos casos son sometidos a tratamiento por decisión de sus

padres. Nueva Jersey podría seguirle los pasos, con un proyecto de ley similar en debate.

En Holanda apenas en 2012, la ministra de Salud, Edith Schippers, anunció que dejaría de financiar con presupuesto público a las clínicas que ofrecen tratamientos para curar la homosexualidad en tanto que las clínicas que ofrecían estas terapias estaban reconocidas como *proveedoras de ayuda psicológica* y por ello estaban contempladas dentro del seguro de salud básica. En Chechenia, república perteneciente a la Federación rusa a partir de abril de 2017 empezaron a filtrarse denuncias de una “purga” gay consistente en el arresto y la desaparición de homosexuales enviados a campos de concentración (Memoria y Tolerancia, 2018).

En Irán en los años 80, el fundador de la República Islámica, Ayatolá Jomeini, emitió un pronunciamiento legal autorizando el cambio de sexo, aparentemente luego de quedar conmovido por el testimonio de una mujer que le confesó

sentirse atrapada en el cuerpo de un hombre por lo que, mientras la homosexualidad sigue siendo considerada una conducta que se castiga con la pena de muerte, la operación de reasignación de sexo en promovida por el gobierno y las políticas públicas para todos aquellos que no tengan una identidad sexual “coherente” con su orientación sexual. Así, la persecución de la homosexualidad en el país obliga a los homosexuales a someterse a peligrosas cirujías si quieren vivir su sexualidad con libertad pues los doctores reciben la instrucción de decirles a estos pacientes que están “enfermos” e insisten en que recurran al cambio de sexo. Tanto, que los casos de reasignación de sexo aumentaron de 170 en 2006 a 370 en el 2010 pero las cifras no oficiales pueden ser mayores. Un doctor de un hospital de ese país le dijo a la BBC que él solo, había realizado más de 200 operaciones cada año. Este tipo de operaciones incluye “apoyo psicológico” y tratamiento hormonal (Ali Hamedani, 2014).

La homosexualidad bajo el lente de la patología psiquiátrica

De acuerdo con la psiquiatría, las tres teorías más importantes para explicar el origen psicobiológico de la homosexualidad eran las que establecían que:

- ◊ La conducta sexual homosexual era resultado de un desequilibrio en la proporción de hormonas masculinas y femeninas, ambas presentes en la sangre de los dos sexos.
- ◊ Era un trastorno endócrino que se producía durante el estado fetal.
- ◊ Se cimentaba en el factor hereditario (West, 1967).

Las maneras de interpretar la diversidad sexual determinan también el tipo de experimentos, medicalización y estrategias para “tratarlo”, por lo que se desprende que las personas homosexuales han estado expuestas a experimentación y muchas veces se les ha obligado a consumir hormonas con el fin de evaluar su “evolución”. Muchas veces a pesar de haberse descubierto que el suministro de hormonas masculinas a homosexuales hombres sólo potenciaba el deseo por el tipo de actividad sexual al que el individuo estaba habituado, pero no cambiaba su objeto de deseo (West, 1967).

La imposibilidad de confirmar la existencia de un vínculo claro entre la homosexualidad y la biología ha llevado a que los “científicos” sigan buscando e interviniendo en los cuerpos de este colectivo. Se ha buscado también la correlación

entre la homosexualidad y la fracción cromosómica Xq28 mediante marcadores moleculares asociados (Annicchiarico, 2009:433). Se han hecho y siguen haciendo experimentaciones con los cerebros de homosexuales y lesbianas. Se continúa buscando qué diferencia a varones homo y heterosexuales, desde el punto de vista de las estructuras cerebrales como el hipotálamo anterior (INAH3) (LeVay, 1991).

Se han comparado también los cerebros de gays y lesbianas en términos del tamaño y volumen del área que relacionan con la orientación sexual, se han comparado en la literatura médica la forma y tamaño de los órganos sexuales femeninos en mujeres lesbianas buscando comprobar que estas mujeres *tenían un clítoris anormalmente grande* (Llamas, 1998:298).

Además del estudio de la morfología, fisiología y sistema endócrino, los médicos concluyeron en 1918 que era necesario recolectar más datos de los hospitales para tener una compilación más precisa de las psicopatologías más frecuentes, y este hecho marcó una transformación interna que reflejó el crecimiento dominante de la lógica clasificatoria de la disciplina. Por eso, en 1952, la psiquiatría logró editar su primer manual clasificatorio de “trastornos” y “patologías” con una finalidad diagnóstica (DSM IV, 2001).

La exhaustiva búsqueda del origen biológico de la homosexualidad implicaba considerarla *a priori* una patología; y las particularidades o especificidades de la expresión de la diversidad

biológica de la especie se han interpretado como la etiología de la homosexualidad, ya que éstas se valoraron considerando como referente la supuesta normalidad de la heterosexualidad.

En el DSM publicado por la American Psychological Association (APA) en 1952, la homosexualidad estaba considerada una de las *alteraciones sociopáticas de la personalidad* y, posteriormente, fue trasladada a la categoría de *otras alteraciones mentales no psicóticas*.

Sin embargo, a pesar de lo enormemente deficitaria de esta lectura de la diversidad sexual, los primeros cuatro tomos con sus respectivas revisiones del DSM eran un intento por pensar la problemática a partir de ejes cruzados que permitían interpretar la realidad desde distintas dimensiones: personalidad, salud, funcionamiento, contexto y trastorno. Evidentemente y al ser un manual de patologías, el eje clínico ocupaba la mayor parte del contenido en todos los tomos, sin embargo, algo se tomaba en cuenta del contexto cuando se buscaba comprender una situación. Esta posibilidad se canceló en la edición más reciente del manual, el nuevo tomo V del DSM anuló todos los ejes por priorizar los referentes médicos lo que lo convirtió en una lista de trastornos y síntomas, análoga al CIE 10, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como si las enfermedades fuera entidades que flotan aisladas del mundo y por fuera de las condiciones sociales, políticas, económicas de la vida de las personas.

Más de 134 mil investigadores, educadores, clínicos consultantes y estudiantes son miembros de la APA -que es la comunidad científica y profesional más grande e importante de la psiquiatría- y, aunque proviene de Estados Unidos, representa a la comunidad epistémica de las disciplinas de la salud mental. Mientras que fue unánime la consideración de que la homosexualidad era un síntoma psicopatológico en la primera edición de su manual, hubo quienes consideraron que debía sustituirse por una categoría más suave en la segunda y la tercera. Ya en la cuarta y la quinta ediciones del DSM, la homosexualidad fue sustituida por la homosexualidad egodistónica¹,

¹ Trastorno mental por el que un individuo experimenta una atracción que no se corresponde con la imagen ideal

que quedó clasificada dentro de los *trastornos sexuales no especificados*. La acción vino motivada tras una completa revisión científica sobre el tema, pero también de una victoria política, pues éste constituyó el primer paso de un lento proceso de cambio que tardaría en llegar al resto del mundo; por ejemplo, hubo que esperar aún dos décadas, hasta 1990, para que la OMS retirara la homosexualidad de su lista de enfermedades mentales.

Sin embargo, otros manuales y diccionarios de psiquiatría que siguen en uso continúan clasificándola como cuadro clínico de la medicina sexual. El lesbianismo aparece categorizado como una más de las desviaciones de la conducta sexual junto con la ninfomanía, el sadomasoquismo y *otras perversiones raras* (Battegay et al., 1989:308).

Si bien actualmente hay un mayor consenso sobre lo pertinente de haber excluido la homosexualidad de la lista de las enfermedades mentales, sigue sin haber un panorama único en torno al entendimiento de la homosexualidad como una variante más de la sexualidad normal; en tanto que la medicalización del cuerpo sexuado se encuentra lejos de ser un capítulo de la historia de la medicina.

Por ejemplo, en el caso de los recién nacidos que tienen alguna condición de intersexualidad, los profesionales de la salud de casi todos los países del mundo deciden el tipo de la intervención quirúrgica que practicarán en sus cuerpos con la finalidad de “normalizar sus genitales” lo más pronto posible y adaptarlos a la definición binaria de los sexos. A pesar de que se ha descubierto que el género que perciben de mayores puede no corresponder con los genitales que el médico en turno haya decidido para el bebé y que esto les genera serias secuelas que van desde problemas físicos, como la pérdida de hormonas naturales, hasta la esterilidad y graves consecuencias psicológicas. Este procedimiento sólo en tres países se ha prohibido por considerarse una violación a los derechos humanos: Malta, Chile y, muy recientemente, Portugal (Padilla, 2018).

que tiene de sí mismo lo que causa ansiedad y un deseo de cambiar o modificar sus preferencias sexuales.

Situando a México

En México no hay prohibición federal a nivel legislativo que impida las intervenciones médico-psicológicas o psiquiátricas para modificar la orientación sexual de menores o mayores de edad y fue hasta 2015 que la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas (CEAV), como dependencia de Gobierno Federal, se posicionó contra estas terapias a partir de que realizó una *Investigación sobre atención a personas lesbianas, gays, bisexuales y trans en México*. Entre los resultados obtenidos señalaron que en el caso específico del tema de salud y salud mental, se identificaron en México casos de personas a las que se les sigue obligado a tomar medicamentos, recibir tratamientos o realizarse procedimientos médicos relacionados con su condición LGBT+. Se observa que incluso fueron privadas de su libertad en centros de salud por su condición gay.

Apenas en 2016 se ofertaron una serie de cursos en el marco de un congreso en la Ciudad de México donde, a base de talleres y testimonios de personas “ex gays” o ponencias de integrantes de esta comunidad internacional, dieron a jóvenes que “tienen AMS” -*Atracción al Mismo Sexo*- la posibilidad de “restaurarse” y volver a su vida heterosexual (Animal Político, 2016).

En 2010 el gobierno de Jalisco pagó *terapia para curar gays* con dinero de presupuesto público; la asociación civil VALORA recibió de enero de ese año un millón trescientos mil pesos por parte de la Secretaría de Desarrollo Humano del Estado de Jalisco, para “curar” a los jóvenes homosexuales del estado a través de la invitación del terapeuta norteamericano Richard Cohen bajo el rubro de *Aportación a los organismos de la sociedad civil que promueven los valores familiares*. Esta decisión se dio después de que el gobernador admitiera su *asquito* ante el matrimonio igualitario.

La conferencia de Richard Cohen se volvió a calendarizar en 2014 en el Colegio Labastida de Monterrey, Nuevo León, donde se le invitó a compartir su teoría de cómo *curar la homosexualidad* y a pesar de la denuncia y exigencia de grupos de derechos humanos de cancelar la serie de conferencias, Cohen sólo canceló la sede y finalmente impartió la conferencia *Comprendiendo la homosexualidad* en las instalaciones del Club Palestino Libanés, en San Pedro, Nuevo León. Posteriormente se presentó en Ciudad de México y Puebla, donde impartió el seminario *Herramientas para el acompañamiento de personas con atracción al mismo sexo*, del 28 al 30 de agosto y un segundo seminario en el mismo lugar, dirigido a sacerdotes, ministros y terapeutas.

Por otra parte, apenas en 2012 las escuelas privadas *Cumbres de la Cd de Mx* obligaron a los padres de familia a asistir a una serie de conferencias impartidas por el Dr. Ricardo Sada con título *cómo prevenir la homosexualidad en tus hijos* en las cuales les prescribieron el tipo de conducta de debían adoptar en casa si sus hijos mostraban interés por cualquier actividad, deporte, juego, juguete o vestimenta que no se ajustara a las normas de género tradicionales.

Un elemento cardinal de esta dictadura de “lo normal” es el imperativo de la congruencia entre sexo/género/deseo/prácticas sexuales. De este modo, nos quedamos ante dos únicas posibilidades para habitar este mundo: se es hombre o se es mujer, con sus adheridos deseos, conductas prescritas, limitaciones humanas y prácticas establecidas. Como si esta congruencia no fuera suficiente, la dictadura también se inmiscuye en el interior y en el exterior de los cuerpos. Debemos tener cuerpos en los que nuestros cromosomas, gónadas, hormonas y genitales conformen una unidad *lógica* (Padilla, 2018).

Las personas que presentan variantes anatómicas en relación con “lo típico” en México todavía son sometidas a cirugías cosméticas que pretenden ajustar los cuerpos al orden de “la normalidad”. Estas intervenciones se realizan usualmente en la temprana infancia, antes de que el sujeto tenga voz para decir lo que desea para su vida a pesar de que el país ha suscrito documentos y convenios de derechos humanos que proponen que cuando nace un ser humano (con variantes genitales o no), las decisiones que se tomen con relación a su salud y su bienestar deben guiarse por el principio ético del mejor interés (Human Rights Watch, 2017).

Si bien en los años cincuenta se consideró a las genitoplastias como las intervenciones que conllevaban dicho beneficio para los bebés con variantes anatómicas genitales pues se suponía que al hacer típico lo atípico se aminoraban los riesgos (sociales, psicológicos y familiares) que se creían asociados al hecho de ser intersexual; hoy se sabe que la cirugía practicada para quitar las gónadas puede equivaler a esterilización sin el consentimiento del paciente y posteriormente generar la necesidad de terapia de sustitución hormonal de por vida. Las operaciones para alterar el tamaño o la apariencia de los genitales de los niños pueden causar incontinencia, cicatrices, insensibilidad y trauma psíquico.

Los procedimientos son irreversibles, los nervios seccionados no pueden regenerarse y el teji-

do cicatrizado podría limitar las posibilidades de una cirugía en el futuro (Human Rights Watch, 2017).

A pesar de que han pasado más de 60 años desde que las cirugías tempranas de asignación sexual comenzaron a realizarse, en la actualidad no se tiene conocimiento suficiente sobre cómo es ser intersexual en México ni cuáles son los efectos de las intervenciones quirúrgicas tempranas en la vida de las personas (Padilla, 2018).

En el caso de las personas mayores de edad que son transexuales en México, hasta el año 2015 debían frecuentar sesiones de psicoterapia individual y en grupo, peritajes psicológicos (el *mmpi*², el *House Tree Person*³, el *Rorschach*⁴) que los obligan a ir de tres a cuatro veces a la semana al hospital y los llenaban de ansiedad (Hernández,

² El *Inventario Multifásico de Personalidad* de Minnesota es una de las pruebas de personalidad más usadas en el campo de la salud mental. Su diseño está enfocado a la identificación del perfil de personalidad y la detección de psicopatologías.

³ El *test de la casa/árbol/persona* es una prueba proyectiva basada en la técnica gráfica del dibujo, por medio de la cual se realiza una evaluación global de la personalidad del individuo, su estado de ánimo, emocional, etc. La realización de dibujos es una forma de lenguaje simbólico que ayuda a expresar de manera bastante inconsciente los rasgos más íntimos de la personalidad.

⁴ El *test de Rorschach*, o análisis de las manchas de tinta, es una prueba proyectiva que trata de orientar al seleccionador sobre el funcionamiento psíquico del entrevistado.

2016). Llegar a la cirugía era interpretado como si hubiesen aprobado los exámenes psiquiátricos; para muchos de ellos significaba que habían conseguido demostrar que eran mujeres *de verdad* (Hernández, 2016). No fue hasta el 21 de julio de 2017 que, con el litigio estratégico en Derechos Sexuales y Reproductivos (Ledeser) que impulsa jurisprudencia, lograron que Sofía, como niña pudiera acceder al cambio de nombre y género en su acta de nacimiento por la vía administrativa sin tener que pasar por ningún procedimiento ni psiquiátrico ni jurídico. Sin embargo, no se libró de haber sido atendida en la Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología, ni de que las maestras de su primera escuela inventaran una especie de plan de choque, al que la familia accedió, donde tenía que pasar tiempo con su padre y hacer cosas “de varones”, como jugar al balón o ayudar en reparaciones caseras, asunto que la sumió en más tristeza.

Así, la medicina que fomentaba *la tendencia de las heridas a sanar, de la sangre a coagular y de las bacterias a ceder ante la inmunidad* (Illich, 2005:564) se ha convertido, desde la segunda mitad del siglo XX, en el campo especializado en crear, reproducir y generar enfermedades a partir de la clasificación de un conjunto, cada vez mayor, de conductas y comportamientos cotidianos como patologías que requieren intervenciones “terapéuticas”.

Medicalización: iatrogenia y biopoder

Iatrogenia médica (Illich, 1975) se le llama a las intervenciones médicas que con el propósito original de restablecer o potenciar la salud de las personas, acaban disminuyéndola; estimulan una salud enferma donde sufrir, dolerse, sanar o vivir fuera de lo normativo se etiqueta como una fuente de desviación.

De esta manera, los anteriormente entendidos *conflictos de la vida*, como la tristeza, la distracción, la infancia, la sexualidad, el enojo, la timidez, la menstruación o la resistencia ante el poder, pasan cada vez con más contundencia a ser objeto de discursos de intervenciones médicas de lo que Foucault denominó *medicina de lo no patológico*, refiriéndose al poder que acumulan los suscriptores de manuales como el DSM-V que redefine casi todos los sufrimientos humanos y conductas como objetos de intervención médica y medicalizable (Caponi y Martínez, 2011).

La medicalización opera como una estrategia de biopoder⁵ a pesar de que también tiene la posi-

bilidad de aliarse con los intereses genuinos de los sujetos que, desde la autonomía y en ejercicio de sus derechos y capacidad reflexiva, usan la intervención médica para lograr sus proyectos y aspiraciones, éste es el caso de la reproducción asistida y la reasignación de sexo en el caso de las personas *trans*.

Desgraciadamente la tendencia es más hacia la medicalización como estrategia de control, por ejemplo, en el mundo entero el 67% de los recursos financieros asignados a la salud mental se sigue destinando a hospitales psiquiátricos pese a que estos están asociados a resultados sanitarios deficientes y a violaciones de los derechos humanos. Destinar esta financiación a servicios basados en la comunidad facilitaría el acceso de muchas más personas a una atención más acorde con la salud colectiva (Atlas Regional de la Salud Mental en las Américas, 2016).

La medicalización del cuerpo ha contribuido a que se opaque la causalidad social y los procesos históricos que sostienen cualquier problema de salud. Gran parte de las limitaciones de la medi-

⁵ Tecnologías puestas al servicio del subyugación de los cuerpos y control de las poblaciones (Foucault, 1996).

cina no son resultado de la dificultad individual del médico frente a un problema del cuerpo sino de los rasgos estructurales del modelo mismo

que han dificultado los procesos de salud de los colectivos.

Conclusiones

Este texto se focalizó en la medicalización de la sexualidad considerada disidente porque aparece como un botón de muestra de estos procesos normalizantes y normalizados aunque sin embargo, hay otros que podrían también ser analizados bajo esta misma lente: los procesos de parto y postparto gracias a los cuales las mujeres han perdido cada vez más control sobre su cuerpo y su relación con sus procesos reproductivos o los procedimientos quirúrgicos a los que se someten las mujeres mayoritariamente, a edades cada vez más tempranas, con la finalidad de acoplar su cuerpo y apariencia a lo normado y hegemónicamente impuesto como sano, normal o bello.

Si bien las sociedades han siempre ejercido control sobre los cuerpos y las poblaciones a partir de criterios arbitrarios de lo normal y sano versus lo anormal y enfermo, es actualmente cuando las tecnologías disciplinarias de las sociedades occidentales urbanas proponen una medicalización ya no basada en la concentración y el encierro, sino en procesos donde la aparece como un bien deseado pues es el anhelo a pertenecer lo que genera la disciplina obediente al régimen de lo estereotípico.

El campo de un tipo de medicina ha sido un medio proveedor de normas, un modulador de conductas, saberes y comportamientos deseados y se ha convertido en el juez que determinará las interacciones entre los individuos e incluso entre las subjetividades, los constructos sociales y el cuerpo biológico. Está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y la demanda del enfermo.

La industria médica de las no-enfermedades (Pérez, 2011) y la industria de la felicidad (Davies, 2016) son cada vez más abarcadoras y poderosas. Puede afirmarse que en el siglo XX y XXI los médicos están inventando una sociedad ya no de la ley, sino de la norma. Lo que rige a la sociedad es la perpetua distinción entre lo normal y lo anormal, la perenne empresa de restituir el sistema de normalidad, tan ansiada por todos los que encuentran en la *marginalidad y/o aislamiento*, una fuente eterna de sufrimiento psíquico y se ven obligados a poner su cuerpo y vida al servicio de la industria médica, psiquiátrica, farmacéutica y/o terapéutica.

Bibliografía

- Animal Político (2012). *Adiós a las terapias para “curar” la homosexualidad*. Recuperado el 25 enero de 2018 de <http://www.animalpolitico.com/2012/10/adios-a-las-terapias-para-curar-la-homosexualidad/>
- (2016). *Exodus: así es un congreso en México para curar la homosexualidad*. Recuperado el 27 enero de 2018 <http://www.animalpolitico.com/2016/10/congreso-curar-homosexualidad/>.
- Agencia EFE (2017). *Sofía, la niña trans que ha hecho historia*. Recuperado el 1 febrero 2018 de <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/sophia-la-nina-trans-que-ha-hecho-historia-en-mexico-al-cambiar-de-nombre/20000013-3408750>.
- Annicchiarico, I. D. (2009). *Psicobiología de la homosexualidad masculina: hallazgos recientes*. Bogotá: Universitas Psicológica.
- American Psychological Association (1997). “Resolution on appropriate therapeutic responses to sexual orientation”. *American Psychologist*, N° 52, pp. 934-935.
- Baró, I. M. (2006). “Hacia una psicología de la liberación”. *Revista electrónica de intervención psicosocial y psicología comunitaria: Boletín de Psicología*, N° 22, pp. 219-231. Recuperado de <http://www.uca.edu.sv/deptos/psicolog/hacia.htm>
- Battegay, R., Glatzel, J., Pöldinger, W. y Rauchfleisch, U. (1989). *Diccionario de psiquiatría*. Barcelona: Herder.
- Binder, C. V. (1977). “Affection training: An alternative to Sexual Reorientation”. *Journal of Homosexuality*. Vol. 2, N° 3, pp. 251-259. Recuperado de http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1300/J082v02n03_08?needAccess=true
- Castiel, L. D. y Álvarez-Dardet, C. (2010). *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Caponi, S. y Martínez, A. (2011). “Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada”. *Revista História y Sociedad*, N° 25, pp. 230-236.
- Chapela, C. M. (2004). *Educación en la teoría de la reproducción de Pierre Bourdieu*. [Texto de distribución interna del Diplomado de Promoción de la Salud.] México: UAM-Xochimilco.
- Davies, W (2016). *La Industria de la felicidad*. España: Malpaso.
- Drescher, J. (2002). “Causes and Beauses: On etiological Theories of Homosexuality”. *The Annual of Psychoanalysis*, N° 30, pp. 57-68.
- DSM-IV: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. México: Editorial Médica Panamericana.
- Foucault, M. (1978). “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”, [Conferencia dictada en el Instituto de Medicina Social de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, 1974] *Educación Médica y Salud*, 10 (2), pp. 152-170. .
- Foucault, M. (1996). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- García-Canal, M. (2002). *Foucault y el poder*. Colección La Llave, UAM-Xochimilco, México.
- García de V., González P. y Pérez Á (2014). *Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil*. Madrid: Alianza.
- Guasch, O (2000). *La Crisis de la heterosexualidad*. Barcelona: Ediciones del Aguazul.
- Hernández, A. (2016). *Performatividad y medicalización en mujeres trans de la ciudad de México: un acercamiento a través de sus vivencias*. (Tesis maestría en Medicina Social). México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Human Rights Watch (2017). *Medically Unnecessary Surgeries on Intersex Children*. Recuperado el 26 enero 2018 de <https://www.hrw.org/report/2017/07/25/i-want-be-nature-made-me/medically-unnecessary-surgeries-intersex-children-us>
- Hamedani, A (2014). *Irán, el país que presiona a los homosexuales a cambiar de sexo*. Recuperado el 30 de enero de 2018 de http://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/11/141105_iran_gay_transexual_prejuicio_egn
- Illich, I. (1974). *Némesis médica*. Barcelona: Barral.
- Green Spoon, J. y Lamal, P. (1987). “A Behaviouristic Approach”. En Diamant, L. (ed.) *Male and female homosexuality: Psychological approaches*. Washington DC: Hemisphere.
- Leavell, H. y Clark, G. (1958). Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiologic Approach. *Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiologic Approach*. Jul; 48(7): 947.
- LeVay, S. (1991). “A difference in Hypothalamic Structure Between Homosexual and Heterosexual Men”. *Science*, N° 253, pp. 1034-1037.
- Llamas, R. (1998). *Teoría torcida: prejuicios y discursos en torno a la homosexualidad*. Madrid: Siglo XXI.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. México: Alianza - Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Organización Panamericana de la Salud (2016). *Atlas Regional de la Salud Mental en las Américas*. Recuperado de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28450/9789275319000_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Ovesey, L. (1969). *Homosexuality and Pseudohomosexuality*. Nueva York: Science House.
- Padilla, M. (2018). *La violencia silenciosa de la intersexualidad*. Recuperado el 1 febrero de 2018 de <http://www.animalpolitico.com/blogueros-diversidades-fluidas/2018/02/02/violencia-no-escucha-intersexualidad/>.
- Pérez, C. (2011). *Las no enfermedades y la medicalización*. Centro de Salud de Tafalla, Navarra. Recuperado el 2 febrero de 2018 de <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1775/73/1v00n1775a90034643pdf001.pdf>
- Restrepo, D. y Jaramillo, J. (2012). "Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública". *Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), pp. 202-211.
- Rodríguez, R. M. (1999). *Foucault y la genealogía de los sexos*. Barcelona: Anthropos.
- Sala, A. (2007). *Construcciones identitarias en el contexto histórico-cultural: identidades lésbicas, historias de vida y discursos sociales*. (Tesis doctoral, director: Manuel Luis de la Mata Benítez). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Stevenson, I. y Wolpe, J. (1960). "Recovery from sexual deviations through overcoming non-sexual neurotic responses". *American Journal of Psychiatry*, N° 116, pp. 737-742.
- Szasz, T. S. (1970). "From the slaughterhouse to the madhouse". *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 8 (1), pp. 64.
- Valderrama, J. M. (2010). Técnica, medicalización y virtualización del cuerpo. *Trilogía Ciencia Tecnología Sociedad*, (3), 41-53.
- West, D. J. (1967). *Psicología y psicoanálisis de la homosexualidad*. Buenos Aires: Paidós.