



## Artículo de revisión

# Novedades, críticas y propuestas al DSM-5: el caso de las disfunciones sexuales, la disforia de género y los trastornos parafilicos



Adalberto Campo-Arias<sup>a,b,\*</sup> y Edwin Herazo<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Instituto de Investigación del Comportamiento Humano (Human Behavioral Research Institute), Bogotá, Colombia

<sup>b</sup> Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Magdalena, Santa Marta, Colombia

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 12 de mayo de 2016

Aceptado el 25 de agosto de 2016

On-line el 8 de octubre de 2016

#### Palabras clave:

Conducta sexual

Sexo

Género

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

Revisión

### R E S U M E N

Los comportamientos humanos tienen diferentes significados según el momento histórico y el contexto. En este artículo se toman los comportamientos sexuales como categoría que permite analizar la manera en que se estructura la nosología psiquiátrica manifiesta en textos como el DSM-5. El desarrollo de estos manuales diagnósticos dista de hacerlos herramientas libres de subjetividades y de la injerencia de elementos de poder, expresados en cómo se asumen la salud, la enfermedad, la salud mental y los trastornos mentales, en suma, lo normal y lo patológico.

Cada nuevo diagnóstico o incluso su eliminación y la recomposición de los distintos criterios diagnósticos, especialmente en el campo de los comportamientos sexuales, representan visiones de cómo se concibe la vida humana individual y colectiva y una expresión de los intentos certeros de controlar las sexualidades humanas por medio de la medicalización de los comportamientos, a lo cual se suman consideraciones morales, religiosas e incluso legales.

Categorías como la disforia de género, las parafilias o los trastornos parafilicos son ejemplos de cómo los límites que se pretende instituir a una perspectiva biomédica son, además de incompletos e imprecisos, hechos que violentan la construcción individual y social de las sexualidades y la concepción misma de salud mental, con lo que se evidencian las dificultades y las controversias persistentes en cómo se elaboran las clasificaciones psiquiátricas.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia. Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Magdalena, Carrera 32 No 22-08, Santa Marta, Colombia (470004).

Correos electrónicos: campoarias@comportamientohumano.org, acampo@unimagdalena.edu.co (A. Campo-Arias).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.008>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Innovations, Reviews and Proposals on the DSM-5: the Case of Sexual Dysfunctions, Gender Dysphoria and Paraphilic Disorders

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Sexual behaviour  
Sex  
Gender identity  
Diagnostic and Statistical  
Manual of Mental Disorders  
Review

Human behaviours have different meanings according to the historical moment and context. In this article sexual behaviours are taken as a category in order to analyse how psychiatric nosology is structured, as manifested in texts such as the DSM-5. The development of these diagnostic manuals are tools that are far from being free of subjectivities and interference of elements of power, expressed in the way health, illness, mental health, and mental disorders, are assumed; in short, the normal and pathological.

Each new diagnosis, or even its elimination, and the recomposing of the different diagnostic criteria, especially in the field of sexual behaviour, present visions of how individual and collective human life is conceived, as well as an expression of accurate attempts to control human sexualities through the medicalisation of behaviour, coupled with moral, religious, and even legal considerations.

Categories such as gender dysphoria, paraphilia or paraphilic disorders are examples of how the limits intended to establish a biomedical perspective are also incomplete and imprecise. These violate individual and social construction of sexualities and the conception of mental health, showing persistent difficulties and controversies that are evident in the way psychiatric classifications are made.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La visión de las religiones cristianas ha considerado pecado, o por lo menos indeseables, algunos comportamientos sexuales sin fines reproductivos<sup>1-4</sup>. Incluso esos comportamientos tuvieron connotaciones de actos ilegales y se elevaron a la categoría de hechos punibles<sup>5-9</sup>. En el proceso de identificar las causas o los factores predisponentes del comportamiento sexual considerado «criminal», la medicina y la psicología aplicaron a los comportamientos sexuales indeseados la categoría de «enfermedad» o «trastorno mental», lo que facilitó la medicalización, la patologización y la psicologización<sup>5,10-13</sup>. Así como el «diagnóstico» y los aspectos asociados al contexto clínico confieren autoridad a la medicina y los médicos, el trastorno mental da «poder» a la psiquiatría y los psiquiatras<sup>14</sup>.

La medicalización de los comportamientos sexuales se institucionaliza con la inclusión en las clasificaciones internacionales de enfermedades, como la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>15</sup> y el Manual Diagnóstico y Estadístico de la American Psychiatric Association (APA)<sup>16</sup>. Con ello, se fortalece la oposición política de grupos que luchan por la igualdad y la diversidad sexuales, que se apartan de la perspectiva hegemónica y buscan la exclusión de algunos comportamientos de dichas clasificaciones<sup>10-12,16-18</sup>.

El objetivo de esta revisión es analizar las categorías de trastornos mentales en la clasificación más reciente de la APA, el DSM-5, que incluye en los criterios diagnósticos algún comportamiento sexual.

## Desarrollo del tema

En atención a las controversias que se suscitan con la presentación de cada nueva versión del DSM<sup>19,20</sup>, en la más reciente (DSM-5) se introdujeron algunos cambios que implican una renovación de los principios que sigue el manual y con ellos la modificación en la forma general de entender o interpretar el conjunto de pensamientos, emociones y comportamientos que se puede considerar que hacen parte de un trastorno mental<sup>21</sup>.

No obstante, dado el proceso de fortalecimiento de la inclusión de la psiquiatría en la medicina<sup>11,12,17,18</sup>, es necesario tener presente la definición de «enfermedad» en el contexto de entidades «físicas», lo cual no deja de ser problemático, por las distintas maneras de concebirla<sup>22</sup>. En una primera concepción de enfermedad, se le da el nombre de «naturalista» y se entiende que la «enfermedad» posee bases biológicas en las que existen «clases funcionales de referencia» uniformes según el sexo o la edad de las especies<sup>23</sup>. Entonces, se valida el concepto de una función normal, con una distribución estadística típica, que hace posible la supervivencia y la reproducción de las especies. De tal suerte, «enfermedad» es un funcionamiento anormal del organismo y «salud», la ausencia de enfermedad<sup>22,23</sup>. A una segunda perspectiva se la conoce como «normativista». Esta concibe la «enfermedad» como un distanciamiento del funcionamiento que se considera deseable, lo que implica una brecha entre los comportamientos y las normas sociales establecidas<sup>22</sup>. Con ello, la definición de «salud» incluye un juicio, un patrón, de lo permitido o admitido y, en consecuencia, «enfermedad» es la situación que se aparta de la norma socialmente instituida<sup>22,24</sup>. Por último, una

tercera perspectiva, mixta, incorpora los aspectos favorables y las limitaciones de las visiones naturalista y normativista para entender el fenómeno salud-enfermedad, puesto que en conjunto explican mejor un mayor número de casos considerados «enfermedad»<sup>22</sup>. La noción actual de «enfermedad» parte de la presencia de una alteración corporal que se manifiesta en síntomas y signos predecibles, a los que subyace un daño en la estructura o el funcionamiento del órgano enfermo, desde la postura naturalista, mientras que para los normativistas la «enfermedad» es intangible, su esencia está en lo conceptual e inferencial, asociada al concepto de «normalidad» en un contexto particular<sup>22-24</sup>.

Desde el plano institucional, la OMS entiende la salud mental como «un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad»<sup>25</sup>. Por su parte, la APA define «trastorno mental» como «un estado de salud caracterizado por disfunción significativa en cognición, las emociones o el comportamiento que reflejan una alteración en los procesos psicológicos y biológicos o en el desarrollo subyacente al funcionamiento mental. Algunos trastornos solo se diagnostican una vez generan malestar clínicamente importante o causan deterioro en el funcionamiento. Un trastorno mental no es simplemente una respuesta esperada o culturalmente aceptada para un evento vital específico, como la muerte de un ser querido, ni un comportamiento culturalmente desviado (político, religioso o sexual), tampoco un conflicto entre el individuo y la sociedad, a menos que la desviación o el conflicto generen una disfunción en el individuo»<sup>16</sup>.

En Colombia, la Ley 1616 de 2013 define salud mental como «un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad»<sup>26</sup>. Esta forma de conceptualizar la salud mental refleja los aspectos centrales de la definición de la OMS<sup>25</sup> y lleva implícito que es el estado o situación distintos de un trastorno mental como lo entiende la APA y, además, mantiene como esencial el vínculo de las personas al aparato productivo, lo que de paso valida el sistema económico dominante en el mundo occidental<sup>16</sup>.

Si se considera la definición general de «enfermedad», el concepto de «trastorno mental» actualmente presenta un problema central, puesto que los estudios disponibles no muestran daño o disfunción cerebral específicos de cada uno de los llamados trastornos mentales y debe asumirse que los síntomas y signos observados son manifestaciones indirectas de una lesión o alteración funcional en alguna estructura cerebral<sup>11,12,22-24,27</sup>. Asimismo, en la definición de «trastorno mental» es más evidente que en las «enfermedades físicas» el componente normativista del concepto, ya que explicita la importancia de los aspectos culturales y contextuales para el diagnóstico formal de un «trastorno mental»<sup>12,22</sup>. En otras palabras, se da al conjunto de síntomas, sin clara explicación etiológica, fisiológica o patológica, la denominación de «enfermedad» o «trastorno» mental, un constructo teórico transformado en una entidad real<sup>28</sup>.

**Tabla 1 – Categorías diagnósticas**

1. Trastornos del desarrollo neurológico
2. Trastornos de espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
3. Trastorno bipolar y trastornos relacionados
4. Trastornos depresivos
5. Trastornos de ansiedad
6. Trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos relacionados
7. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés
8. Trastornos disociativos
9. Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados
10. Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos
11. Trastornos de la excreción
12. Trastornos del sueño-vigilia
13. Disfunciones sexuales
14. Disforia de género
15. Trastornos destructivos del control de impulsos y de la conducta
16. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos
17. Trastornos neurocognitivos
18. Trastornos de la personalidad
19. Trastornos parafilicos
20. Otros trastornos mentales
21. Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos
22. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Basado en DMS-5<sup>16</sup>.

En el DSM-5 se sigue un modelo neurobiológico e intenta, sin pleno éxito, que se consideren los trastornos mentales como un espectro de categorías, en una secuencia general de diagnósticos principales que se inicia con trastornos del desarrollo neurológico y termina en «otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica»<sup>29,30</sup> (tabla 1). El cambio más relevante en las categorías que incluyen comportamientos sexuales en sus criterios es que los «trastornos» incluidos en ellas se ubican en tres categorías separadas: disfunciones sexuales, disforia de género y trastornos parafilicos<sup>31</sup>.

Con base en el modelo clásico fisiológico de respuesta sexual, las disfunciones sexuales se definen según las distintas etapas de la respuesta sexual: deseo, excitación, meseta y resolución, con las diferencias que se dan por exclusión entre mujeres y varones<sup>16</sup> (tabla 2).

La principal novedad sobre los comportamientos sexuales está en que las disfunciones sexuales se toman como entidades clínicamente distintas y desligadas significativamente del

**Tabla 2 – Disfunciones sexuales**

- Eyacuación retardada
- Trastorno eréctil
- Trastorno orgásmico femenino
- Trastorno del interés/excitación sexual femenino
- Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración
- Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón
- Eyacuación prematura (precoz)
- Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos
- Otra disfunción sexual especificada
- Disfunción sexual no especificada

Basado en DMS-5<sup>16</sup>.

**Tabla 3 – Disforia de género**

Disforia de género en niños  
 Disforia de género en adolescentes y adultos  
 Otra disforia de género especificada  
 Disforia de género no especificada

Basado en DMS-5<sup>16</sup>.

comportamiento de género, que se ubican, no obstante, seguidamente a las disfunciones sexuales<sup>16</sup>. De la nueva edición se ha eliminado o no tiene equivalente el «trastorno por aversión sexual»<sup>32</sup>. Asimismo, el «trastorno del interés/excitación sexual femenino» reúne dos trastornos imbricados que en la clasificación anterior se presentaban como distintos, el «trastorno de deseo sexual hipoactivo» y el «trastorno de excitación sexual femenino». La misma suerte corrieron la «dispareunia» y el «vaginismo», que se reagrupan en el «trastorno de dolor genito-pélvico/penetración», que hace más énfasis en la penetración que en el espasmo vaginal para el diagnóstico<sup>33,34</sup>. Es posible que con estos cambios se incrementen la validez y la confiabilidad de estos diagnósticos<sup>33</sup>. Los trastornos incluidos en esta categoría se detallan en la tabla 3.

En la «disforia de género», antes denominada «trastorno de identidad de género», se eliminó el criterio de exclusión del DSM-IV de las condiciones intersexuales. No obstante, permite especificadores para la concomitancia de trastornos del desarrollo sexual y el proceso de reasignación de género. Los especificadores para la orientación sexual se eliminaron de la versión más reciente<sup>34</sup>. Además, se debe especificar si se observan en presencia de un trastorno del desarrollo sexual como trastorno adrenogenital congénito, hiperplasia adrenal congénita o síndrome de insensibilidad androgénica. De igual manera, se presenta una nota de codificación para la codificación tanto de la disforia de género como del trastorno del desarrollo sexual<sup>16</sup>.

La segunda modificación se observa en la exclusión de los trastornos parafilicos de los «trastornos sexuales» y la reubicación en una categoría distinta, posterior a los trastornos de personalidad<sup>29-31</sup>. Esto denota el renovado enfoque de los trastornos parafilicos más parecidos a las características de personalidad, como patrones de comportamientos estables o persistentes y difíciles de modificar sustancialmente y como entidades que, si tienen importancia clínica, son lo suficientemente distintos de las disfunciones sexuales y la disforia de género<sup>31</sup>.

Igualmente, se hace una diferenciación entre «parafilia» y «trastornos parafilicos». Define parafilia como «cualquier interés sexual intenso y persistente que no sea el interés sexual en la estimulación genital o caricias preparatorias con las parejas humanas fenotípicamente normales, físicamente maduras, consintiendo» y define como «trastorno parafílico» las parafilias que causan malestar o deterioro a la persona o daño a los demás<sup>16</sup>. La presencia de parafilia es un elemento necesario mas no suficiente para el diagnóstico de trastorno parafílico (tabla 4)<sup>35</sup>.

Por una parte, es muy complicado hacer práctica y sin equívocos una diferencia entre las dos «condiciones» y, además, en ambos grupos se concibe como «patológicos» los deseos

**Tabla 4 – Trastornos parafilicos**

Trastorno de voyeurismo  
 Trastorno de exhibicionismo  
 Trastorno de froteurismo  
 Trastorno de masoquismo sexual  
 Trastorno de sadismo sexual  
 Trastorno de pedofilia  
 Trastorno de fetichismo  
 Otro trastorno parafílico especificado  
 Trastorno parafílico no especificado

Basado en DMS-5<sup>16</sup>.

sexuales no centrados exclusivamente en los genitales sin que la diferencia implique por sí sola en qué situaciones ameritan tratamiento o intervenciones clínicas, dado que una parafilia no conlleva necesariamente un trastorno parafílico<sup>31,36</sup>. Estas categorías son un buen ejemplo de la medicina como biopoder, con actuaciones en el control de los cuerpos y los comportamientos<sup>37</sup>.

Por otra parte, se incluyeron los especificadores «en remisión» y «en un ambiente controlado» si la persona se encuentra en un ambiente en el que no puede ejercer la parafilia<sup>34</sup>. Y se precisan diferencias de edades para la definición de trastorno por pedofilia<sup>38</sup>.

En casos de voyeurismo, se debe especificar si sexualmente excitado por exposición de genitales a niños prepúberes, sexualmente excitado por exposición de genitales a individuos físicamente maduros o sexualmente excitado por exposición de genitales a niños prepúberes o individuos físicamente maduros<sup>16,31</sup>. Para masoquismo sexual, es necesario especificar la presencia de asfixiofilia. Y para trastorno de travestismo, se debe especificar si coexiste con fetichismo o con autoginofilia<sup>16,36</sup>.

Igualmente, se hace mención al comportamiento sexual en el criterio A, inciso 4, del trastorno de personalidad límite en relación con impulsividad, que puede ser de una u otra forma autolesiva (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios, etc.)<sup>16</sup>.

## Discusión

Estas tres secciones y en particular los trastornos parafilicos muestran varias contradicciones que ameritan una revisión detallada, y es evidente que la categoría disforia de género debió omitirse en esta versión de la clasificación<sup>5,31-33</sup>.

Las clasificaciones, tanto en medicina en general como en psiquiatría en particular, pueden dar lugar a la cosificación, hacen tangibles planteamientos teóricos, hipotéticos, la categorización arbitraria del comportamiento humano y la exclusión social de personas que se «apartan» de los preceptos hegemónicos, en un ejercicio de diversos poderes<sup>20,22,28,39</sup>. La aplicación de los criterios del DSM-5 seguramente incrementará el número de diagnósticos, aparecerán diagnósticos de moda, se medicalizará la normalidad y la vida cotidiana y hará de los trastornos mentales situaciones prácticamente ubicuas: la gran mayoría de las personas reunirán criterios de algún diagnóstico en un momento dado, lo que

llevaría a la humanidad a constituirse en una aldea de trastornados mentales<sup>17,30</sup>.

En relación con el comportamiento sexual, Di Segni observa que la medicalización implicó la conversión de actos «naturales» en asuntos ético-morales<sup>10</sup>. Y dada la impresión heurística que muchos de estos comportamientos son la regla y no la excepción, la «normalidad» tradicional pide que lo «anormal» sea excepcional y no lo más frecuente; además, señala que la «rareza» no es un valor en sí mismo y, por lo tanto, no debe tomarse en psiquiatría como equivalente de «trastorno mental». En otras palabras, parece que el «trastorno» del comportamiento sexual se utilizara para disciplinar las «rebeldías», el distanciamiento del uso de la sexualidad solo a fines «naturalistas», y esto es más cercano a lo moral de los poderes que a lo científico. La medicina y la psiquiatría desplazaron a las religiones y los códigos jurídicos, al convertirse en el nuevo «poder» consolidado para regular el comportamiento sexual y, al mismo tiempo, en medio del dominio de un modelo económico fundamentado en la expansión del capital y los mercados que introdujo medicamentos y terapias para modificar los nuevos trastornos, lo que se ajusta por completo al denominado complejo médico-industrial<sup>40</sup>. Es necesario pensar que la sexualidad adopta muchas formas y debe apartarse del binarismo (dicotomía) usual para valorar el comportamiento sexual (lo bueno-lo malo; lo permitido-lo prohibido). La diversidad o multiplicidad es la regla en la expresión sexual humana, carece de importancia lo que se haga, es más relevante el contexto de la expresión<sup>5</sup>.

Aunque la tendencia de la APA ha sido la desestigmatización de los comportamientos sexuales no normativos, no tradicionales o no hegemónicos, en la presente clasificación se incluye entre las disfunciones sexuales a las personas con deseo sexual en los extremos de la curva de distribución considerada «normal» y considera «patológico» y asigna diagnósticos a estas variaciones en el espectro de lo esperado que se prestan a controversia<sup>41</sup>. Considerar el «trastorno del interés/excitación sexual femenino» y el «trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón» como entidades clínicas que ameritan un tratamiento desconoce, por un lado, que es muy difícil la definición del deseo sexual «normal» y la alta probabilidad de gran número de falsos positivos<sup>42</sup>, dado que no se observan diferencias marcadas entre personas con deseo «normal» y con deseo «anormal»<sup>41,43,44</sup>. De ser esto así, quiere decir, por ejemplo, que los sacerdotes de la iglesia católica, que en teoría deben permanecer célibes, tienen uno de estos trastornos. Algunas personas dirán que a través de la fe católica pueden sublimar y manejar el deseo sexual, significa entonces que quienes no sean sacerdotes y tengan el mismo comportamiento que ellos sí reúnen criterios de uno de estos trastornos. En este caso, la ausencia de fe convierte un comportamiento en un trastorno. Estos simples ejemplos dejan ver que la inclusión de los «problemas» del deseo sexual en el DSM-5 resulta ambigua<sup>41,44</sup>.

Por otro lado, la diversidad de la expresión sexual está dada no solo por factores constitucionales, genéticos y biológicos<sup>45</sup>, sino también por los componentes culturales que modulan la vida sexual, pública y privada, de las personas<sup>46,47</sup>. En síntesis, se desconocen las diferencias sociales y médicas sobre las cuales se construye la sexualidad<sup>45,48,49</sup>. La expresión sexual es

tan diversa y socialmente construida que en las décadas más recientes se han ampliado aún más las formas al extenderse el uso de internet<sup>50-52</sup>, y con ello nuevos comportamientos que patologizar<sup>53,54</sup>.

La disforia de género, sin duda, es la nueva categoría que más polémica ha generado<sup>31,32,36</sup>. Algunos autores indican que eliminar de la nominación la palabra «trastorno» implica un cambio favorable, ya que la «disforia» es una situación o condición menor que un trastorno<sup>32</sup>. Sin embargo, tiene una clara carga «psiquiatrizadora» del comportamiento humano<sup>55</sup>.

No obstante, la persistencia en esta nueva versión del DSM es incongruente con otras decisiones en condiciones similares, en particular con la decisión de excluir la homosexualidad como diagnóstico, aun después de considerar las diferencias conceptuales existentes entre género y orientación sexual<sup>56-58</sup>. Igualmente, se considera que la nominación «disforia de género» es excluyente y mantiene vivo el estigma para las personas transgénero y transexuales<sup>59</sup>. Este proceso es similar al que lideró el psiquiatra Robert Spitzer en 1973 dentro de la APA y llevó a la decisión de excluir la homosexualidad del manual diagnóstico, en la que primaron, según algunos, razones más políticas que científicas<sup>31,60-62</sup>.

Los detractores del diagnóstico de disforia de género consideran que se relaciona con los prejuicios persistentes en el grupo de trabajo de la clasificación, y la psiquiatría en general, que históricamente ha mostrado altos matices de racismo, misoginia, homofobia, etc.<sup>63,64</sup>, sin mencionar la vinculación de psiquiatras al régimen nazi<sup>65,66</sup> y más recientemente el papel que llegaron a tener algunos psicólogos en las torturas ejecutadas por la Agencia Central de Inteligencia de Estados Unidos, como quedó expuesto en el Informe Hoffman en 2015<sup>67</sup>. De hecho, el mismo Robert Spitzer publicó en 2001 un artículo en el que mostraba la posibilidad de una «cura» de la homosexualidad<sup>68</sup>, de lo cual una década después se retractó y se disculpó ante la comunidad gay porque el estudio divulgó la falsa conclusión de alguna utilidad de las terapias «reparadoras» para gays y lesbianas<sup>69</sup>.

Probablemente, la disforia de género persiste en el DSM-5, dada la dificultad que implica desligarse por completo de la tendencia a considerar enfermedad todo comportamiento sexual disidente<sup>5</sup>. Esto denota una perspectiva particularmente sesgada y sexista de la sexualidad que reedita los principios victorianos, cuando la construcción del conocimiento médico estaba exclusivamente en manos de varones «heterosexuales» de clase media<sup>5,70</sup>.

Igualmente la disforia de género mantiene la categoría de trastorno mental debido a que la medicina tiene una visión limitada y dicotómica de este componente del comportamiento sexual<sup>5</sup>. La psiquiatría no es ajena a este fenómeno y espera implícitamente que las expresiones de género estén en plena concordancia con el sexo biológico observado<sup>5,11</sup>. La vida cotidiana y la práctica clínica muestran los caminos divergentes que pueden tomar el sexo biológico y el género<sup>5,11,12,28,71</sup>.

Sin embargo, las visiones más optimistas hacen pensar que la disforia de género desaparecerá de la clasificación en una próxima versión del DSM por la falta de estudios que respalden los diagnósticos y por las acciones continuas de activistas políticos a favor de la exclusión<sup>5,32,71,72</sup>. Ello evidencia

nuevamente que el «diagnóstico» no solo es el resultado del trabajo científico, sino también de la gestión política<sup>12</sup>.

En lo concerniente a los trastornos parafilicos, los ahora llamados trastorno de voyeurismo, trastorno de exhibicionismo, trastorno de froturismo y trastorno de pedofilia implican comportamientos que no consideran el asentimiento de una u otras personas participantes<sup>31,32,36</sup> y sería más apropiado incluirlos en el criterio A, «patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, inciso 1, incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales» del trastorno de personalidad antisocial. Es obvio que para ello es preciso eliminar el adjetivo «dominante». Y en caso en estos comportamientos estén implicados niños, niñas o adolescentes, se debe tomar como referencia el criterio «agresión a personas o animales e incumplimiento grave de las normas» que describe el trastorno de conducta<sup>16</sup>. Sería necesario dejar los abusos, los comportamientos sexuales sin consentimiento o por coacción como problemas de la justicia y, en consecuencia, el manejo o tratamiento, en manos del sistema judicial<sup>5,31</sup>.

Igualmente, era necesario eliminar de la clasificación actual el trastorno de fetichismo, el trastorno de travestismo, el trastorno de masoquismo sexual y el trastorno de sadismo sexual, puesto que representan comportamientos privados, no desconocen los derechos de otros, cuentan con el consentimiento de los participantes y no representan un riesgo mayor más allá del estigma de dar la categoría de «enfermedad» a un comportamiento o actividad privados<sup>5,31,32,36,73</sup>. Además, parece innecesaria la aclaración del adjetivo «sexual» para masoquismo y sadismo, ya que no se considera en otros contextos fuera de la genitalidad<sup>31</sup>.

De la misma forma, es superfluo el especificador para trastorno de pedofilia («especificar si sexualmente excitado por exposición de genitales a niños prepúberes, sexualmente excitado por exposición de genitales a individuos físicamente maduros o sexualmente excitado por exposición de genitales a niños prepúberes o individuos físicamente maduros»), la especificación del sexo que genera la atracción, y si se da dentro de una relación sexual entre personas con cercano grado de consanguinidad. El incesto es más un juicio moral<sup>38</sup> y directamente relacionado con el sistema judicial si involucra a una persona que no consiente<sup>31</sup>. También carece de sentido poner límites a las diferencias en edades para la definición de trastorno por pedofilia, cuando se involucran adolescentes que pueden asentir sin coacción, puesto que la brecha de edad no necesariamente implica agresión o vulneración de derechos de unos de los participantes en una relación sexual. Según el contexto cultural o legal de cada país o Estado la edad para consentir una actividad sexual durante los años de la adolescencia o una vez iniciada la pubertad puede variar considerablemente<sup>38,74,75</sup>.

Para trastorno de masoquismo sexual, «especificar si con asfixiofilia» y para trastorno de travestismo, «especificar si con fetichismo o con autoginofilia» es más el resultado de consenso de expertos, sin evidencia científica que garantice su validez<sup>31,32,76</sup>.

Todo lo anterior se repite en las clasificaciones más recientes, las publicadas a partir de 1980, que se han preocupado más por la reproducibilidad (confiabilidad) de los «trastornos»

diagnosticados que en su validez<sup>11,12,28,77,78</sup>. En psiquiatría, la validez hace alusión a si el conjunto de síntomas y hallazgos clínicos y paraclínicos a los que se da el nombre de trastorno es una entidad específica con causas, curso, tratamiento y pronóstico lo suficientemente predecibles para tomarlo como algo «real», mientras que la confiabilidad se refiere a que, si en diferentes oportunidades o distintos evaluadores realizan simultáneamente una entrevista clínica que revise el cuadro clínico, se llega a la misma decisión sobre el diagnóstico o la reunión de criterios<sup>79</sup>.

Zucker plantea que las incongruencias que muestran las tres categorías diagnósticas que implican comportamientos sexuales se pueden resumir en cinco grandes grupos: presentar algunas definiciones por exclusión, usar criterios individuales o culturales sin un amplio razonamiento, desconocer las motivaciones de los comportamientos sexuales o los eventuales factores «etiológicos», ignorar o minimizar la importancia del consentimiento para llevar a cabo un comportamiento sexual y, finalmente, la carencia de evidencias o estudios que respalden la validez de cada «trastorno»<sup>32</sup>.

Dada la falta de respuesta a las diferentes intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para los trastornos parafilicos, sería preferible considerarlos «rasgos de personalidad», que son persistentes, y si dañan o vulneran los derechos o la integridad de otras personas, catalogarlos como rasgos «antisociales», y el manejo debe ser el dado a cualquier comportamiento criminal<sup>5,16</sup>.

Los cambios en las clasificaciones internacionales con la despatologización de una parte del comportamiento sexual no garantizan la desestigmatización<sup>62,80</sup>, y es más fácil instaurar un estigma que eliminar la discriminación asociada<sup>81</sup>. Lo anterior indica que es de esperar que muchas personas decidan consultar a los profesionales de la salud, por libre decisión o la presión familiar, social o institucional, por comportamientos sexuales que no implican violación de los derechos de otras personas y que se puede considerar dentro del amplio espectro, esperado y funcional, de manifestaciones de la sexualidad<sup>82,83</sup>.

Desde ya, como es necesario «diagnosticar» o registrar un motivo de consulta que tenga un código predeterminado en las clasificaciones vigentes, se recomienda dar connotaciones menores a estos comportamientos sexuales que ameritan consulta, esforzarse en no psicologizar, psiquiatrizar o medicalizar. Sería preferible y casi siempre acertado escoger algunos de los diagnósticos incluidos en «Otras condiciones que pueden ser objeto de atención clínica»<sup>16</sup>.

En este grupo de posibilidades diagnósticas menos estigmatizantes y que no aluden directamente al comportamiento sexual, se incluyen «problemas de relación» (relaciones padre/cuidador y niños o similares: Z62.820) para los casos en que la relación se afecta negativamente por el género u orientación sexual de los hijos y «otros trastornos relacionados con el entorno social» (exclusión o rechazo social: Z60.4; blanco —percibido— de discriminación adversa o persecución: Z60.5) en las situaciones en que se evidencia estigma/discriminación que genera malestar con la identidad sexual, y «otros encuentros con los servicios sanitarios» (como asesoramiento sexual: Z70.9) para resolver dudas e inquietudes en relación con el sexo, el género o la orientación sexual<sup>16</sup>.



También se puede preferir «comportamiento antisocial del adulto» (Z72.811) o «comportamiento antisocial infantil o adolescente» (Z72.810) para los comportamientos sexuales aislados, no repetitivos, que ignoran los derechos de otras personas<sup>16</sup>. Por analogía, esto es lo que ocurre con el trastorno de personalidad antisocial, que se considera «trastornos mentales»; no obstante, el manejo principal está en manos del sistema legal cuando se vulneran los derechos de otros ciudadanos, y no a cargo del sistema de salud, como se suele recomendar en caso de infracciones o delitos sexuales, sin que se excluya al sector salud del proceso de resocialización de estas personas<sup>84,85</sup>. En este punto es imperativo destacar la superposición entre la psiquiatría y el sistema legal, ya que históricamente se relacionaron los trastornos mentales y la infracción de las normas legales, especialmente en el contexto sexual<sup>84,86,87</sup>. Foucault precisó que con frecuencia se ha asociado el comportamiento sexual no convencional, no hegemónico, a actos criminales como una forma de vigilar, disciplinar, controlar y castigar cualquier comportamiento considerado «no moral»<sup>86</sup>.

Es preciso tener presente que el concepto de «enfermedad» en el contexto de la psiquiatría actualmente muestra varias limitaciones, que se hacen más evidentes cuando se quiere dar la nominación de «trastorno» a algunos comportamientos sexuales<sup>26,77,88-90</sup>. El comportamiento sexual es discursivo y las divergencias o variables no son en sí mismas trastorno<sup>91-93</sup>. No obstante, la psiquiatría muestra un carácter moralista y normativista al patologizar unos comportamientos y se convierte en un dispositivo de control social<sup>38,55,87,91</sup>. Asimismo se debe considerar que la psiquiatría, como el resto de la medicina, está íntimamente asociada a la economía mundial desde los inicios de la revolución industrial, y la introducción de nuevos trastornos mentales con cada nueva clasificación es beneficiosa para la industria farmacéutica, el mercado de la prescripción de medicamentos o las psicoterapias «reparadoras» y demás integrantes del complejo médico-industrial<sup>5,77,91,94,95</sup>.

## Conclusiones

En este artículo se toman los comportamientos sexuales como una categoría que permitiera analizar las dificultades existentes en la manera con que las clasificaciones psiquiátricas pretenden abordar y explicar los comportamientos humanos. Una perspectiva crítica de la nosología psiquiátrica va más allá de los acuerdos o desacuerdos acerca de los criterios diagnósticos incluidos o eliminados en cada nueva versión. De hecho, como lo muestra el recorrido realizado a través de los diagnósticos que incluyen algún comportamiento sexual en sus criterios, abarca la concepción que se tiene de salud, salud mental, trastorno mental, normalidad y anormalidad.

El continuo establecimiento de comportamientos humanos cargados de significados patológicos y presentados como diagnósticos médicos es una muestra irrefutable de la medicalización de la vida cotidiana, que involucra las expresiones de la sexualidad de las personas, incluso en sus aspectos más íntimos, con una carga adicional de control de los cuerpos y de las vidas individuales y colectivas, como un ejercicio más de poder de las visiones hegemónicas de la salud. La polémica

acerca de la patologización de los comportamientos sexuales en particular y la nosología psiquiátrica en general está lejos de acabarse.

## Conflictos de interés

Ningún conflicto de interés que declarar.

## Agradecimientos

Al Instituto de Investigación del Comportamiento Humano (*Human Behavioral Research Institute*), Bogotá, y la Universidad del Magdalena, Santa Marta, Colombia, por el apoyo financiero para esta revisión.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Badinter E. XY, la identidad masculina. Bogotá: Norma; 1993.
2. Foucault M. Historia de la sexualidad. El uso de los placeres. 11.ª ed Madrid: Siglo XXI; 1998.
3. Puyana G. La homosexualidad en el hombre. Bogotá: Panamericana; 2012.
4. Torres M. La homosexualidad humana es compulsiva. Bogotá: Digiprint; 2013.
5. Di Segni S. Sexualidades. Tensiones entre la psiquiatría y los colectivos militantes. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2013.
6. Nicola J. La cuestión homosexual. México: Fontamara; 2002.
7. Fone B. Homofobia: Una historia. México: Océano; 2008.
8. Ardila R. Homosexualidad y psicología. 2.ª ed Bogotá: Manual Moderno; 2009.
9. Álvarez-Gayou JL. Los rostros de la homosexualidad. Una mirada desde el escenario. México: Manual Moderno; 2013.
10. Foucault M. La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación. Madrid: La Piqueta; 1990.
11. Pilgrim D. The survival of psychiatric diagnosis. *Soc Sci Med*. 2007;65:536-47.
12. Moncrieff J. Psychiatric diagnosis as a political device. *Soc Theor Health*. 2010;8:370-82.
13. Gay Zanotti P. La identidad homosexual de Platón a Marlene Dietrich. México: Fondo de Cultura Económica; 2010.
14. Jutel A. Sociology of diagnosis: A preliminary review. *Sociol Health Illness*. 2009;31:278-99.
15. Organización Mundial de la Salud Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE). Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. 10.ª ed. Madrid: Meditor; 1993.
16. Asociación Psiquiátrica Americana. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Barcelona: Masson; 2013.
17. France A. The new crisis in confidence in psychiatric diagnosis. *Ann Intern Med*. 2013;159:221-2.
18. Romelli K, Frigerio A, Colombo M. DSM over time: From legitimisation of authority to hegemony. *BioSoc*. 2015;1. doi:10.1057/biosoc.2015.1.
19. Craddock N, Mynors-Wallis L. Psychiatric diagnosis: impersonal, imperfect and important. *Br J Psychiatry*. 2014;204:93-5.
20. Ghaemi SN. DSM-5 and the miracle that never happens. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;129:410-2.
21. Möller HJ. The consequences of DSM-5 for psychiatric diagnosis and psychopharmacotherapy. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2014;18:78-85.

22. Ereshefsy M. Defining 'health' and 'disease'. *Stud Hist Philos Biol Biomed Sci.* 2009;40:221-7.
23. Hamilton RP. The concept of health: beyond normativism and naturalism. *J Eval Clin Pract.* 2010;16:323-9.
24. Lemoine M. Defining disease beyond conceptual analysis: an analysis of conceptual analysis in philosophy of medicine. *Theor Med Bioethics.* 2013;34:309-25.
25. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la salud mental? 2007 citado 10 Oct 2015. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/62/es/>
26. Ley 1616 (enero 21) por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 2013.
27. McHugh PR, Slavney PR. *The perspectives of psychiatry.* 2.<sup>a</sup> ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1998.
28. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Ann Rev Clin Psychol.* 2010;6:155-79.
29. Kriegler S, Bester SE. A critical engagement with the DSM-5 and psychiatric diagnosis. *J Psychol Afr.* 2014;24:393-401.
30. Muñoz LF, Jaramillo LE. DSM-5. ¿Cambios significativos? *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr.* 2015;35:111-21.
31. Ross CA. Commentary Problems with the sexual disorders sections of DSM-5. *J Child Sex Abuse.* 2015;24:195-201.
32. Zucker KJ. DSM-5. Call for commentaries on gender dysphoria, sexual dysfunctions, and paraphilic disorders. *Arch Sex Behav.* 2013;42:669-74.
33. Sandín B. DSM-5. ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Rev Psicopatol Psicol Clin.* 2013;18:255-86.
34. Ehreta AM, Berkingb M. From DSM-IV to DSM-5: What has changed in the new edition. *Verhaltenstherapie.* 2013;23:258-66.
35. Echeburúa E, Salaberría K, Cruz-Sáez M. Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Ter Psicol.* 2014;32:65-74.
36. Fedoroff JP, Di Gioacchino L, Murphy L. Problems with paraphilias in the DSM-5. *Curr Psychiatry Report.* 2013;15:1-6.
37. Butler J. *Cuerpos que importan.* México: Paidós; 2002.
38. Green R. Sexual preference for 14-year-olds as a mental disorder: You can't be serious!! *Arch Sex Behav.* 2010;39:585-6.
39. Martínez A. *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad.* Madrid: Anthropos; 2008.
40. Relman AS. The new medical-industrial complex. *N Engl J Med.* 1980;303:963-70.
41. Turner D, Schöttle D, Bradford J, Briken P. Assessment methods and management of hypersexuality and paraphilic disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2014;27:413-22.
42. Wakefield JC. The DSM-5's proposed new categories of sexual disorder: The problem of false positives in sexual diagnosis. *Clin Soc Work J.* 2012;40:213-23.
43. Yule MA, Brotto LA, Gorzalka BB. Sexual fantasy and masturbation among asexual individuals. *Can J Hum Sex.* 2014;23:89-95.
44. Brotto LA, Yule MA, Gorzalka BB. Asexuality An extreme variant of sexual desire disorder? *J Sex Med.* 2015;12:646-60.
45. Jannini EA, Burri A, Jern P, Novelli G. Genetics of human sexual behavior: Where we are, where we are going. *Sex Med Rev.* 2015;3:65-77.
46. Murdock GP. *Cultura y sociedad.* México: Fondo de Cultura Económica; 1997. p. 79-84.
47. Harris M. *Antropología cultural.* Madrid: Alianza; 1998.
48. Holland J. *Una breve historia de la misoginia.* México: Océano; 2010.
49. Giami A. Between DSM and ICD. Paraphilias and the transformation of sexual norms. *Arch Sex Behav.* 2015;44:1127-38.
50. Döring NM. The Internet's impact on sexuality: A critical review of 15 years of research. *Comput Hum Behav.* 2009;25:1089-101.
51. Snagowski J, Brand M. Symptoms of cybersex addiction can be linked to both approaching and avoiding pornographic stimuli: results from an analog sample of regular cybersex users. *Front Psychol.* 2015;6:653.
52. Fay D, Haddadi H, Seto MC, Wang H, Kling C. An exploration of fetish social networks and communities. En: Wierzbicki A, Brandes U, Schweitzer F, Pedreschi D, editores. *Advances in network science.* New York: Springer; 2016. p. 195-204.
53. Wéry A, Billieux J. Problematic cybersex: Conceptualization, assessment, and treatment. *Addict Behav.* 2015 Nov 29 Epub ahead of print. pii: S0306-4603(15)30058-7. doi: 10.1016/j.addbeh.2015.11.007.
54. Wéry A, Billieux J. Online sexual activities: An exploratory study of problematic and non-problematic usage patterns in a sample of men. *Comput Hum Behav.* 2016;56:257-66.
55. Caponi SN. Biopolitics and psychiatrization of life. *Braz J Ment Health.* 2015;7:72-85.
56. Campo-Arias A. Essential aspects and practical implications of sexual identity. *Colomb Med.* 2010;41:179-85.
57. Miccio-Fonseca LC. Response to Ross's Commentary: Problems with the Sexual Disorders Sections of DSM-5. *J Child Sex Abuse.* 2015;24:202-9.
58. DeFeo J. Understanding sexual, paraphilic, and gender dysphoria disorders in DSM-5. *J Child Sex Abuse.* 2015;24:210-5.
59. Davy Z. The DSM 5 and the politics of diagnosing transpeople. *Arch Sex Behav.* 2015;44:1165-76.
60. Lamberg L. Gay is okay with APA—forum honors landmark 1993 events. *JAMA.* 1999;280:97-9.
61. Mendelson G. Homosexuality and psychiatric nosology. *Aust N Z J Psychiatry.* 2003;37:678-83.
62. Anderson JR, Holland E. The legacy of medicalising 'homosexuality': A discussion on the historical effects of non-heterosexual diagnostic classifications. *Sensoria.* 2015;11:4-15.
63. Singy P. What's wrong with sex. *Arch Sex Behav.* 2010;39:1231-3.
64. Adelson SL. Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012;51:957-74.
65. Seeman MV. Psychiatry in the Nazi era. *Can J Psychiatry.* 2005;50:218-25.
66. Strous RD. Psychiatry during the Nazi era: ethical lessons for the modern professional. *Ann Gen Psychiatry.* 2007;6: 1-6.
67. Hoffman DH, Carter DJ, Viglucci CR, Benzmler HL, Guo AX, Lafti SY, et al. Independent review relating to APA ethics guidelines, national security interrogations, and torture. Report to the special committee of the Board of Directors of the American Psychological Association. Washington: Sidley Austin LLP; 2015.
68. Spitzer RL. Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. *Arch Sex Behav.* 2003;32:403-17.
69. Spitzer RL. Spitzer reassesses his 2003 study of reparative therapy of homosexuality. *Arch Sex Behav.* 2012;41:747.
70. Martin JI. Nosology, etiology, and course of gender identity disorder in children. *J Gay Lesb Mental Health.* 2008;12:81-94.
71. Daley A, Mulé NJ. LGBTQs and the DSM-5: a critical queer response. *J Homosex.* 2014;61:1288-312.
72. Kraus C. Classifying intersex in DSM-5: Critical reflections on gender dysphoria. *Arch Sex Behav.* 2015;44:1147-63.
73. Morales MC. Jóvenes, sexualidad y políticas. *Salud sexual y reproductiva en Colombia (1992-2005).* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Odontología; 2010.
74. Gijs L, Carroll RA. Should transvestic fetishism be classified in DSM 5? Recommendations from the WPATH Consensus



- Process for revision of the diagnosis of transvestic fetishism. *Int J Transgend.* 2010;12:189-97.
75. Frances A. Opening Pandora's box: The 19 worst suggestions for DSM5. *Psychiatr Times.* 2010;27:9.
76. Balon R. Politics of diagnostic criteria: Specifiers of pedophilic disorder in DSM-5. *Arch Sex Behav.* 2014;43:1235-6.
77. Middleton H. Psychiatry reconsidered. From medical treatment to supportive understanding. New York: Palgrave/McMillan; 2015.
78. Owen MJ. New approaches to psychiatric diagnostic classification. *Neuron.* 2014;84:564-71.
79. Keszei AP, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. *J Psychosom Res.* 2010;68:319-23.
80. Herek GM. The psychology of sexual prejudice. *Curr Direction Psychol Sci.* 2000;9:19-22.
81. Link BG, Phelan J. Stigma power. *Soc Sci Med.* 2014;103:24-32.
82. McManus MA, Hargreaves P, Rainbow L, Alison LJ. Paraphilias: definition, diagnosis and treatment. *F1000prime Rep.* 2013;5:36.
83. Gintner GG. DSM-5 conceptual changes: Innovations, limitations and clinical implications. *Prof Counsel.* 2014;4:179-90.
84. McRae L. Rehabilitating antisocial personalities: treatment through self-governance strategies. *J Forens Psychiatry Psychol.* 2013;24:48-70.
85. Wortzel HS. The DSM-5 and forensic psychiatry. *J Psychiatr Pract.* 2013;19:238-41.
86. Foucault M. *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión.* Buenos Aires: Siglo XXI; 2002.
87. Winn D, Middleton H. Time to rethink psychiatry. *Hum Givens J.* 2015;22:28-32.
88. Timimi S. No more psychiatric labels: Campaign to abolish psychiatric diagnostic systems such as ICD and DSM (CAPSID). *Self Soc.* 2013;40:6-14.
89. Leon-Sanromà M, Mínguez J, Cerecedo MJ, Téllez J. ¿Nos pasamos al DSM-5? Un debate con implicaciones clínicas, sociales y económicas. *Aten Primaria.* 2014;46:4-5.
90. Timimi S. No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *Int J Clin Health Psychol.* 2014;14:208-15.
91. Ortiz A. *Hacia una psiquiatría crítica.* Madrid: Grupo 5; 2013.
92. Middleton H, Shaw I. Distinguishing mental illness in primary care. We need to separate proper syndromes from generalised distress. *BMJ.* 2000;320:1420-1.
93. Bracken P, Thomas P, Timimi S, Asen E, Behr G, Beuster C, et al. Psychiatry beyond the current paradigm. *Br J Psychiatry.* 2012;201:430-4.
94. Alsina IB. El DSM, del nomenclador a la guía de tratamiento: un comentario crítico a la nosografía americana. *Psicogente.* 2015;18:117-28.
95. Herazo E. La salud mental ante la fragmentación de la salud en Colombia: entre el posicionamiento en la agenda pública y la recomposición del concepto de salud. *Rev Fac Nac Salud Publica.* 2014;32 Supl 1:21-7.