

EL DSM-IV-TR Y LAS PARAFILIAS: UN ARGUMENTO PARA SU RETIRADA

EL DSM-IV-TR Y LAS PARAFILIAS: UN ARGUMENTO PARA SU RETIRADA

Charles Moser, Ph.D., M.D.

Instituto en Estudios Avanzados de Sexualidad Humana
San Francisco, California

Peggy J. Kleinplatz, Ph.D.

Universidad de Ottawa
Ottawa, Ontario, Canadá

Originally published in: Revista de Terapia Sexual y de Pareja, Número 19, Agosto 2.004, paginas 31-56

Resumen: El DSM-IV-TR (2000) establece sus propios estándares para la inclusión de diagnósticos y para los cambios en su texto. La sección de las parafilias se analiza desde la perspectiva de en qué medida el DSM cumple tales estándares. El concepto de parafilia como psicopatología se analizó y evaluó críticamente para determinar si cumple la definición de trastorno mental que aparece en el DSM; no lo hace. La categoría diagnóstica de parafilia fue criticada en su lógica, consistencia, claridad y en si constituye un trastorno mental diferenciado. El DSM presenta "hechos" para sostener diversos puntos del texto. Se escrutó la veracidad de tales "hechos". Se encontró poca evidencia que los apoyara. Se resaltaron los problemas con la tradición de equiparar los intereses sexuales particulares con la psicopatología. Se concluyó que la sección de las parafilias tiene fallos tan graves que se propone su retirada del DSM.

Abstract: The DSM-IV-TR (2000) sets its own standards for inclusión of diagnoses and for changes in its text. The Paraphilia section is analyzed from the perspective of how well the DSM meets those standards. The ooncept of Paraphüias as psychopathology was analyzed and assessed critically to determine if it meets the definition of a mental disorder presented in the DSM; it does not. The Paraphilia diagnóstico category was critiqued for logic, consistency, clarity, and whether it constitutes a distinct mental disorder. The DSM presents "facts" to substantiate various points made in the text. The veracity of these "facts" was scrutinized. Little evidence was found in their support. Problems with the tradition of equating particular sexual interests with psychopathology were highlighted. It was concluded that the Paraphilia section is so severely flawed that its removal from the DSM is advocated.

EL DSM-IV-TR Y LAS PARAFILIAS: Un argumento para su retirada

Todas las sociedades tratan de controlar la conducta sexual de sus miembros. Uno de los mecanismos para ejercer este control es definir los intereses sexuales específicos como patógenos, causa de trastornos mentales. Histórica e interculturalmente, la sola denuncia del interés por prácticas sexuales específicas podía acarrear la muerte, la cárcel, la pérdida de los derechos civiles y otras sanciones sociales. De forma similar, ser clasificado como mentalmente

enfermo podía tener como resultado la muerte, la cárcel, la pérdida de los derechos civiles y otras sanciones sociales. Por lo tanto, es comprensible la confusión entre la enfermedad mental y los intereses sexuales poco habituales.

Los intereses sexuales condenados cambian a menudo; la masturbación, el sexo oral, el sexo anal y la homosexualidad estuvieron en su momento considerados trastornos mentales o síntomas de otros trastornos mentales, pero ahora se aceptan normalmente como parte del espectro de una expresión sexual saludable. De forma similar, hay condiciones que se aceptaban como “normales” en el pasado, pero que ahora se clasifican como trastornos mentales (por ej. el deseo sexual hipoactivo (ej., el desorden de aversión sexual, y el desorden orgásmico en la mujer). Es demasiado difícil eliminar los factores históricos y culturales de la evaluación de los intereses sexuales poco frecuentes. La base empírica para definir científicamente la conducta sexual sana y patológica sigue escapándose.

Desde una perspectiva intercultural, la actividad sexual considerada “aceptable” en los Estados Unidos se ve como “estigmatizada” desde otras culturas; del mismo modo, la actividad

sexual considerada “aceptable” en los Estados Unidos se ve como “estigmatizada” desde otras culturas (sic). Por ejemplo el coito extramarital es aceptable en los Estados Unidos, pero duramente

rechazado en la mayoría de los países musulmanes; que las mujeres se bañen en topless en playas públicas se acepta en la mayoría de los países de la Europa Occidental, pero es ilegal y condenado en la mayoría de los Estados Unidos. La violación de estas normas culturales a menudo tiene como resultado fuertes reacciones negativas. Dado el contexto sociocultural en el que se integran tales creencias, no sorprende que el pueblo llano e incluso muchos expertos en sexo no puedan comprender que los intereses sexuales poco comunes no equivalen a trastornos mentales. Sin embargo, lo que estamos discutiendo es la hipótesis de que los intereses sexuales poco comunes son síntomas de desórdenes o trastornos mentales propiamente dichos. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) publica el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM); éste describe los criterios

diagnósticos y rasgos definitorios de todos los trastornos mentales formalmente reconocidos. Sirve de recurso definitivo para los profesionales de la salud mental. Aunque su influencia más grande

es en los Estados Unidos, su impacto es global. Un diagnóstico psiquiátrico es algo más que taquigrafía para facilitar la comunicación entre profesionales o para estandarizar parámetros

de investigación. Los diagnósticos psiquiátricos afectan las decisiones sobre la custodia de los niños, la autoestima, si los individuos son contratados o despedidos, recibir autorizaciones de seguridad o ver acortados otros derechos y privilegios. Los criminales pueden encontrar que sus sentencias son mitigadas o aumentadas como resultado directo de sus diagnósticos. La

equiparación de los intereses sexuales poco usuales con los diagnósticos psiquiátricos se ha utilizado para justificar la opresión de las minorías sexuales y para servir a las agendas del poder político. Una revisión de estas áreas no es solamente un asunto científico sino también un asunto de derechos humanos. El poder y el impacto del DSM no deberían ser subestimados.

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 se denomina DSM-IV-TR (APA, 2000) y será el centro de este trabajo.

Con la publicación del DSM-III (1980), el foco del DSM cambió de un modelo psicoanalítico con base teórica de la enfermedad a un modelo descriptivo basado en la evidencia. El DSM-IV actualmente tiene la intención de “...ser neutral con respecto a las teorías sobre la etiología”

(APA, 2000, p. xxvi), basarse en la observación objetiva y ser capaz de apoyar sus afirmaciones con investigación empírica. Con esta transición, la nomenclatura de estos desórdenes cambió de “desviación sexual” a “parafilia”, un descriptor supuestamente ateórico y no peyorativo.

En el texto de la última edición del DSM se asegura que se realizó una revisión “comprensiva y sistémica” (APA, 2000, p. xxvi) de la literatura como preparación para el DSM. “La utilidad y credibilidad del DSM-IV requiere que “...esté apoyado por un amplio fundamento empírico” (APA, 2000, p. xxiii). El texto indica que “... la mayoría de los párrafos del DSM-IV no se han revisado, indicando que, incluso tras la revisión literaria, la mayoría de la información del texto original se conserva hasta la fecha” (APA, 2000, p. 829). Nuestra propia revisión extensa no encontró literatura que sustentase la mayoría de las aseveraciones realizadas en la sección de parafilias del DSM y encontró que varios estudios contradecían el texto (se discute más abajo). Hay una carencia de datos objetivos que apoyen la clasificación de las parafilias como trastornos mentales.

Cuando la APA eliminó la homosexualidad del DSM hace aproximadamente 30 años, algunos observadores pensaron que las otras parafilias también serían eliminadas de las ediciones posteriores. El argumento para la eliminación de la homosexualidad se vio reforzado por la carencia de investigación objetiva que apoyara su inclusión y por las investigaciones que no pudieron sostener la teoría de que los homosexuales encajaban en

estereotipos sexuales psiquiátricos específicos. Sin embargo, algunos observadores creen que la eliminación de la homosexualidad fue fundamentalmente un acto político (Bayer, 1981). La situación de las parafilias en este momento es paralela a la de la homosexualidad en los primeros años de la década de los 70. Sin el apoyo o la astucia política de quienes lucharon por la eliminación de la homosexualidad, las parafilias continúan en la lista del DSM.

El término “parafilia” se utilizará aquí para mantener su uso en la literatura, aunque tenemos serias reservas sobre la validez del diagnóstico y la aplicabilidad del término. Trataremos y desafiaremos el fundamento para la inclusión de la categoría diagnóstica parafilia tal como se realiza en el DSM-IV-TR(APA, 2000). Sugeriremos que el constructo de las parafilias es ambiguo y no describe un trastorno mental distinto y clasificable. La revisión de la literatura científica no apoya la inclusión de esta categoría diagnóstica en el DSM.

¿Son las parafilias trastornos mentales?

El concepto de que los intereses sexuales poco convencionales son enfermedades mentales o crímenes (religiosos o sociales) está perjudicando tanto al DSM como a la psiquiatría moderna. Las sanciones contra individuos que se implican en conductas sexuales condenadas han cambiado con el tiempo. Al principio se consideraba un pecado que debía estar controlado por tribunales religiosos y penitenciales. Después se utilizaron las leyes civiles para “controlar” la conducta inaceptable. En el siglo XIX se aplicó el modelo médico para transformar estos “pecados” o “crímenes” en “patologías” (Bullough & Bullough, 1977).

La opinión de que las parafilias son formas de psicopatología se ha cuestionado y cada edición posterior ha intentado tratar algunas de las debilidades percibidas en esta categoría diagnóstica. Sin embargo no se ha tratado completamente el grueso de la crítica seria (Davis, 1996; McConaghy, 1999; Rubín, 1992; Silverstein, 1984; Suppe, 1984).

En el DSM se indica que es difícil definir tanto el trastorno mental como la salud mental. No obstante, el texto define un trastorno mental “asociado actualmente con angustia... o discapacidad... o riesgo significativamente incrementado de muerte, dolor, discapacidad o una importante pérdida de libertad” (APA, 2000, p. xxxi). Los individuos que realizan muchas actividades comunes (ej., buceadores, poseedores de armas de fuego, escaladores, habitantes de muchas grandes ciudades y criminales) también sufren alto riesgo de muerte, dolor, discapacidad o pérdida de libertad, pero no están diagnosticados de trastornos mentales. Esta

aparente contradicción demuestra que el contexto social puede afectar la aplicación de esta definición.

Para clarificar la definición el DSM establece posteriormente “Ni el comportamiento desviado (ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos que hay fundamentalmente entre los individuos y la sociedad son trastornos mentales a menos que la desviación o el conflicto sea un síntoma de disfunción en el individuo, tal como se describe arriba” (2000, p. xxxi). Existe la preocupación de que los diagnósticos psiquiátricos puedan ser utilizados de forma inapropiada para perjudicar a los discrepantes; al menos en algunos lugares, los criminales tienen más derechos y credibilidad que los pacientes psiquiátricos. La afirmación inicial se añadió para evitar que las actividades impopulares o ilegales recibieran la etiqueta de enfermedad mental, pero la última proposición permite al clínico obviar esta distinción.

El DSM no define la sexualidad saludable y mucho menos el temperamento, los pensamientos o las personalidades saludables. Desgraciadamente, no se conoce el rango de comportamiento sexual “saludable”, creando así brechas potenciales en el proceso diagnóstico. Se supone que el DSM ha de ser interpretado por un clínico objetivo y experimentado. Sin embargo, sin el consenso de la literatura científica, los clínicos se ven a menudo forzados a fiarse de sus propias evaluaciones subjetivas.

El problema que estamos tratando es que al involucrarse en conductas “parafilicas” el participante se convierte a priori en un candidato para el diagnóstico. Además, cuando los individuos

tienen intereses sexuales poco frecuentes, hay a menudo la especulación de que cualquier otro problema presente está relacionado con su sexualidad. Cuando una conducta per se conlleva un diagnóstico, entonces, por definición, la conducta es sintomática del desorden. Esta confusión impide ver que, al menos para una parte de los individuos, sus conductas sexuales específicas son expresiones de una sexualidad saludable y que los benefician. El hecho de que algunas conductas sexuales específicas sean socialmente inaceptables o ilegales es y debería ser irrelevante para el proceso diagnóstico.

Esta es la situación histórica a la que se enfrentaron los homosexuales. Cuando un paciente homosexual se presentaba ante un terapeuta con cualquier problema, a menudo se suponía que el problema estaba causado o exacerbado por sus intereses homosexuales.

El DSM se ha organizado con un enfoque “categórico” de clasificación de los trastornos mentales desde su tercera edición (APA, 1980). Este enfoque funciona mejor “...cuando hay límites claros entre las clases y cuando las diferentes clases son mutuamente excluyentes” (APA, 2000, p. xxxi). Aunque el texto reconoce los problemas que hay con el enfoque por categorías, estos problemas son particularmente evidentes con las parafilias. Los trastornos parafilicos no tienen límites claros (Laws & O’Donohue, 1997). Los estudios no clínicos de individuos con intereses sexuales poco habituales demuestran que estos individuos no se distinguen de los que tienen intereses sexuales “normofilicos” (ej., convencionales) (Brown et al., 1996; Fagan, Wise, Schmidt, Ponticas & Marshall, 1991). Los estudios clínicos no identifican un grupo discernible que tenga algo en común además de sus intereses sexuales compartidos. La investigación clínica existente no distingue entre individuos con parafilias e individuos con otros trastornos mentales. Es decir, no existe la clase distinta y demostrable de los “parafilicos”, excepto por la creada según sus intereses sexuales específicos, a priori, como evidencia de psicopatología. La incapacidad de definir la sexualidad “saludable” o de definir las características de los individuos con una parafilia de otros que no la tienen, sugiere que la distinción no existe y que la categoría es inválida.

Los individuos pueden experimentar problemas psiquiátricos relacionados con sus intereses y conducta sexual. Los problemas relacionados con las conductas e intereses normofilicos, asociados con angustia o disfunciones se tratan con diagnósticos diferentes a priori de carácter

no sexual. No podemos encontrar ninguna razón lógica o científica por la que algunas conductas e intereses sexuales se designan como parafilias y otras no.

La definición de parafilia en el DSM

“Los rasgos esenciales de una parafilia son: fantasías recurrentes, que producen excitación sexual intensa, impulsos sexuales o conductas... que se presentan por un periodo de más de 6 meses...” (APA, 2000, p. 566). El asunto está en la definición de intensa; de otra forma, este párrafo aislado define a los individuos saludables, sexualmente activos. El DSM ya describe términos tales como compulsivo, impulsivo y obsesivo; así que intenso en esta situación debe de tener otra implicación. Incluso los clínicos experimentados tienen dificultades para diferenciar entre fuertes intereses sexuales “insanos” de fuertes intereses sexuales “saludables”, como se demuestra por los intentos previos fallidos de definir la promiscuidad -(tener más compañeros sexuales que el evaluador) y la masturbación excesiva -(practicarla más que el evaluador). Por el contrario, los individuos que carecen de excitación sexual intensa pueden ser sujetos de diagnósticos tales como Desorden de Excitación Sexual o Desorden de Deseo Sexual Hipoactivo.

Los editores calificaron más adelante su definición de parafilia afirmando “...generalmente conlleva: 1) objetos no humanos; 2) la humillación propia o del compañero sexual; 3) niños o personas que no dan su consentimiento...” (p. 566). La implicación es que la diferencia entre un trastorno mental y el interés sexual saludable se basa en la naturaleza del interés sexual específico más que en su intensidad. La siguiente afirmación, que se encuentra más adelante en el texto, refuerza este punto: “Naturalmente, para asignar un diagnóstico específico, el patrón particular de excitación parafilica tiene que estar presente” (p. 840). Aunque un interés menos intenso en conductas “insanas” o un interés intenso en conductas “saludables” no califican para un diagnóstico de parafilia, la distinción parece basarse sobre el foco del interés sexual más que sobre su intensidad. Un interés intenso en una conducta sexual convencional se consideró en su día un criterio para un diagnóstico válido. La ninfomanía, la satiriasis y la erotomanía no se incluyeron en el DSM actual por las mismas razones por las que se quitó la homosexualidad, es decir, la ausencia de datos que apoyaran su inclusión y el reconocimiento de que estos diagnósticos imponían un juicio de valor cultural sobre la conducta, más que constar de una entidad diagnóstica.

La costumbre de identificar conductas sexuales específicas como patológicas vulnera al DSM-I (1952), originándose, probablemente, con Krafft-Ebing (1856/1886). Es un residuo de la reclasificación del siglo 19 de los pecados sexuales como patologías sexuales (Bullough & Bullough, 1977). La especificación de las conductas crea problemas al menos por seis razones:

1. Una conducta en o por sí misma no es prueba de psicopatología. Incluso cuando una conducta se convierte en síntoma de un trastorno mental, no clasificamos tal trastorno por la conducta o el síntoma. La paranoia puede ser síntoma de diversos trastornos psiquiátricos ,(ej., esquizofrenia, trastorno paranoide de la personalidad, trastorno delirante, uso de sustancias psicoactivas, trastorno bipolar), pero la paranoia por sí misma no es un diagnóstico. El lavado compulsivo de las manos puede ser un síntoma de un trastorno obsesivo-compulsivo, pero no es un trastorno de lavarse las manos.

2. Clasificar algunas conductas sexuales como patológicas lleva a la discriminación de todos los que las practican, incluso cuando sus expresiones conductuales son apropiadas y benignas. Más aún, en este momento, los impulsos vehementes pueden ser interpretados como patológicos incluso si no se actúa de acuerdo con ellos.

3. Clasificar las conductas particulares permite llegar a la conclusión de que las otras (ej., las no clasificadas), no es probable que sean fuente de dificultades. Como la mayoría de los que trabajan en este campo saben, las conductas heterosexuales normales pueden ser también problemáticas, (cf. Kafka & Hennen, 1999).

4. Clasificar las conductas hace que se centre la atención de la evaluación y el tratamiento sobre tal conducta. Algunos individuos experimentan problemas relacionados con sus intereses sexuales y estos pueden ser un foco adecuado para la terapia. Sin embargo, el clínico puede desviarse de cualquier preocupación subyacente y tratar indebidamente de controlar la conducta específica (Moser & Kleinplatz, 2002).

5. Los factores sociales, políticos, religiosos e históricos afectan la inclinación de ver ciertas conductas o tendencias sexuales como patológicas (Bullough, 1988; Davis, 1996, 1998). Como se reconoce en el DSM (APA, 2000), estos valores culturales son influencias que crean confusión y contrarias a la supuesta perspectiva objetiva del DSM.

6. La socialización del propio terapeuta o su perspectiva teórica es probable que afecte sus juicios sobre salud o patología. Esto añade un indeseable e inevitable componente subjetivo a un proceso supuestamente objetivo.

Cambios en los criterios diagnósticos

Se ha asegurado que "...todos los cambios que se proponen se limitaron a las secciones del texto... (y) no se consideraron cambios sustanciales en los criterios diagnósticos" (APA, 2000, p. xxix). Esto es claramente falso; los criterios para exhibicionismo, frotteurismo, pedofilia, sadismo sexual y voyeurismo (o sea, las parafilias "criminales") se cambiaron y estos cambios fueron sustanciales. Tiene gran interés que la sección de parafilias parece ser la única del DSM-IV (APA, 2000) en la que se hicieron cambios en los criterios diagnósticos. No se ha establecido aún el ímpetu para estos cambios. Hay esencialmente dos cambios para cada uno de los diagnósticos expuestos más arriba. Antes, el diagnóstico se hacía solamente cuando el interés tenía como resultado sufrimiento o disfunción. Ahora, simplemente actuar según el impulso vehemente es suficiente para hacer el diagnóstico, sin tener en cuenta el sufrimiento o la disfunción. Este es un cambio significativo, que añade una clase nueva de individuos a la categoría diagnóstica. Si esta nueva clase de individuos ahora diagnosticados con parafilia cumple los requisitos del DSM para un trastorno mental es incluso más turbio. Este cambio confunde claramente un trastorno mental con un "crimen". El segundo cambio afecta a la redacción del criterio "B". En el DSM-IV (APA, 1994), el criterio "B" era idéntico para todas las parafilias. En el actual DSM (APA, 2000), el criterio "B" para algunos, pero no todos, los diagnósticos ha cambiado. Esto supuso la sustitución de "notable sufrimiento" por "sufrimiento clínicamente significativo" y "dificultad interpersonal" por "dificultad en lo social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento." Las razones para este cambio no se facilitan.

La inclusión de la falta de consentimiento es especialmente problemático en el caso del Sadismo Sexual. Aunque es claramente posible que un individuo con diagnóstico de sadismo sexual se implique en actos no consensuados, la mayor parte de los "sádicos" no tienen compañeros involuntarios (Moser, 1999; Weimberg, Williams & Moser, 1984). Del mismo modo que es inapropiado confundir a los violadores con los individuos que están interesados en actividades sexuales consensuadas, es igualmente inadecuado meter en el mismo saco a los individuos interesados en el sadismo sexual consensuado y a los que se implican en actividades sexuales no consensuadas. (McConaghy, 1999). Se puede concluir que los editores del DSM parecen rechazar la posibilidad de que cualquiera se integre de forma voluntaria en estas actividades a pesar de que ahora hay una abultada prensa profesional y ordinaria que indica exactamente esto. La aplicación de los criterios actuales del DSM puede tener como resultado que muchos violadores sean diagnosticados erróneamente de sadismo sexual. Los datos sugieren que la mayoría de los violadores no están motivados por el sadismo (Groth & Hobson, 1983; Hucker, 1997); asimismo, no hay datos que sugieran que la violación sea más corriente entre los que practican el sadismo sexual. Es digno de tener en cuenta que la "violación" fue retirada del DSM con la publicación de su segunda edición (1968). No está claro porqué el concepto se está reintroduciendo en el DSM en este momento.

El Criterio “B”: Sufrimiento y disfunción y las parafilias.

Un criterio esencial para hacer un diagnóstico de parafilia es que la conducta, deseos vehementes o fantasías causen sufrimiento o disfunción. Estos dos síntomas serán analizados por separado.

Angustia

Se reconoce en el DSM que “Estos individuos raramente son auto-referenciales y normalmente llegan a la atención de los profesionales de la salud mental sólo cuando su conducta les ha llevado a un conflicto con sus compañeros sexuales o con la sociedad” (APA, 2000, p. 566). Posiblemente para enfatizar el DSM incluye la siguiente afirmación “Muchos individuos con estos desórdenes aseguran que su conducta no les causa sufrimiento y que su único problema es la disfunción social que resulta de la reacción de los otros a su conducta” (p. 567). Debemos concluir que el sufrimiento es raramente un problema para los individuos diagnosticados con parafilia.

Consideremos la minoría de individuos diagnosticados de parafilia que sufren a causa de sus intereses sexuales. Aunque los intereses sexuales “tienden a ser crónicos y duran toda la vida” (APA, 2000, p. 568), no hay indicios de que el sufrimiento sea crónico. Esta distinción ha sido obviada en los criterios diagnósticos. Si el sufrimiento puede ser mitigado, ¿dejarían estos individuos de recibir el diagnóstico de parafilia? Los grupos de apoyo pueden aliviar el estigma social y el aislamiento. Aunque pueden ayudar a mitigar el sufrimiento, no son mencionados casi nunca en la literatura clínica en relación con el tratamiento de las parafilias (Moser, 1988; 1999). Una lectura estricta de la definición de un trastorno mental sugiere que el sufrimiento tiene que ser “sufrimiento en el momento presente” (APA, 2000, p. xxxi), lo que supone que si el sufrimiento es mitigado, el individuo ya no cumple los criterios para el diagnóstico.

Algunos individuos quieren sinceramente cambiar sus intereses sexuales y no encuentran consuelo en los grupos de apoyo ni desean asistir a ellos. Estos individuos deberían de recibir el mismo tratamiento que los que quieren cambiar su orientación sexual.

Debemos preguntarnos por qué un individuo con una parafilia no abandona los intereses sexuales que tienen tan. adversas consecuencias para ellos. Esto se ha interpretado como una evidencia más de la naturaleza compulsiva de estos “trastornos”. Incluso si los individuos exhiben fantasías, conductas y deseos compulsivos, la compulsividad no se incluye en los criterios diagnósticos de las parafilias y no debería de contar para el diagnóstico de una parafilia. Más aún, ¿cuántos heterosexuales “normales” podrían cambiar sus intereses si las leyes cambiaran de repente? Nos preguntamos por qué los individuos que rehusan cambiar sus creencias políticas o religiosas impopulares no son diagnosticados del mismo modo.

Merece la pena considerar la posibilidad de que los intereses sexuales poco frecuentes puede que mejoren la calidad de vida más que empeorarla. Puede que las fantasías, deseos y conductas prohibidas no sean patológicas; los individuos saludables se resisten a abandonar experiencias que revitalizan y realzan sus vidas a pesar de las costumbres sociales. Históricamente, las sanciones sociales y psiquiátricas han hecho poco por la disminución del número de los actos sexuales prohibidos (tener niños fuera del matrimonio, el sexo extraconyugal y la masturbación), pero han causado a los participantes un sufrimiento y malestar significativo. Es importante distinguir con cuidado entre tener la integridad para seguir los propios valores sexuales, aunque sean impopulares y tener un trastorno mental. La perseverancia de los activistas por los derechos de los homosexuales a pesar del “diagnóstico y tratamiento” de

la homosexualidad proporciona un excelente ejemplo de este valor.

La discriminación también puede llevar al sufrimiento. Es difícil argumentar que los individuos sufren de trastornos mentales solamente porque tienen que lidiar con las consecuencias de la discriminación. Esto llevaría a diagnosticar a la gente por ser homosexuales, afroamericanos,

mujeres, comunistas o Wiccan (sic). Cuando los individuos de estas minorías acuden a los terapeutas con problemas relacionados con la discriminación que experimentan, la “terapia” se centra en el desarrollo de estrategias de afrontamiento. Su estatus de minoría no es el diagnóstico.

Disfunción

El criterio “B” es válido para el diagnóstico si existe “...dificultad en el funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes” (APA, 2000, p. 566). La implicación es que la disfunción es el resultado de la parafilia per se más que de las reacciones sociales a la sexualidad. Teóricamente, el diagnóstico de parafilia podría estar justificado si el paciente resultase despedido por llegar habitualmente tarde a causa de la práctica habitual de la conducta parafilica. Sin embargo, si el despido se debe exclusivamente a la incomodidad de los demás, no supone disfunción por parte del empleado. Supongamos que un individuo está funcionando en sociedad adecuadamente y que también tiene interés en una parafilia, con lo que se satisface el criterio “A” pero no el “B”. Teóricamente esta persona no sería diagnosticada con parafilia. Supongamos ahora que un empresario, esposa o pariente descubre este interés. Este descubrimiento lleva al despido laboral, ruptura en la pareja o familia, etc. ¿Sería correcto concluir que la parafilia es la causa de la “disfunción” y que la persona cumple ahora los criterios diagnósticos? ¿Está la

distinción entre salud y psicopatología manteniendo escondidos intereses sexuales inusuales?.

Si la naturaleza del problema es una disfunción psiquiátrica o una dificultad práctica es una cuestión particularmente oscura. El aislamiento social puede conducir a la depresión; la participación en grupos de apoyo y en la subcultura que rodea el interés sexual concreto puede llevar a la resolución de la alienación y la depresión asociada sin psicoterapia ni antidepresivos.

En el DSM (2000) se indica que los individuos con parafilias pueden ser sexualmente disfuncionales. Aunque es cierto que un individuo con parafilia puede ser sexualmente disfuncional el DSM enfatiza la causalidad (“...que tiene como resultado la disfunción sexual” [p. 568]); esta afirmación carece de los necesarios datos de apoyo empíricos. Nuestra revisión de la literatura no descubrió referencias de ningún tipo que sugieran una correlación entre la disfunción sexual y el diagnóstico de parafilia y mucho menos causalidad. No está claro si la incidencia de disfunción sexual es superior o inferior entre los sujetos con parafilia, pero las disfunciones sexuales son muy frecuentes en la población general, (Laumann, Paik y Rosen, 1999). Brown et al., (1996) sugerían que no existen diferencias en el funcionamiento sexual entre personas diagnosticadas de parafilia y una muestra “normal”. Informaron que los travestís no se distinguían de los no travestís en el Derogatis Sexual Functioning Inventory (DSFI). Además, Wise, Fagan, Schmidt, Ponticas & Costa (1991) no encontraron diferencias significativas en el funcionamiento sexual medido por el DSFI entre travestís fetichistas y “otros parafilicos”. ¿Podrían tener los individuos con parafilias respuestas sexuales inadecuadas a los intereses sexuales “normales” y manifestar disfunciones sexuales cuando se presentan con estímulos no parafilicos?. Aunque esta es una creencia común, tampoco está apoyada por los datos. Los individuos diagnosticados de parafilias tienen aparentemente un amplio abanico de intereses,

incluyendo los intereses sexuales normales (Langevin, Lang & Curnoe, 1998). Asimismo, los intereses sexuales “inusuales” se encuentran habitualmente en la población general (Renaud & Byers, 1999; Sue, 1979).

El DSM contiene la afirmación “A menudo existe dificultades en la capacidad de mantener una actividad sexual recíproca y afectiva” ((APA, 2000, p. 567). El tema de la actividad sexual recíproca y afectiva se repite a través de varias ediciones. En el DSM-III (1980), esta frase se utilizaba en conjunción con homosexualidad ego-distónica. Aunque este diagnóstico se abandonó oficialmente con la publicación del DSM-III-R (1987), esencialmente permanece la

misma denominación en la descripción de Trastorno Sexual no Especificado en el DSM-III-R (1987), el DSM-IV (1994) y el DSM-IV-R (2000). El juicio de lo que constituye una actividad sexual recíproca y afectiva tiene claramente sesgos de valor y sugiere una orientación teórica implícita subyacente. No existen datos que sugieran que los individuos diagnosticados de parafilia tengan mayor dificultad en mantener relaciones que los heterosexuales “normales, que muestran tasas de divorcio sorprendentes.

¿Cuándo se convierten en patológicas las conductas sexuales parafilicas?

El DSM pretende ayudar al clínico a distinguir entre el funcionamiento saludable y los trastornos mentales. El DSM advierte, “Hay que distinguir la parafilia **del uso no patológico de fantasías, conductas u objetos como estímulos de la excitación sexual**” (APA, 2000, p. 568, énfasis del original). Esta afirmación implica, pero no establece explícitamente que los estímulos pueden incluir las “fantasías, conductas y objetos” parafilicos. Las indicaciones de cómo los clínicos tienen que hacer esta distinción no aparecen en el texto.

Si seguimos la definición del DSM de trastorno mental, cualquier conducta sexual puede suponer una patología si interfiere con el funcionamiento del individuo. Sin embargo, las manifestaciones conductuales del trastorno mental no deberían de confundirse con el propio trastorno mental o el problema subyacente. Un individuo con alcoholismo podría abusar de otras drogas si está limitado el acceso al alcohol. Un individuo con alucinaciones auditivas procedentes de la radio podría oír voces procedentes de otros objetos si se suprime la radio. Del mismo modo, un individuo que se traveste para aliviar su ansiedad tras discutir con su mujer podría beneficiarse de la terapia de pareja más que de un “tratamiento” dirigido a su fetichismo travestí. Eliminar el comportamiento sexual “problemático” no implica que se haya tratado ningún problema ni que la expresión sexual subsiguiente vaya a ser “saludable”.

¿Afirmaciones o hechos?

La sección de parafilia contiene varias afirmaciones supuestamente factuales que no parecen estar respaldadas por la literatura de investigación. Por ejemplo, “...para ej masoquismo sexual ...la proporción se estima en 20 varones por cada mujer” (APA, 2000, p. 568). No se han encontrado estudios que apoyen la afirmación de 20 a 1. Se han encontrado estudios que indicaban un número significativo de mujeres en la subcultura S/M, (Breslow, Evans & Langley, 1985; Gosselin, Wilson & Barret, 1991; Levitt, Moser & Jamison, 1994). Al combinar los datos de Breslow et al., (1985) y Levitt et al., (1994) se encontró una ratio de cuatro varones por cada mujer masoquista. Incluso si los datos clínicos son abrumadoramente masculinos, no existe ningún estudio que respalde la mención de una ratio específica.

El DSM-IV-R afirma que “Aproximadamente la mitad de los individuos con parafilias que se ven en la clínica están casados” (APA, 2000, p. 568). Un estudio (Wilson et al.) parece apoyar tal afirmación. El estudio, que incluía a 50 nombres, estaba compuesto de 24 “fetichistas travestís” y 26 con “otras parafilias”. Los “otros” tipos de parafilias no se especifican. Sin embargo, sólo con combinar las categorías de divorciados, casados y separados podríamos llegar a la conclusión de que la mitad de los individuos estaban casados. No está claro de si el “hallazgo” de que la mitad de los participantes estaban casados es superior o inferior a lo que se esperaba. Es interesante que la de las parafilias sea la única sección diagnóstica en que se incluye información sobre el estado marital. La razón para esta inclusión de este “hecho” poco fundamentado no está clara.

El propósito de muchas de las afirmaciones incluidas en la sección de las parafilias es nebuloso. Algunas afirmaciones, aunque correctas, son igualmente ciertas tanto para los diagnosticados de parafilia como para los que se consideran normofílicos. Por ejemplo, “El sexo frecuente y sin protección puede tener como resultado infecciones o transmisiones de enfermedades de

transmisión sexual” (APA, 2000, p. 567), o “Las conductas pueden incrementarse ...con oportunidades crecientes” (p. 568). La implicación es que los que están diagnosticados con parafilia tienen más probabilidad de sufrir enfermedades de transmisión sexual o de tener una implicación o renuncia más difícil de sus intereses sexuales que los individuos que muestran intereses sexuales más convencionales. Ni estos puntos se apoyan en datos ni es evidente la razón para su inclusión en el DSM.

Otra afirmación equívoca es “las conductas sádicas o masoquistas pueden causar heridas que van desde las de rango menor hasta las que suponen una amenaza para la vida.” (APA, 2000, p. 567). Aunque cualquier actividad sexual puede conllevar heridas, no hay datos que sugieren que los que tienen “conductas sádicas o masoquistas” frecuenten los departamentos de urgencias más a menudo que los que realizan otras actividades sexuales. Una revisión de la medicina deportiva y de la literatura de medicina de urgencias revela numerosos estudios acerca de las heridas específicas de diversos deportes y otras actividades. Si las actividades sexuales inusuales tuvieran como resultado un número significativo de heridas, es probable que aparecieran, también en la literatura médica.

Otra afirmación errónea es evidente en la confusión entre la hipoxifilia y el masoquismo sexual. El DSM contiene la siguiente afirmación: “Una forma particularmente peligrosa de masoquismo sexual, llamada “hipoxifilia”, conlleva la excitación sexual por medio de la privación de oxígeno...” (APA, 2000, p. 572). De

hecho no existen datos empíricos que establezcan correlación entre hipoxifilia y masoquismo. En su estudio de 117 casos mortales de asfixia autoerótica, Blanchard y Hucker concluyen: “Al contrario que en el travestismo, maniatarse durante el episodio fatal de asfixia no se asociaba de forma diferenciada con ningún objeto erótico específico que examinamos, ni siquiera con la pornografía con ligaduras” (1991, p. 375).

Algunas afirmaciones confunden, más que clarifican, el proceso diagnóstico. Por ejemplo, “Para algunos individuos las fantasías o estímulos parafilicos son obligados... En otros casos las preferencias parafilicas aparecen sólo de forma episódica...” (APA, 2000, p. 572). De forma análoga, las fantasías y estímulos heterosexuales son obligatorias para algunos heterosexuales, mientras que en otros casos aparecen sólo de forma episódica. De nuevo, el propósito de esta afirmación del DSM es cuestionable.

El caso especial de la pedofilia

El rechazo social y político que rodea el diagnóstico de pedofilia es tan dominante que es necesario hacer de forma explícita comentarios acerca de este interés sexual específico. Los pedófilos ocupan una posición particularmente odiosa en nuestra sociedad y la sugerencia de que estos individuos no sufren de trastornos mentales puede interpretarse como un apoyo a sus actividades. Queremos dejar claro que nuestra sugerencia de eliminar las parafilias, incluida la pedofilia, del DSM no significa que los actos sexuales con niños no sean crímenes. Podríamos argumentar que la eliminación de la pedofilia del DSM centraría la atención en los aspectos criminales de estos actos y no permitiría que los criminales adujeran enfermedad mental como defensa o que la utilizaran para mitigar su responsabilidad criminal. Los individuos acusados de estos crímenes deberían ser castigados según lo establecido por las leyes en la jurisdicción en que ocurren los crímenes. Cualquier interpretación de que nuestro trabajo apoya la interacción sexual adulto-niño es desviada y errónea.

Discusión

La sección de las parafilias en el DSM, (APA, 2000) no cumple los fines establecidos previamente en su texto (ej., “corregir cualquier error factual ...para asegurar que toda la información sigue estando actualizada ...para reflejar la nueva información disponible ...todos los cambios propuestos ...debían estar respaldados por datos empíricos ...[y] se limitaban a las secciones textuales” [p. xxix]). Los errores factuales no han sido corregidos. La sección de las

parafilias no refleja el estado actual del conocimiento científico ni tampoco refleja toda la información disponible. Los criterios diagnósticos se cambiaron de forma significativa y estos cambios no se apoyaban en datos empíricos. El diagnóstico se centra en conductas sexuales particulares más que en la angustia o disfunción (o bienestar) que cualquier interés sexual puede proporcionar.

La premisa del DSM es que los diagnósticos deberían basarse en la ciencia objetiva y no en motivaciones sociales o políticas. Por consiguiente, se necesita investigación objetiva para dar consistencia a la afirmación de que algunas conductas sexuales son saludables mientras que otras constituyen trastornos mentales. Aunque podríamos sentirnos tentados a generalizar a partir de las propias experiencias clínicas, es contrario a la premisa y objetivos establecidos del APA en el DSM. Sin datos que sugieran que un modelo de conducta es disfuncional, deberíamos hacer suspensión de juicio o considerar que el modelo de conducta supone una variación saludable y normal. Aunque tal afirmación también tiene ramificaciones políticas, es correcto desde una perspectiva científica.

Los criterios diagnósticos del DSM de los intereses sexuales inusuales como patológicos descansan en una serie de creencias no demostradas y, lo que es más importante, no sometidas a prueba. Dado el intento explícito de producir un documento empíricamente válido, el DSM debe de proporcionar documentación de apoyo. Incluso si investigaciones futuras llegan a verificar sus actuales suposiciones, en este momento están incorrectamente incluidas en el DSM. Mientras tanto, estas suposiciones no analizadas pueden ser y están siendo mal utilizadas.

El texto del DSM asegura "...todos los cambios que se propongan para el texto tienen que venir apoyados por datos empíricos" (2000, p. xxix). Aunque este objetivo es laudable, puede interpretarse como una carga insostenible para la eliminación de un diagnóstico o categoría. Si la salud no puede ser definida, entonces es imposible demostrar que los individuos que tienen en este momento un diagnóstico específico son de hecho "saludables" y no patológicos. Es lógicamente imposible demostrar lo contrario. Los diagnósticos deberían ser eliminados si no se puede demostrar que cumplen sin ambigüedad la definición de trastorno mental y pueden ser demostrados por la investigación apropiada. En caso contrario, el diagnóstico en cuestión debería considerarse como experimental o eliminarse completamente del DSM.

Conclusión

Esta crítica no exploró todos los problemas de la sección de las parafilias. Se encontraron muchas más de las que se pueden documentar aquí. Es obvio que esta categoría diagnóstica no cumple los criterios para su inclusión establecidos en el propio texto; sus fundamentos son deficientes, los criterios para el diagnóstico no tienen apoyo y sus aplicaciones están sujetas a mal uso y a abuso. Hay dos soluciones posibles: una revisión importante de esta sección o la eliminación completa de esta clasificación. Se han propuesto alternativas a la actual categoría de parafilia (ver Moser, 2001, por ejemplo), pero la discusión de estas alternativas está más allá del alcance de este documento.

Si los editores del DSM eligen revisar esta sección necesitarán cambiar la definición de trastorno mental, de parafilia o de ambas, corregir las afirmaciones factuales, ajustar los criterios para la inclusión de un diagnóstico y añadir salvaguardas para evitar el mal uso del diagnóstico.

Aunque es una solución radical, estamos en este momento a favor de la eliminación de la categoría completa del DSM como el remedio más apropiado para el problema subrayado. En este

momento hay individuos diagnosticados de parafilia que están buscando psicoterapia. Creemos que otras características psicológicas describen a estos individuos y sus preocupaciones de forma más precisa que sus intereses sexuales. No son sus intereses sexuales, sino la forma en

que los manifiestan lo que puede ser problemático a veces y este es un foco más adecuado para la psicoterapia.

Un principio orientador en medicina es el dicho “En primer lugar, no hagas daño.” La confusión entre los intereses sexuales diferentes y la psicopatología ha llevado a la discriminación contra todos los “parafílicos”. Hay personas que han perdido sus trabajos, la custodia de sus hijos, autorizaciones de seguridad, que han sido víctimas de asalto, etc., debido, al menos en parte, a la asociación de su conducta sexual con la psicopatología. Este no es un problema nuevo para la psiquiatría. En los últimos 100 años, la consideración de otras conductas sexuales como patológicas (por ejemplo, masturbación, “ninfomanía”, homosexualidad), ha causado desgracias sin cuento. Los juicios deberían hacerse sobre la base de la ciencia más que sobre la moralidad que es popular en el momento de una edición determinada. Es el momento de volver a evaluar rigurosamente la sección de parafilias del DSM.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual: Mental disorders*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., Revised). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revised). Washington, DC: Author.
- Bayer, R. (1981). *Homosexuality and American psychiatry: The politics of diagnosis*. New York: Basic Books.
- Blanchard, R., & Hucker, S.J. (1991). *Age, transvestism, bondage, and concurrent paraphilic activities in 117 fatal cases of autoerotic asphyxia*. *British Journal of Psychiatry*, 159:373-377.
- Brown, G.R., Wise, T.N., Costa, P.T., Herbst, J.H., Fagan, P.J., & Schmidt, C.W. (1995). *Personality characteristics and sexual functioning of 188 cross-dressing men*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 265-273.
- Bullough, V (1988). *Histórica! perspective*. In D. Dailey (Ed.), *The sexually unusual: Guide to understanding and helping* (pp. 15-24). New York: Haworth Press.
- Bullough, V., & Bullough, B. (1977). *Sin, sickness, and sanity: A history of sexual attitudes*. New York: New American Library.
- Davis, D.L. (1996). *Cultural sensitivity and the sexual disorders of the DSM-IV: Review and assessment*. In J.E. Mezzich, A. Kleinman, H. Fabrega, & D. L. Parrón (Eds.) *Culture and psychiatric diagnosis: A DSM-IV perspective* (pp. 191-208). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Davis, D. L. (1998). *The sexual and gender identity disorders*. *Transcultural Psychiatry*. 35, 401-412.
- Groth, N., & Hobson, W. (1983). *The dynamics of sexual assault*. In L. Schlesinger & E. Revitch (Eds.), *Sexual dynamics of antisocial behavior*. Springfield, IL: Thomas.
- Hucker, S.J. (1997). *Sexual sadism: Psychopathology and theory*. In D.R. Laws & W. O’Donohue (Eds.), *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment* (pp. 194-209). New York: Guilford Press.

- Kafka, M.P., & Hennen, J. (1999). *The paraphilia-related disorders: An empirical investigation of nonparaphilic hypersexuality disorders in outpatient males*. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 25, 305-320.
- Krafft-Ebing, R. von (1965). *Psychopathia sexualis*. (F. S. Klaf, Trans.). New York: Bell Publishing Company, Inc. (Translated from the 12th German edition; original work published 1886).
- Langevin, R., Lang, R.A., & Curnoe, S. (1998). *The prevalence of sex offenders with deviant fantasies*. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 315-327.
- Laumann E.O., Paik A., & Rosen R.C. (1999). *Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors*. *Journal of the American Medical Association*, 281, 537-544.
- Laws, D.R., & O'Donohue, W. (1997). *Introduction: Fundamental issues in sexual deviance*. In D.R. Laws & W. O'Donohue (Eds.), *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment* (pp. 1-21). New York: Guilford Press.
- McConaghy, N. (1999). *Unresolved issues in scientific sexology*. *Archives of Sexual Behavior*, 28, 285-302.
- Moser, C. (1988). *Sadomasochism*. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 7, 43-56. Also published in D. Dailey (Ed.), *The sexually unusual: Guide to understanding and helping*. (pp. 43-56). New York: Haworth Press, Inc.
- Moser, C. (1998). *S/M (sadomasochistic) interactions in semi-public settings*. *Journal of Homosexuality*, 36, 19-29.
- Moser, C. (1999). *The psychology of sadomasochism (S/M)*. In S. Wright (Ed.), *SM Classics* (pp. 47-61). New York: Masquerade Books.
- Moser, C. (2001), *Paraphilia: Another confused sexological concept*. In P. J. Kleinplatz (Ed.), *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives* (pp. 91-108). Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Moser, C., & Levitt, E. (1987). *An exploratory-descriptive study of a sadomasochistically oriented sample*. *Journal of Sex Research*, 23, 322-337.
- Moser, C., & Kleinplatz, P.J. (2002). *Transvestic fetishism: Psychopathology or iatrogenic artifact?* *New Jersey Psychologist*, 52(2) 16-17.
- Renaud, C., & Byers, E. S. (1999). *Exploring the frequency, diversity and content of university students' positive and negative sexual cognitions*. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 8(1), 17-30.
- Rubin, G. (1992). *Thinking sex: Notes for a radical theory of the politics of sexuality*. In C. S. Vance (Ed.), *Pleasure and danger: Exploring female sexuality* (pp.267-319). London, U.K.: Pandora Press.
- Silverstein, C. (1984). *The ethical and moral implications of Sexual Classification: A Commentary*. *Journal of Homosexuality*, 9 (4), 29-37.
- Sue, D. (1979). *Erotic fantasies of college students during coitus*. *Journal of Sex Research*, 15, 299-305.
- Suppe, F. (1984). *Classifying sexual disorders: The Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association*. *Journal of Homosexuality*, 9 (4), 9-28.
- Weinberg, M.S., Williams, C.J., & Moser, C. (1984). *The social constituents of sadomasochism*. *Social Problems*, 31, 379-389.
- Wise, T.N., Fagan, P.J., Schmidt, C.W., Ponticas, Y., & Costa, P.T. (1991). *Personality and sexual functioning of transvestitic fetishists and other paraphilics*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 694-698.

Author Notes

Charles Moser, Ph.D., M.D., is Professor of Sexology, Institute for Advanced Study of Human Sexuality, San Francisco, California; Peggy J. Kleinplatz, Ph.D., teaches Human Sexuality at School of Psychology, University of Ottawa, Ottawa, Ontario Canadá.

Correspondence concerning this article can be addressed to either Charles Moser, Ph.D., M.D., 45 Castro Street, #125, San Francisco, California 94114 (E-mail: docx2@ix.netcom.com) or Peggy J. Kleinplatz, Ph.D., 161 Frank Street, Ottawa, Ontario K2P 0X4, Canadá (E-mail: kleinpla@uottawa.ca).

Traducido por: Sonia de la Roz Concha