

Medicalización, erotismo y diversidad sexual: una crítica sexológica al DSM-IV-TR (I parte)

Medicalization, eroticism and sexual diversity: a sexological critique of the DSM-IV-TR (I part)

B. Useche Aldana, PhD

Senior Research Associate
University of Texas, Houston. School of Public Health

Resumen

Las dos partes en que se divide este artículo presentan una crítica a la clasificación de las “Disfunciones Sexuales” y de los “Trastornos de la Identidad de Género” que se incluye en la versión revisada de la cuarta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA). La crítica está desarrollada con base en tres fundamentos teóricos: 1) un modelo sexológico basado en el reconocimiento del erotismo como función principal de la sexualidad humana; 2) los estudios más recientes sobre la evolución de la sexualidad; y 3) un análisis de la sexualidad humana en el contexto de la globalización de la actual sociedad de mercado y de su impacto sobre las identidades y estilos de vida sexuales de la población. En esta primera parte se señalan las limitaciones de los modelos implícitos en la actual clasificación de las disfunciones sexuales y de las parafilias, se proponen conceptos alternativos y se subraya la necesidad de revisar las categorías clínicas que actualmente se fundamentan únicamente en la función reproductora y en un modelo que reduce la sexualidad al plano de la fisiología. Se concluye, además, que la presente clasificación hace parte de la tendencia a medicalizar la sexualidad para comercializarla y utilizarla ideológicamente como elemento de estabilidad y control social.

Palabras clave: medicalización, disfunciones sexuales, parafilias, salud sexual.

Summary

The two parts in which this article is divided present a critique of the categories of “Sexual dysfunctions” and “Gender identity disorders” included in the Fourth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Text Revision) by the American Psychiatric Association (APA). The critique is based on three theoretical fundamentals: 1) A sexological model based on the acknowledgment of eroticism as the main function of human sexuality; 2) A discussion of the most recent studies on the evolutionary origins of sexuality; and 3) An analysis of the impact that the globalization of market society has had on the populations’ sexual identities and sexual practices. This first part points out the limitations of the models used to define sexual dysfunctions and paraphilias; it proposes alternative concepts; and it underlines the necessity to review clinical concepts based only on

Correspondencia:

Bernardo Useche Aldana
University of Texas
School of Public Health
1200 Herman Pressler. RAS EGII
Houston, TX 77030 (EE.UU.)
E-mail: buseche@sph.uth.tmc.edu

Fecha de recepción: 27 de julio de 2004.

Fecha de aceptación: 15 de diciembre de 2004.

reproduction and physiology. It also concludes that current classification should be understood in the context of the global trend toward medicalization of sexuality with the double purpose of profiting from it and maintaining society under ideological control.

Key words: *medicalization, sexual dysfunctions, paraphilias, sexual health.*

A la memoria de Heli Alzate (1934-1998).

Introducción

Uno de los debates más importantes en la sexología contemporánea es el relacionado con las formas específicas de *medicalización de la sexualidad* que se han originado en las últimas décadas como consecuencia de la globalización de la economía de mercado (1, 2). En esta controversia, juega un papel principal la discusión de los modelos teóricos de la Respuesta Sexual Humana propuestos por Masters y Johnson (3)¹ y por Helen Kaplan (4, 5),² modelos que todavía predominan en la literatura sexológica y constituyen el fundamento de la clasificación de los problemas sexuales del manual de diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA), incluida su última versión: el DSM-IV-TR (6).

La APA divide los problemas sexuales en 3 grandes grupos: *disfunciones sexuales, parafilias y trastornos de la identidad de género*. La primera parte de este artículo se centra en el análisis de las limitaciones de los principales fundamentos teóricos explícitos o implícitos en las formulaciones del DSM-IV-TR con respecto a las disfunciones sexuales y a las parafilias y en señalar inconsistencias en la definición de estas categorías en orden de sustentar por qué merecen ser revisadas. La segunda parte desarrolla con más profundidad la tesis según la cual las variaciones de la identidad y rol sexuales que hoy tienden a ser agrupadas bajo la denominación general de *transgenerismo* deben dejar de considerarse trastornos mentales y, por lo tanto, los trastornos de la identidad de género deben excluirse de las clasificaciones psiquiátricas.

El análisis de las definiciones y conceptos explícitos o supuestos en el manual se realiza sin perder de vista

que existe una tendencia a sobredimensionar la prevalencia de disfunciones sexuales y a medicalizar la sexualidad, en particular la sexualidad femenina, con el propósito de comercializarla, política que ha generado un movimiento de resistencia en un sector cada vez más amplio de la comunidad sexológica (7, 8). Sin embargo, a diferencia de los autores que no sólo critican el modelo de la Respuesta Sexual Humana, sino que apoyados en el enfoque del constructivismo social se resisten a emplear cualquier modelo que facilite una mejor comprensión de la sexualidad humana y sus problemas, pues consideran que no es posible establecer un criterio universal de “normalidad”, aquí se plantea que el compartir las críticas a la sexualidad como mercancía y a los modelos reduccionistas de la sexualidad no excluye la posibilidad de desarrollar constructos teóricos que permitan avanzar en el desarrollo de enfoques terapéuticos y en la investigación sexológica rigurosa y sistemática.

Por esta razón, se presenta a continuación el modelo elaborado por Heli Alzate, uno de los pioneros de la sexología en Latinoamérica, como una alternativa a los modelos de Masters y Johnson y Helen Kaplan (9).³ El modelo de Alzate parte de la premisa fundamental de considerar lo *erótico* como núcleo fundamental de la sexualidad humana, y de aceptar, por tanto, la búsqueda y el ejercicio consciente y responsable del placer sexual como actividades saludables del ser humano, sin sujeción a la función reproductora o a la exigencia de ligar necesariamente la experiencia sexual a un vínculo amoroso (9, 10, 11).

La función erótica y los problemas sexuales

El DSM-IV-TR clasifica a su vez las disfunciones sexuales básicamente en tres subgrupos: *trastornos del*

¹Las mismas cuatro fases de la respuesta sexual humana (excitación, meseta, orgasmo y resolución) fueron descritas por Albert Moll a comienzos del siglo XX en su obra *La vida sexual del niño*. Moll las describió en términos que podríamos traducir como: *despertar de la voluptuosidad, equilibrio de la sensación voluptuosa, climax de la voluptuosidad y declinamiento inmediato* (Moll, 1912 pp. 22-3; Useche, 1997).

²Desde una perspectiva clínica, Kaplan modificó el modelo inicial de Masters y Johnson introduciendo la fase de deseo y eliminando las fases de meseta y resolución, lo que permitió el estudio sistemático de los problemas sexuales en el contexto del modelo: deseo – excitación – orgasmo.

³Implícito en la discusión sobre si es posible desarrollar un modelo que provea un marco de referencia al estudio de la sexualidad humana se encuentra el problema epistemológico que ha alimentado la controversia entre el “esencialismo” y el “construccionismo social” o entre el “positivismo” y el “posmodernismo”. El debate gira en torno al viejo problema filosófico de las relaciones entre el ser y el pensar, la realidad y el conocimiento, lo universal y lo particular, la naturaleza y la sociedad. Desgraciadamente, por razones de espacio apenas podremos referirnos a esta discusión epistemológica muy brevemente en la segunda parte de este artículo.

⁴El DSM-IV-TR incluye también otras dos categorías: “Trastornos sexuales asociados con el dolor (vaginismo y dispareunia)” y “Disfunciones sexuales debidas a una condición médica general”, las cuales no son relevantes para la presente discusión.

deseo, trastornos de la excitación y trastornos orgásmicos,⁴ adoptando de manera explícita un modelo que integra las fases descritas por Helen Kaplan con las fases de la Respuesta Sexual Humana propuestas por Masters y Johnson. Visto desde una perspectiva histórica, el trabajo de estos investigadores norteamericanos constituyó una contribución al conocimiento de la fisiología sexual y a la terapia sexual; no obstante, desde un primer momento, especialmente desde las filas del movimiento feminista, se señalaron sus limitaciones.

El hecho de focalizar la atención en aspectos meramente somáticos y la consecuente omisión de componentes claves de la experiencia sexual como son los relacionales, las percepciones subjetivas y el contexto socioeconómico y cultural originó que sexólogos como Heli Alzate (9) y Leonor Tiefer (12, 13) criticaran el modelo de la Respuesta Sexual Humana por su “reduccionismo biológico” (9, 12, 13).

Aunque se observa en los autores del DSM-IV-TR cierto esfuerzo por darle mayor importancia a los aspectos subjetivos, el reduccionismo biológico persiste en la actual edición del manual de diagnóstico de la APA. Así, por ejemplo, el criterio para definir un trastorno de la excitación sexual en las mujeres es “la incapacidad persistente o recurrente para alcanzar o mantener hasta el término de la actividad sexual una adecuada respuesta de vaso congestión y lubricación”⁵ (código 302.72).

Este tipo de definiciones, que se limitan a respuestas somático-periféricas aisladas que no incluyen siquiera los factores subjetivos propios de la experiencia sexual humana ni los aspectos relacionales que típicamente hacen parte de las “relaciones sexuales”, mucho menos el contexto socioeconómico y cultural, se han criticado desde dos posiciones diferentes: la de los investigadores que proponen modificaciones parciales al modelo de la Respuesta Sexual Humana descrito en el DSM con el objeto de crear nuevas categorías diagnósticas (14-17); y la posición de quienes rechazan en su totalidad los modelos de Masters y Johnson y de Helen Kaplan, por centrarse únicamente en lo biológico, por el desconocimiento de las particularidades de la sexualidad femenina y por su origen en un modelo médico más interesado en “patologizar” y comercializar la sexualidad que en explicar su complejidad y sus determinantes sociales (7).

Los primeros, entre quienes se destaca la psiquiatra canadiense Rosemary Basson, plantean, por ejemplo,

que se deben reclasificar las disfunciones excitatorias femeninas en dos subtipos: genitales y subjetivas (18). El problema con este enfoque reside, como correctamente ha señalado Leonor Tiefer, en que los investigadores que actualmente formulan nuevas categorías diagnósticas son financiados por la industria farmacéutica y estos estudios se realizan expresamente con el objeto de crear nuevas disfunciones sexuales femeninas que permitan abrir un mercado para la comercialización masiva de medicamentos y procedimientos médicos (1, 7, 8, 19-21). La respuesta de los académicos que colaboran con sus estudios en este proceso de medicalización y comercialización de la sexualidad se ha reducido hasta ahora a la afirmación de que sin el dinero de los grandes laboratorios es imposible hacer investigación (22), argumento que simplemente acepta que el conocimiento sexológico debe coincidir y servir los intereses de las compañías que financian los estudios y demuestra el desinterés por contribuir a la salud sexual de toda la población y no únicamente de quienes pueden pagar por los productos que salgan al mercado.

Tiefer (7, 12) y sus colegas del “grupo de trabajo por una nueva visión de los problemas sexuales de las mujeres” critican el modelo de Masters y Johnson y el DSM por reducir los problemas sexuales a problemas fisiológicos, con lo que ignora las desigualdades “relacionadas con género, clase social, etnia, orientación sexual, etc”. Hacen énfasis también en que el modelo no diferencia entre la sexualidad masculina y femenina y sus problemas, y en que no existe un patrón de respuesta sexual universal que pueda ser considerado “normal”. Defienden además la necesidad de una clasificación alternativa de los problemas sexuales femeninos que parta de reconocer el papel de las fuerzas económicas y del contexto sociocultural como determinantes de la sexualidad, por lo que proponen agrupar los problemas sexuales de las mujeres en cuatro grandes grupos: 1. Problemas sexuales debidos a factores económicos, políticos o socioculturales. 2. Problemas sexuales relacionados con la pareja o la relación. 3. Problemas sexuales debidos a factores psicológicos. 4. Problemas sexuales debidos a factores médicos (7).

La crítica de Tiefer señala con certeza las serias limitaciones del modelo de la Respuesta Sexual Humana y del manual de la APA;⁶ asimismo, la nueva clasificación de los problemas sexuales femeninos defini-

⁵Las citas textuales del DSM-IV-TR en este artículo corresponden a traducciones libres al español de la versión original en inglés, por lo que seguramente no coinciden literalmente con la traducción oficial de la edición española del manual.

⁶Actualmente, la doctora Tiefer trabaja en una propuesta de revisión para ser presentada al comité correspondiente que prepara la próxima edición del manual diagnóstico de la APA.

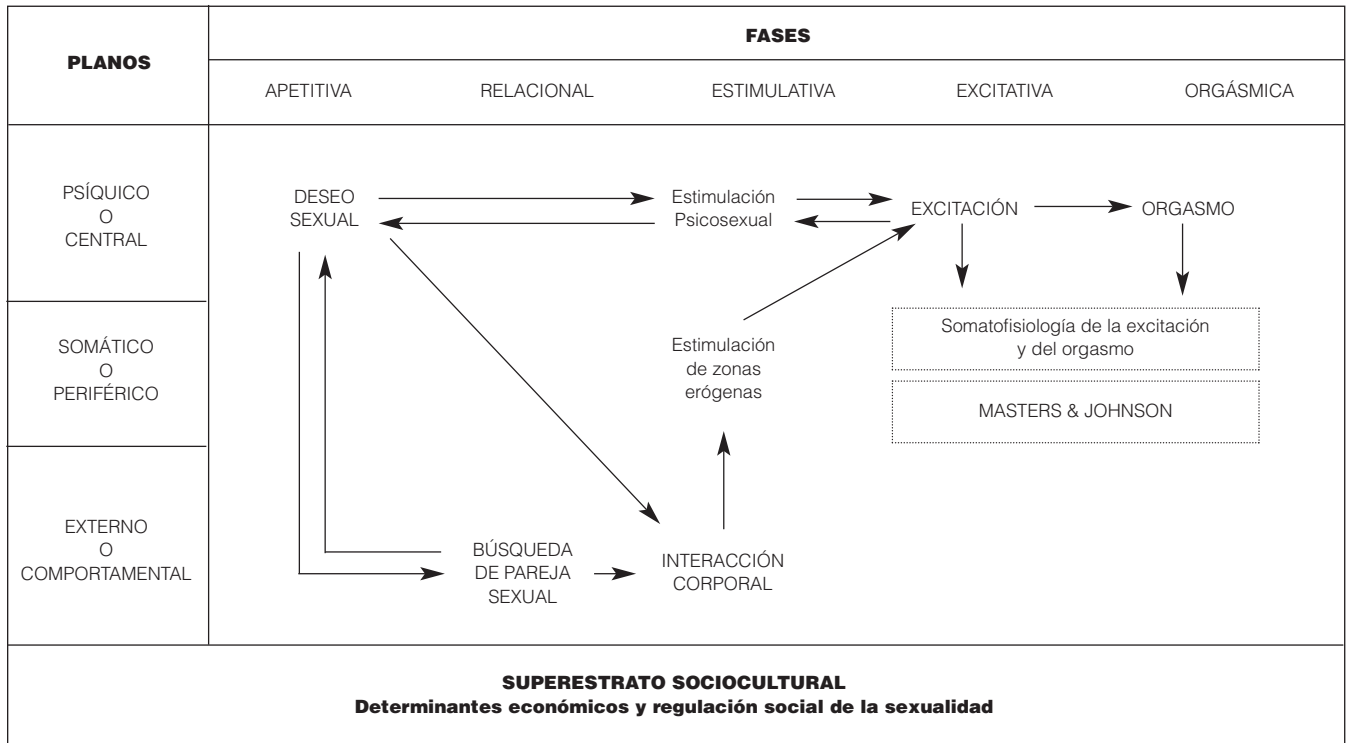


FIG. 1. La función erótica (adaptado de Alzate, 1987). Al modelo original se agrega el nivel correspondiente al superestrato sociocultural y un recuadro que permite observar con claridad la limitación del modelo de la respuesta sexual de Masters y Johnson, el cual se centra en el plano somático o periférico de la excitación y el orgasmo “en perjuicio de los aspectos psíquicos o centrales”. Estas dos adiciones son elementos también desarrollados inicialmente por Alzate, pero que no fueron incorporados expresamente a su modelo de la función sexual.

tivamente apunta a corregir la visión fisiologista y conductista responsable de mantener durante décadas el estudio de la sexualidad y los problemas sexuales alejados de su contexto social, económico y político, como si la vida sexual de las personas existiera en el vacío. El llamado a oponerse a que la sexualidad se reduzca y sirva exclusivamente a los intereses comerciales de las grandes corporaciones que producen medicamentos es ciertamente una contribución a la sexología (1).

No todos los críticos de la Respuesta Sexual Humana y del modelo trifásico de Kaplan coinciden en negar la importancia teórica y utilidad clínica de un modelo explicativo de la experiencia sexual humana. Es en este sentido en el que aquí se propone rescatar el modelo que fuera desarrollado hace 17 años por Heli Alzate (9), precisamente con el propósito de superar el “reduccionismo periférico” de los modelos de Masters y Johnson y de Helen Kaplan (Fig. 1).

El modelo de la función sexual propuesto por Heli Alzate⁷ (9) integra las diferentes fases (apetitiva, relacional, estimulativa, excitatoria y orgásmica) en sus diversos planos (psíquico o central, somático o periférico y externo o comportamental), con lo que facilita la investigación en profundidad de aspectos fisiológicos, subjetivos y comportamentales de la vivencia erótica, a la vez que favorece una aproximación clínica apropiada a la complejidad de los problemas que entorpecen su pleno disfrute (23, 24).

En primer lugar, Alzate incorporó el componente relacional que en los modelos de Kaplan y Masters y Johnson estaba ausente y obligaba a estudiar los problemas de pareja de manera superpuesta al problema sexual. En la perspectiva de Alzate, la fase relacional está definida básicamente por la búsqueda de parejas -objeto de deseo-, con el propósito de participar de actividades sexuales placenteras.⁸ El condicionamiento cultural es, sin embargo, responsable de la sobrevaloración y distorsión

⁷Alzate publicó más de 80 artículos en revistas sexológicas norteamericanas y fue miembro durante 25 años del comité editorial de los *Archives of Sexual Behavior*. Desgraciadamente, su modelo de la función sexual nunca fue aceptado para ser publicado en inglés.

⁸Excepto en el caso de la masturbación, en el cual la relación con una pareja generalmente se limita al campo de las fantasías.

del papel del enamoramiento que lleva a muchas personas a considerar que los vínculos afectivos son requisito obligado para participar en una actividad sexual, pues erróneamente creen que el amor es condición imprescindible para dignificar el erotismo. Es evidente que los problemas relacionales inciden directa o indirectamente en el desempeño sexual y en el grado de satisfacción erótica obtenida, y que, por lo tanto, se hace necesario evaluar este componente para obtener una mejor comprensión de los problemas asociados con el deseo, la estimulación/excitación o el orgasmo.

La inclusión de los planos psíquico o central, somático o periférico y externo o comportamental contribuye a resolver la posición dualista soma/psique que ha prevalecido hasta ahora en la aproximación a los problemas sexuales y, a la vez que reconoce que existe una base material (el sistema nervioso central) para los fenómenos psicológicos, acepta que el contexto socio-cultural y la experiencia individual determinan y moldean las percepciones subjetivas y las manifestaciones somáticas del deseo, la excitación y el orgasmo.

Desde el punto de vista meramente clínico, la evaluación diferencial de fases y planos facilita la definición de pautas, procedimientos y técnicas de intervención educativa o terapéutica dentro del criterio desarrollado también por Alzate según el cual la gran mayoría de los problemas sexuales son *problemas menores* originados en la ignorancia, la falta de experiencia u oportunidades y a los efectos de la asimilación individual de la erotofobia predominante en la cultura. “Los *problemas sexuales mayores* son aquellos que tienen causas más complejas, de tipo psíquico (psicosocial), somático o mixto, y requieren tratamiento especializado, aunque algunos de ellos también presentan el componente de ignorancia sexual, típico de los problemas menores” (9).

Además de definir el problema sexual como “la creencia, orientación, estado o comportamiento sexual que subjetivamente frustra o disminuye el placer específico deseado, o que tiene consecuencias síquicas o somáticas nocivas (indeseables) para el individuo, la pareja sexual o los demás” (9), Alzate consideraba que no existen “enfermedades sexuales” sino personas con problemas sexuales originados principalmente en “el condicionamiento cultural erotóforo”, “la socialización sexual de la mujer basada en el romanticismo alienante

y en el aprendizaje del maternalismo” y en el permanente conflicto entre el deseo sexual individual y la erotofobia social. Erotofobia que a su vez es responsable de que muchas personas adultas permanezcan en la ignorancia con respecto a la fisiología del erotismo, la complejidad emocional de la experiencia erótica, la particularidad del aprendizaje requerido para integrar a la vida diaria actitudes positivas con respecto al placer sexual y para desarrollar el repertorio comportamental y los criterios de ética sexual que hagan posible una vida sexual satisfactoria y saludable.

Consecuente con su planteamiento, Alzate esbozó una nueva clasificación de los *problemas sexuales mayores* de acuerdo con las fases y planos de su modelo, al mismo tiempo que insistió en la importancia fundamental de una *educación sexual positiva*, es decir, una educación con el objeto de prevenir y solucionar la inmensa cantidad de problemas sexuales menores que hacen miserable la vida sexual de buena parte de la población.

Finalmente, su concepto del terapeuta sexual como un profesional debidamente calificado, que entiende su función en términos de promover el placer sexual de las personas que consultan, contrasta con el rol médico tradicionalmente relacionado con evitar o eliminar el dolor y con la motivación meramente mercantilista de los nuevos “sexólogos”, profesionales de la medicina con actitudes negativas hacia el erotismo, las cuales son racionalizadas con el argumento de que en estos tiempos la medicalización del placer sexual es una nueva y lucrativa franja del mercado.

Parafilias y fase relacional de la Función Sexual Humana

Precisamente, en cuanto a las parafilias, la conceptualización subyacente al DSM-IV-TR está referida a la fase relacional, la cual, como se anotó anteriormente, está ausente en los criterios para definir las disfunciones sexuales. El manual de la APA se apoya implícitamente en las teorías según las cuales lo patológico de las parafilias reside en que en estas conductas se ha separado completamente el deseo sexual y la capacidad excitatoria y orgásmica del vínculo amoroso con una pareja *apropiada* para asociarse, incluso en las fantasías a “objetos no humanos”, a la “humillación de la persona misma o de su pareja sexual”. Estos

⁹John Money (26) propone una teoría en la que las distintas parafilias son interpretadas como estrategias que le permiten al individuo, condicionado por las culturas donde ha prevalecido el cristianismo, disociar el deseo prohibido y pecaminoso del amor santificado, y en consecuencia clasifica las más de 40 parafilias que se han logrado documentar en 7 grandes estratagemas: expiatorias, predatorias, mercantiles, talismánicas, estigmáticas, solicitacionales y de sustitución.

¹⁰Las cuatro fases del cortejo según Freund son: escogimiento inicial de la pareja, interacción pre-táctil (posturas, gestos, verbalizaciones), interacción táctil y contacto genital.

conceptos coinciden con la definición de John Money (25, 26), para quien una parafilia es “un trastorno del amor o de la capacidad de enamorarse”, causado por la vandalización del *mapa sexo-erótico* normal del individuo,⁹ y con la idea de Kurt Freund (27) según la cual las parafilias son esencialmente “*trastornos del cortejo*”, es decir, distorsiones de las fases normales que según este autor se suceden en el proceso normal de búsqueda de pareja sexual.¹⁰

Los comportamientos denominados parafilias ciertamente se caracterizan por incluir como objeto de deseo una pareja no socialmente aceptada o un objeto inanimado; pero, al focalizar la atención en la fase relacional de la función erótica como un elemento aislado del contexto social, se deja de lado el hecho de que la persona que presenta la parafilia probablemente ha sido objeto del condicionamiento que sobre el individuo ejerce una dinámica social cada vez más patológica que determina negativamente la libre búsqueda y encuentro de parejas sexuales “apropiadas”. Si bien puede documentarse la existencia de parafilias a lo largo de toda la historia y seguramente en muchos de estos casos hay experiencias individuales emocionalmente traumáticas que contribuyen a explicarlas, lo cierto es que la ahora llamada “sociedad de mercado” (28) ha extremado las condiciones que obstaculizan el hallar parejas sexuales en la tradición de la familia típica de períodos sociales anteriores.

En segundo lugar, el DSM-IV-TR incluye como rasgo esencial de algunas parafilias el que estas actividades sexuales se lleven a cabo “con niños o personas que no dan su consentimiento para participar en la actividad sexual”. En este punto, nadie discute que toda actividad sexual que no sea voluntaria y consensual, involucre a niños con adultos o sea lesiva para otra persona es completamente inaceptable y debe ser objeto de la acción legal apropiada. Sin embargo, la pregunta es si todas estas conductas constituyen de por sí una patología mental o si, como Thomas Szasz (29) ha argumentado, el incluir las ofensas sexuales y otros comportamientos sexuales delictivos en las clasificaciones psiquiátricas es simplemente una modalidad más de la medicalización de la sexualidad. De hecho, muchas de las parafilias pueden considerarse inofensivas y se practican voluntaria y consensualmente. Ahora la sanción legal se justifica en el caso particular de las parafilias cuya práctica puede lesionar a alguien, al igual que el tratamiento médico, psicológico o sexológico estaría indicado para aquellas parafilias que presentan un carácter exclusivo o compulsivo, aunque entendiéndose que la patología reside en la compulsividad, mas no en la práctica erótica.

Bien lo expresó Heli Alzate (9) cuando definió su concepto de normalidad sexual: “El criterio *sexológico* de normalidad, que se fundamenta en los criterios biológico y de salud mental verdaderos, establece que una conducta sexual, por muy extraña o repugnante que parezca, sólo puede ser considerada anormal, inadecuada o patológica si es *intrínsecamente nociva* para la integridad somática o síquica del individuo o de otras personas”.

Por su parte, Ullerstam (30) en su texto sobre *Las minorías eróticas* insiste en la necesidad de respetar el derecho al placer sexual que tienen las personas que presentan parafilias inofensivas, a quienes no se debe rechazar o castigar por comportamientos que satisfacen necesidades sexuales originadas en experiencias personales de las cuales no son responsables. Más recientemente y con fundamento en un riguroso estudio del DSM-IV-TR, Moser y Kleimplatz (31) han llamado a la remoción de las parafilias de las clasificaciones psiquiátricas al concluir que el concepto de parafilia es ambiguo, no describe un trastorno mental específico, ni cumple con los criterios del mismo manual para definir un trastorno mental; para estos autores, el confundir variantes inusuales de la conducta sexual con psicopatología no sólo lesiona y discrimina a quienes practican estas variantes, sino que es utilizado como argumento para “... la opresión de las minorías sexuales y para servir agendas políticas”.

Referencias

1. Tiefer L. Sexology and the pharmaceutical industry: the threat of co-optation. *J Sex Research* 2000; 37: 273-83.
2. Useche B, Cabezas AL. Sexuality in the market place. En: González G et al., editors. *Labor versus Empire. Race, Gender and Migration* York: Routledge; 2004: 71-86.
3. Masters W, Johnson V. *Human sexual response*. Boston: Little Brown; 1966.
4. Kaplan H. *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel; 1974.
5. Kaplan H. *Disorders of Sexual Desire: And Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy*. New York: Simon and Schuster; 1979.
6. DSM-IV-TR. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
7. Tiefer L. A new view of women's sexual problems: why new? Why now? *J Sex Research* 2001; 38 (2): 89-96.
8. Tiefer L. Sexual behaviour and its medicalization. Many (especially economic) forces promote medicalization. *BMJ*. 2002; 325 (7354): 45.
9. Alzate H. *Sexualidad humana*. Segunda Edición. Bogotá: Temis; 1987.
10. Zwang G. *La fonction erotique*. Paris: Robert Laffont; 1972.
11. Zwang G. *La nouvelle Fonction erotique. Manuel du sexe a l'usage des hommes et des femmes de L'an 2000 curieux de s'instruire. Ouvrage didactique, hygienique et moral*. Paris: Editions Ramsay; 1997.
12. Tiefer L. Historical, Scientific and feminist criticisms of “The human Sexual Response cycle” model. En: Bancroft, J (ed.). *Annual review of sex research*. Lake Mills, Iowa: SSSS; 1991. Volume II, p. 1-23.
13. Tiefer L, Hall M, Tabriz C. Beyond dysfunction: a new view of women's sexual problems. *Proceedings of the Female Sexual Function*. Bos-

- ton. Forum: new perspectives in the management of female sexual dysfunction, 2000, p. 49.
14. Meston CM. The psychophysiology of female sexual function. *Journal of Sex Education and Therapy* 2000; 25 (1): 6-16.
 15. Basson R. The female sexual response: A different model. *J Sex Marital Ther* 2000; 26: 51-65.
 16. Basson R. The complexities of female sexual arousal disorder: potential role of pharmacotherapy. *World J Urol* 2002; 20 (2): 119-26.
 17. Basson R. Are our definitions of women's desire, arousal and sexual pain disorders too broad and our definition of orgasmic disorder too narrow? *J Sex Marital Ther* 2002; 28 (4): 289-300.
 18. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003; 24 (4): 221-9.
 19. Billups KL. The role of mechanical devices in treating female sexual dysfunction and enhancing the female sexual response. *World J Urol* 2002; 20: 137-41.
 20. Brier B. "Sexual interest disorder". *Love Sickness. The Sunday Times Magazine* (London) September 28 2003. http://briandeer.com/sexual_disorder.htm
 21. Basson R, Berman J, Burnett A, Degrogatis L, Ferguson D, Foucroy J et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. *J Sex Marital Ther* 2001; 27 (2): 83-94.
 22. Basson R, Leiblum S. The making of a disease: female sexual dysfunction. Without industry funding little new research will be possible. *BMJ* 2003; 326: 658.
 23. Basson R, Berman J, Burnett A, Degrogatis L, Ferguson D, Foucroy J et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. *J Sex Marital Ther* 2001; 27 (2): 83-94.
 24. Useche B. An integrative model of the erotic function. En: XVth World Congreso of Sexology. Abstracts Book. P. 238. Paris. June 24-28, 2001. <http://www.worldsexology.org/v1/U.pdf>
 25. Useche B. El examen sexológico en las disfunciones excitatorias y orgásmicas femeninas. *Revista Terapia Sexual. Clínica-Pesquisa e aspectos psicossociais* 2001; IV (1): 115-31.
 26. Money J, Lamacz M. *Vandalized lovemaps: paraphilic outcome of seven cases in pediatric sexology*. Buffalo: Prometheus Books; 1989.
 27. Money J. *Lovemaps: clinical concepts of sexual/erotic health and pathology, paraphilia, and gender transposition in childhood, adolescence and maturity*. Buffalo: Prometheus Books; 1988.
 28. Slater D, Tonkiss F. *Market societ: markets and modern social theory*. Cambridge, UK: Polity Press; 2001.
 29. Szasz T. *The myth of mental illness*. New York: Hoeber-Harper; 1961.
 30. Ullerstarm L. *Las minorías eróticas*. México: Grijalbo; 1967.
 31. Moser C, Kleinplatz PJ. *DSM-IV-TR and the Paraphilias: An Argument for Removal*. Paper presented on May 19, 2003 at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, 2003. <http://home.netcom.com/~docx2/mk.htm>