

**Homosexualidad, Masturbación y Conducta Sexual Compulsiva:
La Psicología como Retórica Ideológica**
Alfonso Martínez-Taboas, Ph. D. Universidad Carlos Albizu. AMartinez@albizu.edu

Resumen

En este artículo, el autor presenta documentación histórica para demostrar el hecho de que en muchas ocasiones, los profesionales de la salud mental han repetidamente creado categorías patológicas y derogatorias para interpretar una variedad de conductas que, en ese momento, eran vistas como no-convencionales o inmorales. En el caso de la masturbación y de la homosexualidad, muchos psicólogos y psiquiatras utilizaron una retórica psicológica para castigar y estigmatizar a esos individuos que adoptaban estilos alternos de vida. En años recientes, el llamado Trastorno de Compulsividad Sexual ha generado mucho interés entre los psicólogos. El autor hace una analogía entre este pretendido trastorno y lo que sucedió anteriormente con la masturbación y la homosexualidad, en el sentido de que una conducta que es considerada inmoral o desviada de la norma ha sido equiparada con psicopatología. Los psicólogos debemos ser muy cautelosos y muy críticos de cualquier intento de utilizar un discurso científico psicológico para avanzar visiones muy particulares de cómo debería ser la naturaleza humana.

Los profesionales de la conducta (psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales, entre otros) tenemos la encomienda social de usar nuestro juicio científico para el bienestar de la sociedad en que vivimos. Cuando un psicólogo¹, por ejemplo, da un juicio sobre cómo debería manifestarse la conducta sexual de los adolescentes, no se supone que esté dando una versión moralista personal, sino un juicio “objetivo” y “científico” de lo que se conoce o se recomienda de dichas conductas. Es esta la razón por la cual los políticos y la gente alegan recurrir a los profesionales de la salud, para que iluminen el camino a seguir con su sabiduría científica.

Esta visión diáfana, clara, objetiva y científica de los psicólogos es muy generalizada y de cierta forma creíble. ¿Acaso los psicólogos no van a la universidad a recibir un doctorado o una maestría en conocimientos técnicos y científicos?

Sin embargo, esta visión de la psicología y del quehacer psicológico redundante en la ingenuidad. En primer lugar, y como bien recalcó Popper (1962), todo conocimiento es tentativo y falible. Más aún, hay innumerables ejemplos históricos que demuestran que el conocimiento y la labor teórica científica puede estar cargada de prejuicios ideológicos (Gould, 1981; Longino, 1990; Tuana, 1993). En segundo lugar, todos los profesionales que laboran en el campo de la salud mental tenemos constantemente que hacer *juicios valorativos* sobre cuáles conductas son normales y cuáles son anormales; cuáles conductas reflejan psicopatología y cuáles reflejan excentricidades. La historia de la psicología y de la psiquiatría es elocuente en revelar que en no pocas ocasiones los profesionales de la salud mental han respaldado ciertas posturas ideológicas, con un discurso totalmente ajeno al científico, y en cuyo caso sólo encontramos una diatriba de prejuicios personales, coloreados fuertemente con una mezcla de ideología religiosa, conservadurismo social y prejuicios moralistas de la época (Kutchins & Kirk, 1997; Szasz, 1971).

Debe quedar claro desde un principio que no deseo criticar a aquel profesional, sea cual sea su profesión, que desee adelantar o defender causas sociales, desde legalizar el aborto hasta defender posturas de la eugenesia racial. Todos tenemos derecho a defender tenazmente lo que creemos justo o injusto en la vida. Aún relativistas morales como el filósofo Bertrand Russell fueron figuras claves en atacar las injusticias de los sistemas políticos imperantes (Moorehead, 1992). El problema no es ese. El problema es cuando utilizamos nuestro título de “doctor” para defender o atacar ideologías o conductas que nos simpatizan o nos repelen y utilizamos el manto de la ciencia para encubrir lo que son, a todas luces, visiones particulares de cómo nos gustaría que fuera la realidad social.

Muchos epistemólogos (teóricos del conocimiento) han resaltado que una buena parte de la labor de la psiquiatría y de la psicología es normativa (Suppe, 1989). Por esto nos referimos a que una parte substancial de nuestro trabajo (desde el diagnóstico hasta la psicoterapia) está irremediablemente engranada y entremezclada con una visión de mundo particular, que nos guía y hasta nos dicta cuáles conductas son normales y cuáles son disfuncionales. Historiadores como Cushman (1995) han documentado de manera rigurosa cómo muchas veces la psicoterapia, de manera solapada, se convierte en un discurso moral en donde se reflejan o se reproducen los marcos de referencia social y cultural, los cuales a fin de cuentas dictan lo que debe ser “normal” o “anormal”. El problema medular, según muchos epistemólogos, es que dichas decisiones normativas usualmente son tomadas por los políticos, los moralistas y los religiosos. En dichas decisiones usualmente hay poco o ningún margen para el escudriñamiento científico. Por ejemplo, a principio de siglo muchos profesionales tendieron a patologizar a aquellas mujeres que en Europa y en los Estados Unidos comenzaron a buscar una independencia social y económica de su familia. Estas mujeres comenzaron a salir sin chaperones, buscaban competir con los hombres en diversas áreas del devenir social, y estaban inclinadas a cuestionar las normas moralistas sexuales de sus madres y abuelas (Groneman, 2000). Muchas fueron tildadas de tener patologías profundas del carácter y de tener conflictos intrapsíquicos. Groneman (2000) ha documentado cómo muchos médicos y psicólogos de la época tendieron a combatir y atacar dichas conductas en la mujer. Por ejemplo, imaginémosnos que estamos en el 1925 evaluando a Clara de 21 años, traída por sus padres, debido a que ésta desea independizarse de éstos, convivir con su novio sin casarse, dice no valorar la virginidad, enfatiza que es activa sexualmente y desea estudiar. Los datos históricos

revelan que muchos psicoterapeutas y psiquiatras se inclinarían fuertemente a diagnosticar a Clara como una “psicópata sexual”, quizás con “ninfomanía” y con un disturbio “intraprésico” debido a que no acepta su condición “natural” de ser mujer (que implicaba ser pasiva en la esfera social y sexual), compensando entonces con conductas masculinizantes. La recomendación en el 1925 usualmente era institucionalizar a Clara en un reformatorio, o en el mejor de los casos, un psicoanálisis prolongado para ajustarla a su realidad “natural”². Curiosamente, hoy día Clara sería descrita como una joven normal, independiente y extrovertida.

En el famoso caso de Dora, documentado por Freud (1905), tenemos un ejemplo típico y muy elocuente de este mismo punto. Dora, una adolescente de 16 años, es llevada ante Freud por su padre debido a que muestra síntomas histéricos y desajuste social. Del historial se desprende que Dora ha sido acosada sexualmente por su vecino (el Sr. K.) quien le lleva casi 30 años de edad y quien tiene notoriedad por ser mujeriego. Dora detesta al Sr. K. y le explica a Freud los intentos de éste por tocarla, besarla y quizás violarla. La solución para Freud es clara: el caos familiar se solucionaría si Dora reconociera que el odio que ella tiene hacia el Sr. K. es el opuesto y reconociera que lo mejor sería casarse con él. En otras palabras, la mujer debe someterse y obedecer la voluntad y autoridad masculina. Su reclamo de sentirse humillada y desdichada son sólo síntomas de su “histeria femenina” (véase a Decker, 1991 para una crítica incisiva sobre cómo Freud manejó el caso de Dora).

Los ejemplos elocuentes que traen autores como Grossman (2000) no son atípicos; al contrario, los datos históricos apuntan a que nuestros predecesores tenían la proclividad de conceptualizar, diagnosticar y tratar conductas que al día de hoy son totalmente normativas, pero que apenas hace un siglo atrás eran socialmente desviadas.

En este trabajo deseo abonar a esta contextualización histórica con dos ejemplos diáfanos y uno que me sospecho va por la misma línea: el del pretendido diagnóstico del Trastorno de Compulsividad Sexual.

La Masturbación como Trastorno Físico/Mental

En el presente es casi unánime el sentir entre profesionales de la salud mental, y muy en particular entre sexólogos, que la masturbación es un acto de recreación sexual, el cual se puede llevar a cabo en la soledad o incluso en compañía de nuestra pareja íntima. Innumerables estudios de opinión y de encuesta reflejan que la mayoría de los hombres y las mujeres se masturban a menudo (Ellison, 2000; Kinsey, Pomeroy, Martin & Gebhard, 1953; Laumann, Gagnon, Michael & Michaels, 1994). Incluso, muchos sexólogos recomiendan la masturbación como un ejercicio de crecimiento y de exploración erótica, con beneficios en la madurez sexual de la persona.

Sin embargo, si nos remontamos a unos 150 o hasta apenas unos 100 años atrás, obtendríamos una visión muy diferente a la actual. Innumerables historiadores han escrito extensamente sobre la visión que tenían los médicos, los psicólogos y psiquiatras sobre la masturbación. Por ejemplo, Stengers y van Neck (2001) han documentado de manera extensa cómo la masturbación pasó de ser un pecado abominable (el pecado de Onan, el personaje bíblico) y casi imperdonable ante los ojos de Dios (Jordan, 1997), para venir a convertirse en una patología mental, la cual enajenaba a la víctima de la moral y el decoro social. Casi todas las luminarias internacionales de la psiquiatría endosaron sin tapujos las terribles consecuencias psico-biológicas de la masturbación. Para poner cuatro meros ejemplos: el Dr. Benjamín Rush, acreditado como el padre de la psiquiatría en los Estados Unidos, en su libro *Medical Inquiries* tildó las consecuencias de la masturbación de: “debilidad seminal, impotencia, debilitamiento de los pulmones, dispepsia, pérdida de la visión, vértigo, epilepsia, hipocondriasis, pérdida de memoria, y la muerte” (citado en Stengers & Van Neck, 2001, pág. 107). Por su parte, el Dr. Henry Maudsley, una de las más grandes autoridades psiquiátricas en Inglaterra, en el 1868 hablaba de “la insanidad masturbatoria”, la cual llevaba a “una visión miserable de la condición humana” (citado en Stengers & Van Neck, 2001, pág. 108). Asimismo, Griesinger, considerado por historiadores como el padre de la psiquiatría biológica (Shorter, 1997), determinó que la masturbación “frecuentemente es la causa de la locura, como también lo es de todo tipo de degradación física y moral” (p. 108). No podemos dejar fuera a Freud, quien en innumerables escritos y conferencias tildó a la conducta masturbatoria como muy dañina a nivel psíquico, en especial porque ésta llevaba irremediablemente a trastornos neuróticos y muy en especial a la neurastenia. Asimismo, la conducta masturbatoria habitual llevaba, según éste, a la reducción en la potencia sexual (véase a Decker, 1991).

El mensaje ideológico era claro: la masturbación era un acto con consecuencias psico-biológicas nefastas para niños, jóvenes y adultos. Los libros, folletos y conferencias haciendo énfasis en las calamidades de la masturbación florecieron por doquier. Los remedios iban desde las famosas clitoridectomías, hasta objetos en formas de anillos con una circunferencia llena de agujas punzantes que se ponían alrededor del pene, cauterizaciones del pene y del clítoris y, obviamente, psicoterapias intensas para erradicar el terrible mal.

Claro está, toda esta labor patologizante de la masturbación tuvo siempre el aval y la aprobación de diversas iglesias, de moralistas y de conservadores sociales. Esta aprobación se basaba en textos bíblicos en donde se condena la masturbación y también en personas con una visión estrecha de las fronteras y límites de la sexualidad humana.

Si regresamos con Suppe (1989), el epistemólogo de la ciencia, éste nos diría que el ejemplo de la masturbación no revela mucho sobre el propio acto, sino sobre sus significados y las construcciones sociales que el mismo ha tenido. La masturbación ha pasado por transformaciones radicales, desde ser un pecado abominable, a una enfermedad biológica, a transformarse en una enfermedad mental y, en su nueva vertiente, un estilo divertido y recreativo de explorar la sexualidad humana. Lo medular aquí es reconocer que lo que ha cambiado no es la masturbación, sino la construcción normativa que se ha hecho de este acto. Esta construcción normativa ha

cambiado de época en época reflejando la moral, la ética y lo que se considera deseable y normal con el cuerpo humano.

Cuando Franklin, Maudsley, Griesinger, Freud (entre muchísimos otros) le aseguraban al paciente lo terrible, nocivo y degradante que era la masturbación, no lo hacían de manera viciosa. Simplemente, todas estas luminarias eran espíritus de la sociedad y de la cultura donde vivían. Dichos juicios, aunque con pretensiones de ser ciencia, meramente reflejaban lo que la ideología social y religiosa de la época mantenía como decoroso, apropiado y correcto. Toda conducta alterna tenía que ser desviada, patológica y curada por métodos psicológicos o médicos. Vayamos al tema de la homosexualidad para un ejemplo más abarcador.

La Homosexualidad como Conducta Patológica

Sin duda alguna, muchos de los lectores deben tener una idea bastante clara de que hoy día la homosexualidad no es reconocida por ningún sistema clasificatorio psiquiátrico como una psicopatología ni como una aberración psico-sexual. Actualmente pensamos que la homosexualidad es un estilo de vida alterno, practicado por una minoría de la población. Sin embargo, y regresando a Suppe (1989), la psiquiatría y la psicología, como disciplinas engranadas en un entorno ideológico social y moral, fueron partidarias de patologizar, de las maneras más burdas y terribles, a las personas que practicaban este tipo de conducta.

Historiadores sobre esta materia no han tenido ninguna dificultad en documentar, hasta la saciedad, cómo desde los inicios de la psiquiatría y de la psicología clínica, innumerables psicólogos y psiquiatras, enmascarando sus prejuicios homofóbicos y hasta religiosos, utilizaron toda una retórica pseudo-científica para caracterizar a las lesbianas y los gays como personas “desviadas”, “perversas”, y con “psicopatía sexual” (Fone, 2000; Lewes, 1988). La American Psychiatric Association y sus manuales clasificatorios de los trastornos mentales incluyeron a la homosexualidad como una patología mental, no siendo hasta el 1980 cuando se expurga parcialmente la condición en el DSM-III.

Los médicos, psiquiatras y psicólogos casi con unanimidad tildaron al homosexual de ser una persona con conflictos y perversidades intra-psíquicas o, ya con un discurso más biomédico, de condiciones degenerativas hereditarias que provocaban todo un tinglado de perversiones y conductas degradantes. Las intervenciones y terapias iban desde psicoanálisis prolongados y terapias eléctricas aversivas hasta la castración.

Nuevamente, tenemos un mismo patrón: la tendencia y proclividad de los profesionales en el campo de la salud mental a emitir juicios (diagnósticos) y recomendaciones (terapias) basándonos en las creencias o el *zeitgeist* de la época. Estos juicios y recomendaciones, enmascarados nuevamente en un discurso cientificista biomédico o psicoanalítico, en su meollo reflejaban ninguna o poca actividad científica en sí mismos. En vez, los psicólogos y psiquiatras han participado o han sido arrastrados por la corriente ideológica del momento, y han utilizado todo el poder que nos ofrece el Estado y la sociedad para emitir juicios moralistas en ausencia de investigación seria y profesional. Suppe (1989), al analizar el caso de la psiquiatría y la homosexualidad, concluye que el cambio de anormal a normal, no se debió a la presencia de estudios extensos científicos, sino a un cambio de paradigma social, en donde el espíritu de la época estaba mucho más abierto y receptivo a la liberación sexual y variantes del mismo. En otras palabras, el cambio del DSM-II al DSM-III no se debió a un cúmulo impresionante de datos, sino a presiones políticas y factores extra-científicos.

Una vez más, los psicólogos y psiquiatras han usado todo un pseudo-lenguaje científico para patologizar personas que son diferentes, personas con conductas minoritarias, personas que no se comportan como la masa de la sociedad receta que deben comportarse. Para esto, los psiquiatras y psicólogos, trabajando muchas veces al unísono, han sido prolíferos en crear nuevas categorías diagnósticas, que les permiten clasificar, diagnosticar y tratar al “enfermo”. Sin embargo, detrás de esta labor, lo que se disfraza es un tinglado de presiones y prejuicios moralistas e ideologías conservadoras que se resisten a entender o aceptar que hay gente con conductas diferentes. Tal y como lo expresó recientemente Horwitz (2001): “La premisa central ... es que las enfermedades mentales siempre son inseparables de los modelos culturales que las definen como tales ... éstas son sistemas contingentes sociales que se desarrollan y cambian con las circunstancias sociales” (p. 190).

Basándome en estas mismas premisas, examinemos ahora un nuevo pretendido trastorno psicológico: el Trastorno de Compulsividad Sexual (TCS).

El Trastorno de Compulsividad Sexual: ¿Entidad Patológica o Entidad Social?

En la última década varios autores han propuesto los criterios de un nuevo trastorno psiquiátrico, que, de aceptarse, aparecería en el DSM-V, el cual está supuesto a aparecer en el 2010-2012. El TCS se basa en la premisa de que las personas que practican el sexo casual, variado, y con múltiples parejas, tienen una “adicción sexual” (Earle, Earle & Osborn, 1995). En otras palabras, que personas que no valoran la monogamia ni los estándares tradicionalistas/conservadores sexuales, podrían tener un TCS. Esta adicción es tildada como una “enfermedad” psiquiátrica. La meta de las terapias para los adictos sexuales es la siguiente: “una sexualidad saludable debe girar en torno al desarrollo de una relación íntima sexual con una sola pareja” (Earle, et al., 1995, p. 11). La razón para esta adicción es que “todos los adictos sexuales que hemos tratado tienen algún tipo de niñez dolorosa” (p.14).

Este no es el lugar para revisar lo poco que se sabe de este pretendido trastorno (para una revisión véase a Gold & Heffner, 1998). Mi preocupación va a tono con lo documentado y expresado anteriormente. Hace ocho décadas atrás, muchos psicólogos con una clienta joven que indicara que fantaseaba mucho con el sexo y que se

masturbaba a menudo, sería de inmediato “orientada” sobre la naturaleza enfermiza de sus actos, su adicción a la misma y la necesidad de curarse de su conducta masturbatoria. Al fin y al cabo, se aseguraba que la masturbación llevaba al deterioro orgánico y muchas veces hasta a la locura. Ahora el psicólogo tiene en su oficina a esta mujer de 25 años que en el historial sobresale que disfruta de escapadas con algunas amigas y que ha tenido relaciones con 15-20 personas. Sus relaciones son cortas, llenas de pasión, de multi-orgasmos y declara que le fascinan los hombres. Si el DSM-V acepta el TCS como un diagnóstico genuino, este psicólogo educaría a su cliente a aceptar que sufre de una enfermedad, de una adicción, de un trastorno severo. Muy probablemente, con el uso de nuestra retórica científica, convenceremos a ésta de que entre en terapia, que se una a un grupo de Adictos Sexuales Anónimos y que vaya internalizando su papel de enferma y desviada sexual. Su curación sería demostrada al tener una relación monógama y estable.

Por más laudable que esto nos parezca, a mi juicio, este trastorno está impregnado de una ideología conservadora social y una visión cuasi-religiosa de la naturaleza del cuerpo y del uso de la sexualidad. Decir que la meta terapéutica es la monogamia es simplemente cosificar un sistema social particular, con su receta de cómo los hombres y las mujeres deben canalizar su sexualidad. Esta prescripción de conducta sexual está muy bien que la defiendan los políticos, los religiosos, y los conservadores sociales. No hay ningún problema con esto. En donde hay un problema serio y grave es en nuevamente utilizar un andamiaje pseudo-científico (en este caso un discurso psicológico) para diagnosticar, estigmatizar y tratar personas que canalizan su sexualidad de una manera diferente a como quizás la mayoría de la gente lo hace. Al igual que con las mujeres que deseaban liberarse del yugo de un patriarcado asfixiante, al igual que sucedió con las personas que deseaban disfrutar a solas de su sexualidad a través de la masturbación, y al igual que con las personas que disfrutaban del contacto íntimo sexual con personas de su propio género sexual, ahora un creciente número de profesionales en el campo de la salud desean crear una nueva categoría de patología para aquellas personas que no desean participar de la receta monógama, tradicionalista y represiva de la sexualidad humana.

A mi juicio, debemos alejarnos y en todo caso mirar con sumo recelo y cuidado todas aquellas instancias en donde se propone un nuevo diagnóstico o una nueva “enfermedad mental”, muy en especial cuando, según lo aclara Suppe (1989), la conducta en cuestión tiene muchos referentes normativos, sociales y morales. La historia nos dice que muchos psicólogos, aún esos eminentes, han defendido tenazmente posturas ideológicas que hoy resultan, en el mejor de los casos, como totalmente erróneas y en el peor de los casos como repugnantes. Cuando miramos el récord vemos que muchas de estas posturas eran ejemplos de simples prejuicios sociales, en donde la epistemología científica jugó un papel exiguo e insignificante.

Conclusión

Algo que todo psicólogo debe tener bien claro, es que el campo de las psicopatologías es uno en donde permean innumerables creaciones sociales. Algunas de estas creaciones parecen reflejar y apuntar a una naturaleza ontológica real. Ejemplos que apoyan esto son el de la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el autismo infantil, entre otros. Pero muchos otros trastornos se mueven en un terreno movedizo, en donde se entrelazan factores biológicos, psicológicos y sociales. En algunos casos, los factores sociales y culturales cobran primacía y es aquí en donde debemos agudizar nuestro sentido crítico y preguntarnos si el pretendido diagnóstico refleja alguna naturaleza patológica *per se* o si más bien refleja y describe a personas que exhiben estilos de vidas alternos a los de la mayoría.

No es difícil pensar que los políticos y los religiosos, quienes se caracterizan por ser extremadamente conservadores y hasta punitivos al momento de aceptar y condonar conductas minoritarias, recurran al profesional de la salud mental para buscar apoyo a sus posturas. Muchas veces hemos dado ese tipo de apoyo: apoyamos que la masturbación era una aberración psicológica y enfermiza; apoyamos patologizar a los homosexuales; apoyamos estereotipar a la mujer y enmarcarla en un sistema limitado patriarcal; y me sospecho de que hemos patologizado muchas otras conductas además de las mencionadas aquí (Szasz, 1971; véase a Kutchins & Kirk, 1997, para ejemplos adicionales).

Me pregunto: ¿cuál ha sido nuestro papel en patologizar casi todo tipo de actividad sexual en los menores y adolescentes? ¿cuál ha sido nuestro empeño en determinar y apoyar que los adolescentes deben ser vírgenes y célibes? ¿cuál ha sido nuestro papel en crear casi una histeria de masas en términos de las consecuencias del abuso sexual en los niños? ¿cuál ha sido nuestro papel en determinar que nuestro yo (self) debe ser autónomo, individualista y auto-contenido? ¿cuál ha sido nuestro papel en decidir una eutanasia? ¿cuál ha sido nuestro papel en apoyar modelos prohibicionistas del uso de drogas? Estas y otras muchas preguntas deben ser pensadas y escudriñadas, en especial al momento de determinar si nuestra defensa o crítica se basa en algún tipo de epistemología científica o meramente en prejuicios o favoritismos ideológicos enmascarados con una buena dosis de terminología científica.

Finalmente, los profesionales de la salud mental debemos aprender de la historia de nuestra disciplina y ser un poco más sofisticados a nivel epistemológico. Nos asombraremos de que muchos constructos que consideramos como ontológicamente reales son, en vez, creaciones sociales, coloreadas e informadas por el espíritu de la época. Algunos de estos constructos se someterán al escrutinio de la investigación científica; otros servirán de pancarta para propósitos extra-científicos. Como bien señala Groneman (2000), muchas veces los constructos psicológicos y psiquiátricos revelan la presencia “de fuerzas culturales, y no de la actividad científica” (p. 106).

La historia nos revela que en muchas ocasiones los psicólogos y psiquiatras hemos sido un futo vitriólico a través del cual hemos estigmatizado a personas con conductas minoritarias y excéntricas; muy en especial si dichas conductas atentan contra la fibra social o moral de las instituciones que imperan en ese momento. Algo que debemos internalizar y entender es que en todas las sociedades existen personas con visiones de vida diferentes; y ser diferente no necesariamente implica que la persona debe tener anomalías genéticas, bioquímicas o intrapsíquicas. En segundo lugar, muchos epistemólogos han documentado hasta la saciedad el hecho de que todo conocimiento, incluyendo el científico, parte de una construcción social (Giere, 1988). Muchas de las construcciones que han realizado los científicos, en campos tan diversos como la biología evolutiva, la cosmología, y la naturaleza humana (entre otros), han estado matizadas y coloreadas por los prejuicios de la época. Siguiendo al epistemólogo Laudan (1977), debemos de partir de la premisa de que casi todo tipo de conocimiento científico, para ser incorporado como un dato o como una teoría creíble, debe ser bastante armonioso con las posturas políticas, culturales, sociales y hasta teológicas de esa sociedad. De no ser así, dicha construcción social pasará por polémicas prolongadas y encarnizadas, las cuales pueden tomar décadas para llegar a decisiones finales. Debido a que la materia de estudio del psicólogo (conductas, actitudes, pensamientos, estilos de vida) es tan variable y maleable, todo este proceso de construcción social científico (teorías, diagnósticos, terapias) puede estar más vulnerable a reproducir un discurso en donde las conductas normativas recomendadas sean un reflejo de variables políticas, sociales, culturales y teológicas. Aunque ciertamente sea una meta imposible exorcizar del todo estas variables, los psicólogos debemos concientizarnos del papel que jugamos en las reproducciones de ciertas ideologías y adoptar una postura más crítica al momento de patrocinar posturas finales.

Notas

1. Para efecto de este artículo utilizamos la expresión del género masculino para los/as psicólogos/as, sin implicar lenguaje sexista de ningún tipo.
2. Groneman (2000) y Masson (1986) documentan casos clínicos en donde los profesionales recurrieron a medidas punitivas y drásticas para controlar la sexualidad de niñas y mujeres jóvenes que mostraban un deseo sexual, que bajo los estándares de hoy, serían normales y aceptables. Por ejemplo, Groneman documenta el caso publicado en el *New Orleans Medical and Surgical Journal*, del 1894, en donde una madre lleva a su hija de 9 años al Dr. A. J. Block, debido a que ésta se masturbaba. El Dr. Block le realizó un examen vaginal a la niña y al tocarle y frotarle el clítoris, la niña mostró signos de excitabilidad sexual. Basándose en dicha observación, el Dr. Block recomendó la extirpación del clítoris de la niña. En cuestión de días se le practicó una clitoridectomía.

Referencias

- Cushman, P. (1995). *Constructing the self, constructing America..* Cambridge, Mass: Perseus.
- Ellison, C. R. (2000). *Women's sexualities*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Fone, B. (2000). *Homophobia: A history*. New York: Picador.
- Horowitz, A. V. (2002). *Creating mental illness*. Chicago: University of Chicago Press.
- Giere, R. (1988). *Explaining science*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gold, S. N., & Heffner, C. L. (1998). Sexual addiction: Many conceptions, minimal data. *Clinical Psychology Review*, 18, 367-381.
- Gould, S. J. (1981). *The mismeasure of man*. New York: Norton.
- Groneman, C. (2000). *Nymphomania: A history*. New York: W. W. Norton.
- Jordan, M. D. (1997). *The invention of sodomy in christian theology*. New York: Oxford University Press.
- Kutchins, H., & Kirk, S. A. (1997). *Making us crazy*. New York: Free Press.
- Laudan, L. (1977). *Progress and its problems: Towards a theory of scientific growth*. Berkeley: University of California Press.
- Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lewes, K. (1988). *The psychoanalytic theory of male homosexuality*. New York: Simon and Schuster.
- Longino, H. E. (1990). *Science as social knowledge*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Masson, J. M. (1986). *A dark science: Women, sexuality and psychiatry in the nineteenth century*. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- Moorehead, C. (1992). *Bertrand Russell: A life*. New York: Viking.
- Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry*. New York: Wiley.
- Stengers, J., & Van Neck, A. (2001). *Masturbation: The history of a great terror*. New York: St. Martin Press.
- Suppe, F. (1989). *The semantic conception of theories and scientific realism*. Chicago: University of Illinois Press.
- Szasz, T. S. (1971). *The manufacture of madness*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Tuana, N. (1993). *The less noble sex: Scientific, religious, and philosophical conceptions of woman's nature*. Bloomington, IN: Indiana University Press.