
This is the **published version** of the article:

Ponce López, Paula; Balltondre Pla, Mònica , dir. La medicalització del disorganyament sexual femení : una anàlisi nosològica del DSM-5. 2021. 34 pag. (1485 Grau en Psicologia)

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/250764>

under the terms of the  license

La medicalització del desig sexual femení:

Una anàlisi nosològica del DSM-5

Paula Ponce López

Treball de Fi de Grau
Tutora: Mònica Balltandre Pla
Facultat de Psicologia
6 de maig de 2021

Agraïments

Al meu pare, per ser un referent acadèmic.

A la meva mare, per ser un referent de rigor i perseverança.

A l'Alèxia, per la incondicionalitat.

A la Mònica, per l'acompanyament amable i la disponibilitat.

Resum: Les “disfuncions sexuals femenines” han experimentat nombroses redefinicions a conseqüència que disciplines científiques com la psicologia s’han encarregat de construir coneixement que delimita la sexualitat normal/sana de la que és patològica. Aquesta revisió bibliogràfica es basa en l’anàlisi qualitativa de literatura acadèmica de diferents disciplines per desgranar els criteris diagnòstics de les “disfuncions sexuals femenines” relacionades amb el desig, especialment aquelles recollides al DSM-5. Aquesta anàlisi s’emmarca en el construccionisme social i s’inspira en el “Women’s Health Movement” dels anys 70-80 als EUA, ja que busca recuperar els cossos i les experiències sexuals femenines dels discursos mèdics que promouen coneixement androcèntric i sexista. La principal conclusió del treball és que els criteris diagnòstics de les “disfuncions sexuals femenines” reflecteixen els mandats de gènere i les expectatives socials de feminitat. Són un dispositiu de poder de normalització i regulació dels cossos i del desig femení que sovint serveixen com a base per a la medicalització de la falta de desig sexual i podrien respondre als interessos de la indústria farmacèutica.

Paraules clau: disfuncions sexuals femenines, sexualitat, desig sexual, socioconstruccionisme, medicalització, DSM-5.

Abstract: Female sexual dysfunctions (FSD) have experienced numerous conceptual changes as a result of the delimitation of normal and pathological sexuality by scientific disciplines such as psychology. A review of qualitative academic literature on FSD has been conducted in order to shed light upon the gendered conceptualisation of sexuality underlying the criteria of these ‘disorders’, especially those contained in the DSM-5. The present analysis is embedded in the contextual framework of social constructionism and it is also inspired by the Women’s Health Movement that took place between the 70s and the 80s in the USA, as it aims to take back women’s bodies and (sexual) experiences from the medical institutions that frame and promote knowledge configured by sexism and androcentrism. The main conclusion of this revision is that the diagnostic criteria for FSDs reflect gender norms and social expectations of femininity on women. They are a regulatory mechanism that exerts power to establish and promote a ‘sexual normality’ upon women’s bodies and sexual experiences, and serve as a basis to medicalise the lack of sexual desire in women according to the interests of pharmaceutical corporations.

Keywords: Female sexual dysfunctions, FSD, sexuality, sexual desire, social constructionism, medicalization, DSM-5

Taula de continguts

1. Introducció i justificació	4
1.1. Rellevància del tema	5
1.2. Objectius.....	5
1.2.1. Objectius generals:.....	5
1.2.2. Objectius específics:	5
2. Metodologia del treball	6
2.1. Consideracions ètiques.....	6
3. Procediment.....	7
4. La medicalització del desig.....	8
4.1. La construcció social de la sexualitat.....	8
4.2. Recorregut sociohistòric de les disfuncions sexuals femenines.....	11
4.3. DSM-5	15
4.4. Medicalització	22
5. Conclusions i discussió	24
6. Referències	26

1. Introducció i justificació

En tant que la sexualitat és una construcció social, la manera d'entendre aquesta àrea de l'experiència humana s'ha vist modificada al llarg de la història en funció dels contextos socials, polítics, econòmics i religiosos que l'han anat configurant (Barriga, 2013). Les diferents disciplines científiques s'han encarregat de produir coneixement sobre què és i com és la sexualitat humana i, alhora que es construïa aquest coneixement, es delimitava què *no* és o què no hauria de formar part de la sexualitat.

Per tant, podem dir que les ciències produeixen determinats processos de subjectivació, generant models normatius que impliquen la marginalització de tot el que no respon a aquesta normalitat (Miglioranza, 2018). En aquest cas, alhora que es descriuen els elements que configuren la sexualitat normal, es patologitzen aquells que surten dels paràmetres establerts, donant lloc a les disfuncions o als trastorns sexuals. Així, el coneixement científic té un poder important sobre com les persones es relacionen amb els seus cossos, comportaments i desitjos; té conseqüències biopolítiques, experiencials i psicorelacional (Spurgas, 2013).

Per aquest motiu és essencial que les professionals de la psicologia es preguntin com s'han construït els criteris que condueixen a emetre els diagnòstics i quines conseqüències poden tenir aquests sobre els cossos i les vides de les persones diagnosticades. Cal preguntar-se quines expectatives socials/culturals, relacions de poder i eixos d'opressió entren en joc en la configuració d'aquestes categories nosològiques per tal d'exercir una pràctica clínica ètica i amb perspectiva de gènere.

En aquest treball estudio les “disfuncions sexuals femenines”, concretament els “trastorns” relacionats amb el desig, i investigo la influència dels mandats de gènere i la perspectiva biomèdica de la sexualitat en les definicions d'aquests trastorns i la consegüent medicalització. Pretenc aportar una mirada crítica a aquestes categories per comprendre el seu rol de control de la sexualitat femenina al servei de la normalització dels cossos i les experiències sexuals.

Per acabar aquest apartat, considero rellevant abordar el propi terme “**disfunció sexual femenina**” (FSD, *female sexual dysfunction*). El motiu d'emmarcar-lo entre cometes al llarg del treball és doble. En primer lloc, perquè a la literatura científica s'utilitza cada cop més com a terme general per referir-se a qualsevol problema amb el cicle de resposta sexual femení i em serveix per anomenar el conjunt de “disfuncions” difuses, ambigües i canviants que prenen formes diferents al llarg dels segles. En segon lloc, per reivindicar la meua postura escèptica sobre la validesa i la utilitat d'aquest terme –postura que configura l'eix vertebral d'aquest treball–, tant en l'àmbit clínic com en la comprensió de les vivències personals de les dones a qui se'ls diagnostica una “disfunció sexual”.

1.1. Rellevància del tema

Com a professionals de la salut, les psicòlogues tenim un coneixement que comporta un cert poder i responsabilitat sobre les vides de les persones a qui atenem. Especialment, en l'àmbit clínic, el "diagnòstic" és un dispositiu de poder important que dictamina quins comportaments són normals i quins patològics, alhora que, a nivell individual, pot afectar la vida de la persona qui el rep (Rosenberg, 2002).

En tant que el coneixement sobre les disfuncions sexuals és socialment construït dins d'un context cis-heteropatriarcal, és essencial aportar una nova mirada amb perspectiva de gènere a com s'han configurat les disfuncions sexuals per tal de problematitzar les categories que patologitzen aquelles conductes que se surten de la norma. Aquesta mirada pot ser una aportació rellevant de cara a intentar desprendre la concepció de la sexualitat de les expectatives socials i els mandats de gènere. Desacreditar aquestes categories pot implicar que les persones es puguin relacionar d'una forma més sana i lliure sense el perill de patir les conseqüències psicològiques negatives derivades de rebre un diagnòstic que poc té a veure amb la salut mental i que essencialment indicaria "no encaixes en la norma".

1.2. Objectius

L'objectiu principal d'aquesta revisió és investigar com les categories diagnòstiques de les "disfuncions sexuals femenines" relacionades amb el **desig** promouen la medicalització d'aquesta i reproduïxen concepcions androcèntriques i sexistes.

1.2.1. Objectius generals:

- Identificar els canvis socials i contextuais que han donat forma als actuals criteris diagnòstics de la disfunció sexual femenina.
- Comprendre i analitzar el **gènere** com a eix d'opressió que travessa el fenomen de medicalització de les disfuncions sexuals femenines relacionades amb el desig.
- Desgranar i examinar el procés de medicalització de la manca de desig sexual femení per comprendre el seu paper regulador i de control de la sexualitat heteronormativa.

1.2.2. Objectius específics:

- Analitzar les implicacions del canvi de la categoria **Trastorn del desig hipoactiu femení** (HSDD) (DSM-IV-TR) a **Trastorn de l'interès/excitació sexual femení** (DSM-5) en la conceptualització del desig sexual femení.
- Identificar els axiomes i supòsits de la **Teoria radical del sexe** de Rubin (1989) en el llenguatge dels criteris diagnòstics dels "trastorns" relacionats amb el desig del DMS-5.

2. Metodologia del treball

En ser un treball de revisió bibliogràfica, la metodologia serà principalment la revisió de literatura acadèmica. Aquesta consisteix en articles i llibres escrits per professionals de la psicologia, la sociologia, l'antropologia i la medicina, i es troben publicats en diversos contextos: revistes acadèmiques, bases de dades científiques, manuals universitaris, etc.

Per arribar a aquestes fonts s'ha seguit un procés concret per garantir la seva qualitat i fiabilitat. En primer lloc, la cerca ha partit de buscadors específics que connecten a l'usuari amb literatura acadèmica i científica revisada, com Google Scholar, Mendeley o Pubmed. Alguns dels termes clau per a la cerca han estat: disfunció sexual femenina, medicalització de la disfunció sexual femenina, criteris DSM-IV o DSM-5 per a les disfuncions sexuals, aproximació psicosocial o feminista a la sexualitat femenina, aproximació biomèdica dels trastorns sexuals, etc.

2.1. Consideracions ètiques

És important consultar fonts que ofereixin opinions diferents de les pròpies, ja que cal evitar el fenomen *cambrà d'eco*. Això vol dir evitar exposar-se únicament a informació que amplifica i reforça el propi sistema de creences, desatenent de forma deliberada informació que pugui contradir la que es considera vertadera *a priori*.

Una altra consideració ètica especialment rellevant per aquesta temàtica és la de revisar les pròpies concepcions sobre el gènere. És important no restringir tot el treball a les vivències de les dones cisnormatives, i donar veu a altres identitats que es puguin veure afectades pel fenomen exposat. Per això, també serà necessari criticar aquelles fonts amb un discurs poc inclusiu o amb un llenguatge sexe/gènere únicament binari.

Finalment, si bé aquest treball s'ocupa de deconstruir i posar en dubte les actuals categories diagnòstiques de les "disfuncions sexuals femenines" relacionades amb el desig i la seva consegüent medicalització, cal dir que no és un intent d'invalidar cap experiència individual. Sovint, aquestes categories serveixen el propòsit d'identificar les experiències de frustració, malestar i manca de desig de moltes dones i, alhora, des d'un punt de vista mèdic, aquestes etiquetes els ofereixen la base des d'on sol·licitar ajuda i recursos per a millorar la seva qualitat de vida en l'esfera sexoafectiva. Les reflexions i crítiques que proposo en aquest treball no pretenen comunicar que les experiències de desig inhibid o de falta de plaer són inventades o que aquestes persones estan cegament enganyades. Aquestes experiències són vàlides i comparteixo l'opinió de Cryle i Moore (2011) que "The right to greater pleasure is as much a potential feminist demand as the right for one's desire to be understood on its own terms." (p. 4).

3. Procediment

En el mètode d'anàlisi qualitatiu, les etapes no segueixen un esquema seqüencial, sinó que més aviat segueixen una aproximació successiva o “**esquema en espiral**” que obliga a retrocedir diverses vegades en les dades per incorporar nova informació fins a donar forma a una teoria concloent. L'enfocament proposat per Taylor-Bogdan, basat en 3 moments (descobriment, codificació i relativització)¹ exemplifica el procediment que ha seguit aquest treball per a la localització, anàlisi i integració de la informació (Amezcuia i Gálvez Toro, 2002).

Per altra banda, aquest treball s'emmarca en una teoria psicològica del coneixement concreta: el **construccionisme social**. Per tant, parteix de la idea postmoderna que la realitat és construïda i que “es el lenguaje el que posibilita la coconstrucción de acciones conjuntas entre quienes comparten contextos específicos” (Agudelo Bedoya i Estrada Arango, 2013, p.365).

Rodriguez Villamil (2008, citat a Agudelo Bedoya i Estrada Arango, 2013, p.365) ho diferencia del constructivisme –que segueix immers en la tradició individualista occidental– explicant que per als construccionistes

Todo lo que tenga que ver con el conocimiento, [...] debe tener un sentido social de transformación y de cambios [...]. Debe tener, desde la práctica, repercusiones axiológicas, que involucren emociones, acciones y por supuesto valores personales y sociales. No se trata de construir conocimiento intrapsíquico o interpsíquico, es necesario construir conocimiento por el otro y para el otro, para beneficios de la comunidad y no sólo para beneficios individuales.

Finalment, aquest treball s'inspira en el *Women's Health Movement* dels anys 70 i 80 als EUA, un moviment d'alliberament, però també de resistència epistemològica que buscava recuperar els cossos i les experiències (sexuals) femenines dels discursos mèdics que promouien coneixement androcèntric i sexista. És rellevant comprendre que “the various manifestations of ignorance and how they intersect with power requires attention to the permutations of ignorance in its different contexts” (Tuana, 2006).

Així, aquest treball també busca recuperar les experiències de desig dels discursos mèdics que segueixen reflectint els mandats de gènere i concepcions sexistes de les experiències sexuals i els cossos. L'anàlisi del llenguatge emprat en els criteris d'aquests “trastorns” aporta una base per a identificar manifestacions d'ignorància (o de coneixement que s'ha ignorat deliberadament) i com aquestes reproduïxen relacions de poder i estereotips de gènere.

¹ Per a més informació sobre aquest enfocament d'anàlisi qualitativa vegeu Amezcuia i Gálvez Toro (2002).

4. La medicalització del disig

L'estudi de la medicalització del disig requereix ser abordat des de diferents vessants, ja que implica una dansa d'agències delicada, i cal tenir presents les característiques del context social, històric i polític per a poder arribar a comprendre les complexitats del fenomen. Per això, s'han identificat quatre temàtiques que s'indagaran de forma independent per acabar d'integrar-les a la conclusió del treball. Aquestes són: la *construcció social de la sexualitat*, el *recorregut sociohistòric de les "disfuncions sexuals femenines"*, el *DSM-5*, i la *medicalització de les "disfuncions sexuals"*.

4.1. La construcció social de la sexualitat

"La sexualidad no es sólo instinto natural sino, sobre todo, producto cultural." (Barriga, 2013, p.108)

Si es fa una anàlisi històrica de la sexualitat humana, es pot veure que, al llarg dels segles, les conductes, preferències, prohibicions i, en general, la manera d'entendre l'esfera sexual i afectiva de la vida, va canviant i es modela en funció de les circumstàncies socials, culturals i polítiques. Presento un recorregut històric més exhaustiu a l'apartat següent, però a manera d'exemplificar aquesta idea, prenem el popular cas del matrimoni homosexual. Pels romans, el matrimoni homosexual entre dos homes o dues dones de classe alta era legal (Barriga, 2013), mentre que, durant els segles XVIII i XIX, amb l'hegemonia del cristianisme, la definició de sexualitat normal inclou únicament les relacions heterosexuals, delimitant la resta de preferències i pràctiques com a desviacions i pecats (Gamboa-Barboza, 2006).

Aquests fets exemplifiquen la naturalesa canviant de la sexualitat humana, així com la de les disfuncions o desviacions que es defineixen en delimitar la normalitat sexual. Però parlar de canvis històrics i culturals resulta vague i borrós, ja que els agents encarregats de construir aquestes concepcions de la sexualitat i les disfuncions, així com els axiomes i supòsits que envolten el pensament sobre la sexualitat, són identificables.

Rubin (1989), a la seva **Teoria radical de la sexualitat**, proposa l'existència d'alguns axiomes subjacents al pensament al voltant de la sexualitat. Segons l'antropòloga, aquests supòsits estan fortament arrelats al saber popular de les cultures occidentals i rarament es qüestionen. Entre ells, l'**essencialisme sexual** consisteix en la idea que el sexe és una força natural que és anterior a la vida social i "considera al sexo como algo eternamente inmutable, asocial y transhistórico." (Rubin, 1989, p.13). L'estudi acadèmic de la sexualitat des de disciplines com la medicina, la psiquiatria i la psicologia han reproduït aquest supòsit, ja que s'entén la sexualitat com a una propietat intrínseca a l'individu i que se sustenta principalment en una base biològica (les hormones, el cervell, etc.) i cognitiva (la psique), desatenent determinants socials i factor sociohistòrics.

Foucault, a l'obra *Història de la sexualitat*, argumenta que “los deseos no son entidades biológicas preexistentes, sino que, más bien, se constituyen en el curso de prácticas sociales históricamente determinadas” (citat a Rubin, 1989, p.14). Tanmateix, aquesta perspectiva no nega la necessitat de certes condicions biològiques per a l'existència de la sexualitat humana, sinó que argumenta que resulta reduccionista intentar explicar les complexitats de la sexualitat únicament en termes biològics.

Per altra banda, la **negativitat sexual** és la visió negativa, perillosa i pecaminosa de la sexualitat, un pensament igualment arrelat al saber popular que forma part del llegat cultural que el catolicisme deixa a l'Europa occidental. La **fal·làcia de l'escala extraviada** és un corol·lari de la negativitat sexual i consisteix en la valoració excessiva del sexe i les seves conseqüències. Serien exemples d'això les condemnes desmesurades per la realització d'actes considerats immorals, com la penetració anal com a motiu d'execució durant gran part de la història europea i americana, o l'actual condemna de presó per la sodomia en alguns estats (Gamboa-Barboza, 2006).

Un altre axioma, la **valoració jeràrquica dels actes sexuals**, els classifica de més a menys moralment correctes, creant un fort estigma clarament influenciat per les tradicions religioses occidentals. Al damunt d'aquesta escala trobaríem els actes heterosexuals entre parelles casades amb finalitat reproductora. A continuació les persones heterosexuals no casades, les parelles estables homosexuals i, arribant cap a les posicions més baixes trobaríem homosexuals promiscues. Finalment, les “castes sexuals” més menyspreades: transsexuals, transvestides, fetitxistes, sadomasoquistes, i treballadores sexuals.

Els individus situats a dalt de la jerarquia gaudirien de “reconocimiento de salud mental, respetabilidad, legalidad, movilidad física y social, apoyo institucional y beneficios materiales” (Rubin, 1989, p.18), mentre que les persones de les posicions inferiors serien identificades com a perverses o fins i tot malaltes mentals. L'autora de la teoria remarca que el DSM és un mapa de la jerarquia moral actual de les activitats sexuals.

Aquesta reflexió ens porta al següent axioma: la **teoria del dominó del perill sexual**, que “patrocina la necesidad de establecer límites entre la sexualidad sana y la enferma, sosteniendo que de lo contrario se darían consecuencias dañinas” (Gamboa-Barboza, 2006, p.249). Aquí, també podem observar la superposició amb la fal·làcia de l'escala extraviada, ja que se sobrevaloren les conseqüències perilloses.

Finalment, l'**absència d'un concepte de varietat sexual benigna** és la idea que hi ha una manera correcta de practicar sexe, que desterra la resta de conductes i desitjos al territori de l'immoral o anormal. La sexualitat normal/ moral seria heterosexual, monògama, procreadora i no comercial, mentre que la sexualitat antinatural/ immoral seria homosexual, no monògama, no procreadora i comercial (Rubin, 1989; Gamboa-Barboza, 2006).

Aquests pensaments i supòsits al voltant de la sexualitat clarament condueixen a la definició esbiaixada i discriminatòria de les “disfuncions sexuals” i permeten que disciplines científiques i professionals de la salut segueixin identificant algunes conductes sexuals com a equivocades, anormals o com a signes de patologia mental. Gamboa-Barboza (2006) identifica que: (...) La psiquiatria, con la participación de la psicología (...), ha tenido la función de regular el comportamiento sexual mediante (...) el diagnóstico y la medicación de aquellas identidades, deseos, fantasías y prácticas sexuales que están fuera de una “sexualidad saludable” (p. 245).

Tanmateix, no es limita a assenyalar aquestes disciplines sinó que, anant més enllà, emfatitza el paper dels individus, en tant que totes contribuïm al manteniment d'aquest coneixement a través de naturalitzar-lo i no qüestionar-lo. Sense ser una acusació, aquesta idea remarca la perspectiva del socioconstruccionisme del coneixement, ja que la definició de sexualitat normal, i la consegüent delimitació de les disfuncions, és un procés construït i mantingut col·lectivament.

Però no es pot perdre de vista que aquesta contribució no és precisament equitativa. Bourdieu (1995, citat a Gamboa-Barboza, 2006), explica que el poder simbòlic consisteix en el fet que qui escolta legitima a qui parla, i que aquesta legitimació està fonamentada en la violència simbòlica. Defineix aquesta violència com a una imposició d'una interpretació de la realitat única, vertadera i normal que és acceptada per qui la rep. Alhora, qui la rep contribueix al seu manteniment, perquè aquesta forma part de la seva estructura mental.

Aquest procés no és fàcil de percebre i es dona en la interacció entre certs agents amb més poder i subjectes que reben i accepten aquest marc d'interpretació. Però, a més a més, hi ha processos més explícits que no s'han de perdre de vista, com per exemple certes institucions que voluntàriament promouen aquestes idees, ocultant informació i sabers alternatius amb finalitats qüestionables (ex: lucratives), com ha passat amb algunes corporacions farmacèutiques. En aquest cas, podem observar un procés actiu de redefinir les “disfuncions sexuals” en els manuals diagnòstics per tal que encaixin amb el tractament que es pretén comercialitzar (Fishman, 2004; Rohden, 2010; Gonzalez-Garcia, 2015; Meixel, Yanchar i Fugh-Berman, 2015; García-Dauder i Pérez Sedeño, 2017).

Fins aquí, l'exposició de la construcció social de la sexualitat exemplifica la seva naturalesa canviant i depenent del context. També desemmascara els supòsits subjacents i el coneixement no qüestionat i esbiaixat que les conforma. Tot això, justifica la revisió de les categories diagnòstiques que es fan servir actualment perquè, en tant que estan influenciades pels axiomes exposats, certament perpetuen relacions de poder i discriminacions que cal problematitzar. Però abans d'indagar en aquestes nosologies, presento un breu recorregut sociohistòric de les “disfuncions sexuals femenines”.

4.2. Recorregut sociohistòric de les disfuncions sexuals femenines

Del segle XIII al XVII

Encara que els segles XIX i XX són els de major importància per a la història de les “disfuncions sexuals femenines”, és rellevant mencionar les primeres discussions de la frigidesa i la impotència en un període ampli que va del segle XIII al XVII. A inicis d'aquest període, trobem que als textos de dret canònic –les normes jurídiques dictades per l'autoritat eclesiàstica–, la **frigidesa** i la **impotència** s'entenien com a impediments per la consagració del matrimoni. Com que l'objectiu d'aquest era la procreació, i el divorci no era una possibilitat en primer terme, aquests obstacles requerien atenció legal. Així, els canonistes dictaven que certes circumstàncies relacionades amb l'impediment del coit justificaven l'anul·lament del matrimoni (Cryle i Moore, 2011).

En l'elaboració de la definició de frigidesa destaquen el Jesuïta espanyol Tomás Sánchez i el doctor italià Paolo Zacchia, qui distingien entre la impotència que impedeix el coit (*impotentia coeundi*) i la que impedeix la procreació (*impotentia generandi*). Analitzant la primera, trobem una important asimetria de gènere, ja que per a les dones l'impediment era físic –un canal vaginal estret que impedeix la penetració o “*narrowness*”–, i no tenia a veure amb la “fredor” o falta de passió. Les seves emocions i temperament no rebien atenció per part del dret canònic perquè no impediien la reproducció. En canvi, es necessitava la “calor” o “impuls” de l'home per mantenir una erecció i ejacular (Cryle i Moore, 2011).

Més endavant, Zacchia va parlar de la “llavor femenina”, no com a una intuïció de la biologia reproductiva, sinó com una forma de destacar el paper actiu de la dona en el coit i la reproducció. Zacchia pensava que aquesta “llavor” també es generava a través del plaer i que, per tant, aquest també era necessari per a procrear (Cryle i Moore, 2011).

Aquest va ser un moment important en la genealogia de la frigidesa. Quan la *impotentia coeundi* s'entenia com un impediment únicament físic, es referia a una incapacitat. En canvi, quan s'identifica el “potencial sexual” de les dones –ja no són simples contenidors receptors d'esperma– la frigidesa passa a ser la font del problema. Si existeix la *potentia* femenina, és a dir, la capacitat de desitjar, és possible definir una “malaltia” que implica la falta de desig. En altres paraules: “female impotence could only appear, where there was an expectation of female potency” (Cryle i Moore, 2011, p. 32).

Recollint els fets anteriors, veiem que la concepció legal i mèdicament problemàtica de la falta de desig neix a l'Europa occidental al segle XIII i s'estén fins al segle XVII amb les elaborades redefinicions dels escrits de Zacchia. Després, no es troben reformulacions ni mencions rellevants a la frigidesa entre els anys 1660-1780, i per tant resulta més adient endinsar-se al període que comprèn del segle XIX cap endavant.

Segle XIX

Des de finals del segle XVIII, els termes de “frigidesa” i “impotència” segueixen experimentant modificacions conceptuals. Els principals canvis van ser: la feminització del terme “frigidesa”, la seva patologització, i la ubicació en el domini de la ment.

A principis de segle, encara persistia la idea del dret canònic que la “fredor” en homes era més important i urgent, ja que “The effect is not equal in society and marriage, for the woman can always receive, unless her sexual organs are misshapen” (Virey, 1812-22 citat a Cryle i Moore, 2011, p.42). Alhora que deixava de banda el plaer femení per la seva poca importància social, Virey va definir els seus símptomes visibles com a característiques marcadament femenines: cabell clar, pell blanca, manca de pèl corporal, ser menuda, flàccida i suau (Cryle i Moore, 2011), contribuint així a la seva **feminització**.

Tanmateix, a finals de segle, ja no es descrivia amb qualitats femenines, sinó que les alteracions del desig i el plaer eren més probables quan la diferenciació de gènere era poc concreta. Per això, els casos “d'hermafroditisme” es van convertir en el locus de la frigidesa (Cryle i Moore, 2011). Que les característiques de l'anafrodísia ja no fossin femenines no vol dir que aquest concepte contribuís menys a la delimitació de la feminitat. En canvi, promovia l'adherència de les dones a la feminitat, ja que sortir d'aquesta implicaria patologia.

Una altra aportació interessant és la de Roubaud, qui va dedicar gran part de la seva obra a consolidar el concepte mèdic “impotència femenina”. Primerament, estableix una noció positiva de potència femenina en la copulació i, a continuació, descriu la impotència com la seva absència. Posteriorment, declara que “(...) the absence in the woman of one or more prerequisites for normal coitus constitutes a morbid or pathological condition” (Roubaud, 1855 citat a Cryle i Moore, 2011, p.53). D'aquí se'n deriva una conseqüència destacable: a les dones se'ls havia conferit un espai important en el discurs mèdic sobre la impotència, consolidant així la **patologització** de la manca de desig sexual.

Finalment, un canvi fonamental per la genealogia de la frigidesa és que deixa d'entendre's com un impediment físic i passa al domini de la **ment** i el **temperament** o, com trobem a la literatura mèdica del segle XIX, s'ubica a la dimensió “moral” de la medicina. Garnier separa el tàndem “físic-moral” per acabar de redefinir diferents tipus d'impotència: “One is physical and entirely local; the other is general. The causes of the latter often exist in the brain, in the imagination” (Garnier, 1880 citat a Cryle i Moore, p. 61). Cal tenir en compte que, en confinar-se a l'espai “moral” o psíquic, la frigidesa femenina era un objectiu molt explotable amb el sorgiment de la sexologia i el psicoanàlisi, com veurem a continuació.

Per tant, al llarg d'aquest segle la reconfiguració de les disfuncions sexuals femenines fan que la frigidesa esdevingui una patologia centrada en aspectes temperamentals i

essencialment femenina. A partir d'aquí, les àrees de coneixement mèdic s'havien diferenciat definitivament en **impotència masculina** i **frigidesa femenina**.

Segle XX

A la primera dècada del segle XX, es considerava que la frigidesa estava enormement estesa a les societats occidentals i que, per tant, la teràpia suposava una urgència. Tal com descriu Angel (2012), el terme frigidesa va patir canvis semàntics importants en aquest període, adoptant significats tan diversos com: “women’s natural lack of desire, their unnatural failure to experience a normal desire, their failure to become aroused, failure to reach orgasm, or failure to reach vaginal orgasm” (p.5).

A partir dels anys 20, al discurs mèdic de la sexualitat, dominat pel psicoanàlisi, trobem que “Too much –or too little– desire figured (...) as indices of developmental psychopathology” (Angel, 2010, p.2). Freud sostenia que en el desenvolupament normal de la sexualitat femenina es produïa un trasllat de les zones eròtiques de la jove, des del clítoris cap a la vagina. Aquesta fita del desenvolupament es considerava crucial tant per a la maduració sexual normal com per a l'heterosexualitat, i no assolir-la podia suposar alteracions sexuals en les dones (Angel, 2010).

Més endavant, en la literatura neofreudiana, s'afirmava que la dependència en el clítoris per experimentar un orgasme era, en si mateixa, una forma de frigidesa, ja que es considerava una forma immadura de plaer que requeria ser substituïda per l'orgasme vaginal adult (Angel, 2010; Cryle i Moore, 2011). Aquesta definició neofreudiana de la frigidesa implicava una sexualitat conceptualment molt més restrictiva i probablement contribuïa a l'augment exponencial de casos de l'època. Si el plaer normal estava restringit a gaudir de la penetració vaginal, no només s'assumia que totes les dones tenien la capacitat d'experimentar aquest plaer, sinó que també es patologitzaven altres possibles formes de sentir plaer.

El 1952 es publica la primera edició del DSM, on la impotència i la frigidesa es troben classificades a l'apartat “Psychophysiological autonomic and visceral disorders”. Es considerava que els factors emocionals tenien un rol causal: “Symptoms are due to a chronic and exaggerated state of the normal physiological expression of emotion, with the feeling, or subjective part, repressed” (Angel, 2012, p.6). El 1968, amb la publicació del DSM-II, es definien com a “physical symptoms that are caused by emotional factors (...). The individual may not be consciously aware of his emotional state” (Angel, 2012, p.6-7). Aquestes definicions, en tant que fan referència a l'inconscient i a les emocions reprimides, reflecteixen la tendència psicoanalítica que va predominar des dels anys 30 fins als 60.

L'any 1980, la publicació del DSM-III marca un canvi important en la psiquiatria del segle XX. La nova edició estava compromesa amb diversos axiomes sobre la psiquiatria i la

malaltia mental: "(...) that there is a boundary between the normal and the sick; that there are discrete mental illnesses; and that the focus of psychiatric physicians should be particularly on the biological aspects of mental illness" (Angel, 2012, p.8).

Per tant, el DSM-III aconsegueix desprendre's de les assumpcions etiològiques de tipus psicoanalítiques per operacionalitzar i definir categories concretes de trastorns i grups de símptomes. Healy (1997, 2002 citat a Angel, 2012) argumenta que aquests canvis estaven motivats per l'increment de proves requerides per la FDA (*Food and Drug Administration*) per aprovar nous medicaments, que probablement buscaven malalties clarament definides.

Més endavant, el DSM-III-R distingeix entre trastorns del desig, trastorns de l'excitació (*arousal*), trastorns de l'orgasme i trastorns per dolor (Angel, 2012; Spurgas, 2013). Aquesta categorització té com a referència el **cicle de resposta sexual humana** de Masters i Johnson, que consta de les fases excitació, manteniment, orgasme i resolució. (Brotto, 2009; Angel 2012; Ballester-Arnal, 2020). Encara que aquests autors proposaven un únic model per a homes i dones, detallaven "disfuncions sexuals" ben diferents entre ambdós sexes: els homes patien problemes físics relacionats amb la impotència, mentre que l'aflicció predominant en les dones era temor i indiferència davant la penetració sexual.

Pel que fa als **trastorns relacionats amb el desig**, al DSM-III-R i al DSM-IV trobem el "**Desig sexual hipoactiu**" (*Hypoactive Sexual Desire Disorder*, HSDD). Per altra banda, als trastorns de l'excitació trobem el "**Trastorn de l'excitació sexual en la dona**". Aquest, es fusiona amb el HSDD al DSM-5, donant lloc al "**Trastorn de l'interès/excitació sexual femení**" (*Female Sexual Interest=Arousal Disorder*, SI=AD). Comento aquests canvis a l'apartat següent.

Per acabar aquest apartat, és rellevant destacar que el terme "**disfunció sexual femenina**" (FSD, *female sexual dysfunction*) comença a ser cada cop més prevalent en la literatura científica des de la concessió de la Viagra per a la Disfunció Erètil (ED) (Angel, 2012). El gran èxit de la Viagra va fer que les empreses farmacèutiques s'afanyessin a trobar un fàrmac equivalent per a les dones: la Viagra rosa (Gonzalez-Garcia, 2015; García Dauder i Pérez Sedeño, 2017). Des d'aquest moment, FSD és emprat com a terme general pels problemes en la sexualitat femenina tant en el discurs mèdic com en l'àmbit de l'oci.

Així, veiem que s'està emprant el terme FSD com a anàleg de la ED. Això resulta problemàtic segons Angel (2012), ja que: "This reification of 'FSD' both reflects and bolsters the desire to see 'FSD' as a discrete, bounded diagnostic category amenable to a technology that would target it in the allegedly specific way Viagra did for ED" (p.11). A més, encara que aquest terme contemporani és un intent de distanciar-se de les concepcions patologitzants del passat, no deixa de ser una manera més de seguir considerant anormal i patològica la falta de desig, plaer o orgasmes en les dones.

4.3. DSM-5

“(...) diagnostic and therapeutic shifts influence how women relate to their sexual bodies and those of their partners and have biopolitical, experiential, and psychorelational consequences” (Spurgas, 2013, p.187).

A través del recorregut sociohistòric exposat, es pot entendre com es van configurant les “disfuncions sexuals femenines” relacionades amb el desig al llarg dels segles. Atenent aquests canvis, podem arribar a captar els biaixos epistemològics, les tensions entre disciplines i corrents de pensament, les relacions de poder i els interessos que s’enreden i es camuflen en els criteris diagnòstics actuals.

Com havia esmentat, des del DMS-III fins al DSM-IV-TR trobem el **Trastorn del desig sexual hipoactiu (HSDD)** (Taula 1), que es podia diagnosticar tant a homes com a dones, i el **Trastorn de l’excitació sexual en la dona** (Taula 2). Val la pena que comentí els criteris que configuren aquests dos trastorns perquè les crítiques i les pressions que van rebre van contribuir a la seva reelaboració, donant lloc a una nova categoria al DSM-5. A més, el DSM-IV-TR segueix molt present en la pràctica clínica i les seves nosologies segueixen circulant en el discurs psiquiàtric.

Taula 1: Criteris diagnòstics del “Deseo sexual hipoactivo” del DSM-IV-TR (APA, 2000)

- A. Disminución (o ausencia) de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente. El juicio de deficiencia o ausencia debe ser efectuado por el clínico, teniendo en cuenta factores que como la edad, el sexo y el contexto de la vida del individuo, afectan a la actividad sexual.
- B. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades de relación interpersonal.
- C. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje 1 (excepto otra disfunción sexual) y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica.

Pel que fa al primer, el criteri A, que especifica que aquest trastorn es caracteritza per l’absència de **fantasies sexuals**, ha estat àmpliament criticat, ja que implica una visió restringida de l’experiència sexual. En una investigació de Brotto *et al.* (2009, citat a Brotto, 2009) es va trobar que la majoria de dones no mencionaven fantasies sexuals en descriure les seves experiències de desig, i algunes d’elles especificaven que evocar fantasies era una estratègia deliberada que empraven per incrementar el seu nivell d’excitació. En assumir que l’experiència de desig implica la presència espontània de fantasies, es patologitzen les experiències subjectives de desig de moltes dones que no s’ajusten a aquesta “normalitat”.

Per altra banda, el criteri B, presentar malestar subjectiu o **dificultats interpersonals**, implica que encara que una persona presenti falta de fantasies sexuals i de desig, si no experimenta malestar, no compleix els criteris del HSDD (Brotto, 2009). Sembla que aquest criteri podria ser un intent de reduir l'elevada prevalença del trastorn i permetria no patologitzar algunes formes de desig inhibít que no interfereixen en la vida de la persona. Alhora, aquesta èmfasi en el malestar interpersonal presenta un problema i és que no queda clar si el malestar de la parella (per exemple, una discrepància en la freqüència de relacions sexuals desitjades) seria suficient per emetre un diagnòstic. Si fos així, el trastorn s'estaria diagnosticant a una persona pel fet de no complir les expectatives sexuals de la parella.

En referència al **Trastorn de l'excitació sexual en la dona**, encara que aquest no està ubicat a l'apartat de trastorns del desig, és rellevant comentar-lo perquè, com veurem, es fusiona amb l'anterior en el pas al DSM-5.

Taula 2: Criteris diagnòstics del "Trastorno de la excitación sexual en la mujer" del DSM-IV-TR (APA, 2000)

- A. Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual.
- B. El trastorno provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales.
- C. El trastorno sexual no se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje 1 (excepto otra disfunción sexual) y no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica.

Als criteris, tornem a trobar el problema de la referència a les dificultats interpersonals i a més, al criteri A, veiem que es fa molt èmfasi en la funció genital i en la lubricació. Aquest criteri, no només reflecteix una visió molt restringida de la sexualitat (assumeix la implicació dels genitals), sinó que també està ubicant una funció biològica amb una enorme varietat personal i contextual dins d'un trastorn psiquiàtric. Ballester-Arnal (2020) assenyala molt encertadament que la falta de lubricació es pot remeiar fàcilment amb l'ajuda de lubricants i que això és una pràctica recurrent que no té per què implicar cap patologia.

Recuperant la Teoria radical de la sexualitat de Rubin (1989), en aquests trastorns identifiquem principalment l'**essencialisme sexual**, que es veu reflectit en el fet que la sexualitat que es representa aquí se sustenta en respostes biològiques i cognitives molt concretes, i es desatenen determinants socials. Encara que al DSM es contemplen alguns factors que serien motiu per desestimar un diagnòstic, no pot abastar les complexitats socials i la idiosincràsia inherents a l'experiència sexual i de desig. Per altra banda, es pot identificar l'axioma de l'**absència d'un concepte de varietat sexual benigna**. Que aquests criteris incloguin la falta de fantasies i la incapacitat de resposta de lubricació

reflecteixen aquesta baixa tolerància a la variabilitat en la sexualitat i patologitzen formes de desig i d'activitat sexual que se separen de la norma.

En el pas al DSM-5, el principal canvi que experimenten els trastorns sexuals relacionats amb el desig és que la disfunció referida al desig sexual hipoactiu deixa de ser comuna per a homes i dones, per referir-se únicament als homes. D'altra banda, el baix interès pel sexe en la dona apareix fusionat amb el trastorn d'excitació femení, donant lloc al **Trastorn de l'interès/ excitació sexual femení** (*Sexual Interest/Arousal Disorder*, SI=AD) (Taula 3).

A la taula 4 es facilita una representació gràfica d'aquests canvis. Com veiem, al DSM-IV-TR, els "trastorns" estan categoritzats seguint el cicle de resposta sexual de Masters i Johnson. En canvi, al DSM-5, no s'especifica en quina fase s'emmarca cada trastorn. Tanmateix, aquestes fases i la influència del model es poden detectar en el contingut dels criteris, a excepció del SI=AD, on les fases de desig i d'excitació es presenten superposades en la dona. Finalment, el capítol "Trastorns sexuals" passa dir-se "Disfuncions sexuals".

Taula 3: Criteris diagnòstics del "Trastorno del interés/excitación sexual femenino" del DSM-5 (APA, 2014)

- | |
|--|
| <p>A. Ausencia o reducción significativa del interés/excitación sexual femenina, que se manifiesta por lo menos por una de las tres siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Interés ausente o reducido en la actividad sexual. 2. Fantasías o pensamientos sexuales o eróticos ausentes o reducidos. 3. Inicio reducido o ausente de la actividad sexual y habitualmente no receptiva a los intentos de la pareja por iniciarla. 4. Excitación o placer sexual ausente o reducido durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%–100%) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos). 5. Excitación o placer sexual ausente o reducido en respuesta a cualquier invitación sexual o erótica, interna o externa (p. ej., escrita, verbal, visual). 6. Sensaciones genitales o no genitales ausentes o reducidas durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%–100%) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos). <p>B. Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos seis meses como mínimo.</p> <p>C. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo en el individuo.</p> <p>D. La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (p. ej., violencia de género) u otros factores estresantes significativos y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.</p> |
|--|

Taula 4: Comparació de les disfuncions sexuals del DSM-IV-TR i el DSM-5

DSM-IV-TR	DSM-5
Trastorns sexuals	Disfuncions sexuals
Trastorns del desig sexual - Desig sexual hipoactiu - Trastorn per aversió al sexe	Trastorn de desig sexual hipoactiu en l'home
Trastorns de l'excitació sexual - Trastorns de l'erecció en l'home - Trastorn de l'excitació sexual en la dona	Trastorn erètil Trastorn de l'interès/ excitació sexual femení
Trastorns orgàsmics - Trastorn orgàsmic femení - Trastorn orgàsmic masculí	Trastorn orgàsmic femení Ejaculació retardada Ejaculació prematura (precoç)
Trastorns sexuals per dolor - Disparèunia - Vaginisme	Trastorn de dolor genito-pèlvic/ penetració
Trastorn sexual causat per malaltia mèdica Trastorn sexual induït per substàncies Trastorn sexual no especificat	Disfunció sexual induïda per substàncies/ medicaments Altres disfuncions sexuals especificades Disfunció sexual no especificada

(Adaptada i traduïda de Ballester-Arnal, 2020, p. 443)

Un dels aspectes més problemàtics d'aquesta nova "disfunció" és la introducció del criteri de "**receptivitat**" o "desig receptiu" (Criteris A3 i A5). La inclusió d'aquest es va donar en resposta a la crítica que el cicle de resposta sexual de Masters i Johnson només representava la sexualitat masculina. Des d'aleshores, el discurs general ha estat que l'experiència sexual és diferent entre homes i dones. Les explicacions que s'han donat a aquestes diferències han estat molt diverses: diferències biològiques entre els sexes, processos de socialització o, fins i tot, biaixos epistemològics en la construcció del coneixement, inclosa la ignorància voluntària o *willful ignorance* (Tuana, 2006; Spurgas, 2013).

Davant d'aquesta crítica, una proposta de model alternatiu de resposta sexual femenina molt secundada és la de Rosemary Basson, qui declara que les dones no tenen la mateixa motivació biològica d'alliberar tensió sexual que els homes perquè no tenen nivells tan elevats de testosterona. Proposa que les dones experimenten diferents motivacions per practicar sexe amb els homes, inclosos incentius i reforçadors que no són estrictament de naturalesa sexual, com per exemple "promoting intimacy, pleasing a partner, preventing relational discord" (Spurgas, 2013, p.190).

Encara que atendre la diversitat en la resposta sexual entre homes i dones pot ser una manera d'apaivagar aquest biaix masculí en la representació de la sexualitat humana i tenir una millor comprensió de les experiències sexuals femenines, aquest model no és gaire esperançador. En primer lloc, perquè segueix concebant la feminitat com a alteritat, ja que es presenta aquesta manera d'experimentar el desig com a una alternativa o desviació de la forma masculina, que es pren com a referència. Per altra banda, assumeix que la sexualitat femenina no té una motivació biològica principal i que, en canvi, la motivació de les dones per a participar en l'activitat sexual és la de respondre a les necessitats de la parella o evitar conflicte en la relació. Tampoc ofereix cap representació fora del binarisme sexe/gènere.

Aquesta representació de la sexualitat diferenciada per a homes i dones respon clarament als mandats de gènere, ja que “women’s desire is consistently characterized as more *passive, receptive, responsive, and complex*, whereas men’s desire is characterized as more *spontaneous, driven, initiating, and constant*” (Spurgas 2013, p.188). Alhora, aquestes definicions de motivació sexual diferenciades per gènere també perpetuen la idea que, en la sexualitat saludable, la dona s’implica en la relació sexual encara que no tingui desig de fer-ho (Criteris A4 i A6).

Aquestes afirmacions promouen la desigualtat sexual en les relacions heterosexuals i caracteritzen la sexualitat de la dona com a eina de servei per a les necessitats de la parella. Meagan Tyler també remarca que la formulació de la sexualitat femenina com a receptiva, promou relacions sexuals coercitives i pot tenir conseqüències com: “foster traumatic sexual experiences, and (...) further devalue the murky notion of consent” (2009, citat a Spurgas, 2013, p.192).

Per altra banda, la fusió dels dos diagnòstics del DSM-IV-TR està recolzada per diversos estudis que demostren que el desig i l’excitació en les dones és difícil de distingir i, per tant, inseparable. Per exemple, a l’estudi de Rosen *et al.* (2000) es demostra que “las dimensiones de deseo y excitación presentan una elevada correlación en mujeres ($r = .76$) y no así en varones” (citat a Moyano i Sierra, 2015, p.278). A l’estudi de Graham (2010, citat a Moyano i Sierra, 2015) s’observa una elevada comorbiditat entre el diagnòstic de “Desig sexual hipoactiu” i “Trastorn de l’excitació sexual femenina”.

Tanmateix, aquesta evidència i els canvis del DSM-5 que van promoure no estan exempts de crítiques. Com explica Spurgas (2013, p.190):

Interest (a stand-in for “desire” but with connotations that imply cognitive, incentive-based, and reward-seeking behavior) and *arousal* (physiological changes in genital response, including vasocongestion and lubrication) are understood as often out of sync for women yet are simultaneously merged in this diagnosis.

Segons l'autora, aquesta combinació de diagnòstics té repercussions més enllà de representar la falta de distinció entre excitació i desig que troben les investigacions. Aquestes definicions perpetuen l'assumpció que, per a les dones, la voluntat i l'interès sovint no són de naturalesa sexual i, si precedeixen l'*arousal*, són majoritàriament de naturalesa cognitiva; no tenen relació amb el propi cos sexual ni amb necessitats més enllà de les de la parella (Spurgas, 2013).

Aquests canvis del DSM-5 no presenten una alternativa gaire favorable i, de fet, accentuen encara més la noció de receptivitat. Això resulta problemàtic perquè es relacionen amb el gènere femení únicament (només les dones poden rebre un diagnòstic de SI=AD), perquè la receptivitat es feminitza i perquè el desig és eliminat de la concepció de sexualitat femenina.

Reprenent de nou els axiomes de Rubin (1989), podem pensar que aquesta concepció de la motivació sexual femenina fa que l'**essencialisme sexual** s'apliqui únicament a la masculina, ja que s'entén que les dones no tenen aquesta naturalesa sexual, sinó que la seva naturalesa hi ha la receptivitat, la voluntat de satisfer les necessitats de la parella i fins i tot la submissió. Així, per molt que es desprengui aquest axioma de la sexualitat femenina, l'alternativa no resulta ni alliberadora ni empoderadora.

A més, aquesta necessitat d'establir límits entre la sexualitat sana i l'anormal (o malaltia) encarna la **teoria del dominó del perill sexual**. En general, això es pot veure a tot el DSM, però resulta especialment visible en les "disfuncions sexuals femenines" perquè els límits on s'estableix l'anormalitat encasellen moltes vivències que sovint no tenen repercussions negatives per a la persona. Podem contrastar-ho amb les disfuncions masculines "Ejaculació prematura" i "Trastorn erètil", on aquestes dificultats podrien tenir la conseqüència de no poder concebre un embaràs si ho desitgés la persona. Però de nou, també s'estaria restringint la sexualitat als genitals, ja que una persona podria tenir una experiència sexual satisfactòria sense necessitat d'ejacular o de mantenir una erecció. Per tant, seria més adequat parlar de dificultats en la reproducció i no en la pròpia sexualitat.

D'altra banda, la **valoració jeràrquica dels actes sexuals** és molt més visible en els "Trastorns parafil·lics" o la "Disfòria de gènere", ja que es delimiten "castes sexuals" molt menyspreades (transsexuals, transvestides, fetitxistes i sadomasoquistes) i se'ls atribueix aquesta característica d'insalubritat i anormalitat. Tanmateix, de forma més subtil, en les disfuncions sexuals referides al desig, també hi ha una jerarquització dels actes sexuals, considerant-se la penetració penis-vagina en la parella heterosexual la normalitat i l'objectiu a assolir. Això es pot veure en la insistència de la necessitat de lubricació genital o en altres trastorns que no hem comentat aquí com el "Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración".

Un altre dels problemes que presenten tant les teories sobre el cicle de resposta sexual humana com els trastorns relacionats amb el desig és la dificultat que comporta definir i operacionalitzar el desig. Les definicions àmplies i ambigües de “desig” que modelen els criteris dels trastorns poden comportar tant l’increment de falsos positius com la patologització de vivències normals o fins i tot d’aquelles poc freqüents que no tindrien per què suposar un problema per a la persona i, molt menys, un trastorn.

Finalment, el discurs disseminat pel DSM-5 presenta tant problemes metodològics d’operacionalització del desig com concepcions sexistes i esbiaixades del funcionament sexual femení. Aquests discursos tenen repercussions importants, ja que influencien “(...) how we understand our embodied and gendered identities, [and] how we define our sexualities and our relationships to others (...)” (Spurgas, 2013, p.199).

A més, Foucault explica que les prescripcions sobre com s’han de comportar els individus per garantir una vida saludable i productiva són asimptòtiques –impossibles d’assolir (2000 citat a Spurgas, 2013). Així, ens trobem que tant les persones que intentem assolir aquesta optimització del nostre funcionament (sexual) com els professionals sanitaris que procuren controlar i regular (“ajudar”) l’adheriment d’aquestes persones a la normalitat/salut, estem intentant arribar a uns ideals impossibles i que es troben en canvi constant, com bé evidencien els continus canvis en el DSM.

4.4. Medicalització

“(…) Medicalization is understood here as a very broad and complex phenomenon that encompasses definitions of medical terms defining deviant behavior as well as scientific discoveries that legitimize them, and proposed treatments and the dense net of social interests, both political and economic that are at play” (Rohden, 2010).

Meixel, Yanchar i Fugh-Berman (2015) expliquen que el *Condition branding* és una tècnica de màrqueting que busca establir malalties concretes anys abans del llançament d'un fàrmac, ja que, encara que és il·legal que les companyies farmacèutiques posin al mercat un fàrmac abans de ser aprovat, no hi ha restriccions per a “vendre una malaltia”. Diferencien tres estratègies per promocionar una condició i alinear-la amb un producte: “elevating the importance of an existing condition, redefining an existing condition to reduce a stigma, [and] developing a new condition to build recognition for an unmet market need” (p.2).

Respecte a la primera, Hartley (2006) parla d'un estudi publicat al Journal of the American Medical Association, que va concloure que més de 4 de cada 10 dones (43%) tenen problemes sexuals, i que aquesta prevalença és menor en homes (31%). Encara que estudis subsegüents han indicat prevalences menors, aquests reben molt poca atenció dels mitjans i se segueix citant el “famós estudi del 43%”. Així, Hartley (2006) argumenta que “The pharmaceutical industry in particular has used this ‘inflated epidemiology’ to expand a medicalized perspective on women’s sexual problems” (p.365).

Com a representació de la segona, la mateixa Viagra és un bon exemple: es va rebatejar la impotència com a *Erectile Dysfunction* (ED), es va promocionar a un públic més ampli – inicialment s’havia plantejat per a un consumidor d’edat avançada, però es va començar a oferir a un públic cada cop més jove per millorar la *performance* sexual– i es van publicar estudis finançats per Pfizer que alertaven de l’elevada prevalença i la urgència del tractament (Meixel, Yanchar i Fugh-Berman, 2015).

Davant les vendes astronòmiques, es va intentar ampliar el públic consumidor de manera que es prescrivía Viagra “*off-label*” per a la FSD. Però aquesta no va tenir l’èxit que s’esperava, ja que el cicle de resposta sexual de les persones amb vulva no és tan dependent del flux sanguini com el de les persones amb penis (Miglioranza, 2018). Així, per a les FSD es va abandonar l’enfocament en l’*arousal* per passar a parlar de **desig**, i és així com es configura el HSDD, esdevenint un clar exemple de “*disease mongering*” o, en altres paraules, presenciem el “development of systems of disease classification amenable to medical approaches” (Hartley, 2006, p.365), on el DSM pren un rol fonamental.

A més, darrere d’això hi va haver una gran campanya de promoció i “conscienciació” de les “disfuncions sexuals femenines” finançada per a les companyies farmacèutiques a qui

beneficiaria l'establiment de categories diagnòstiques concretes per a la posterior aprovació dels seus fàrmacs². Accions concretes per a aquestes finalitats inclouen la contractació d'investigadors clínics o de personatges mediàtics³ per part d'aquestes empreses per a assistir a conferències i informar de la legitimitat i validesa d'aquestes categories diagnòstiques i la necessitat d'un tractament (Fishman, 2004).

Miglioranza (2018) també argumenta que “en la postmodernidad, la salud se entiende cada vez más como un mandato moral que se operativiza a través de un autocontrol internalizado centrado en la tecnogestión de la vida” (p.99-100) i que “los nuevos pacientes-ciudadanos contribuyen activamente a la producción de nuevas formas de subjetivación” (p.108). Un exemple d'això és la disponibilitat de qüestionaris *online* perquè les dones puguin autodiagnosticar-se un “trastorn” per manca de desig. Podria semblar que aquesta nova forma de subjectivació permet als pacients exercir la seva agència i sortir del paternalisme de la medicina, però cal preguntar-se si aquests processos ajuden a trencar les estructures de poder hegemòniques i les relacions metge-pacient tradicionals o si, per contra, les fan més fortes.

Les campanyes *Even the Score* i *Find my Spark* són moviments de resistència davant la negativa de la FDA d'aprovar nous fàrmacs per a la FSD. A part de rebre finançament d'empreses farmacèutiques, sorprenen trobar moltes dones involucrades que fan activisme a favor d'aquests fàrmacs sota la premissa que el fet que els homes disposin de tractaments farmacològics i les dones no, representa una discriminació per raó de gènere. Aquestes dones relaten les seves experiències a través de neuronarratives com aquesta: «The only problem is that I don't want to have sex. Ever. And the reason why isn't the four kids, the job or the husband. It's the chemistry in my brain» (Miglioranza, 2018, p.106).

Resulta interessant la visió de Roberts que «Instead of providing a wider range of options or establishing new practices of bodily self-management, discourses of individualised patient responsabilisation may, at least in some arenas, work to produce willing and compliant consumers for medical services» (2007, citat a Miglioranza, 2014, p.106). En aquesta línia, la *New View Campaign*, liderada per Leonore Tiefer, proposa un enfocament més construccionista i polític de la sexualitat, i alerta sobre els perills de definir una sexualitat “normal”. També defensa un sistema de classificació alternatiu que consideri els aspectes socials, relacional, psicològics, mèdics i orgànics de les malalties.

² En el cas del HSDD, l'interès de promocionar aquesta categoria estava concretament orientada a l'aprovació d'un pegat de testosterona per part de la farmacèutica Procter & Gamble. Per a més informació sobre les seves accions de promoció del HSDD vegeu Miglioranza (2018).

³ Per exemple, el cas de les germanes Berman o l'uròleg Irwin Goldstein. Per a més informació sobre els seus projectes d'investigació/promoció de les FSD i els seus lligams empresarials amb companyies farmacèutiques vegeu Fishman (2004).

5. Conclusions i discussió

“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” (Campo-Arias i Herazo, 2018, p.62).

Les reflexions exposades, encara que fruit de la ideologia i l'opinió personal, estan àmpliament secundades per diverses professionals, moltes d'elles citades al llarg del treball. Encara que el suport i acord de les idees presentades no les fa més legítimes ni vàlides, sí que les emmarca en un corrent de pensament concreta al voltant de la sexualitat que està prenent forma i vida davant l'enfortiment d'altres ideologies i marc teòrics que perpetuen concepcions androcèntriques i sexistes de la sexualitat.

Així, remarco el valor d'aquestes reflexions perquè són necessàries per a establir una pràctica clínica deconstruïda, polititzada i que promogui el benestar i la no discriminació. Pretenen ser el vehicle que enraigui converses entre les professionals en l'àmbit clínic per a promoure el pensament crític i la perspectiva de gènere.

La concepció de la sexualitat com una construcció social ens permet, en primer lloc, partir de la idea que el coneixement actual no és una veritat universal. En segon lloc, la identificació dels supòsits subjacents a aquest coneixement ens permeten veure com es configura aquest i revelar el seu rerefons discriminatiu. Per altra banda, el revisionisme històric dels canvis que han anat configurant aquest coneixement ens permet adonar-nos que la concepció problemàtica de la falta de desig pren forma en un moment concret i que els dominis (el cos, la ment, les relacions, etc.) on s'ubica aquesta “disfunció” influeixen com s'interpreta i com es tracta o s'intenta remeiar.

Atenent tot això, es pot comprendre quines influències reben les nosologies actuals i d'aquesta manera resulta més fàcil desemmascarar els problemes que presenta aquest coneixement: reproduir els mandats de gènere, patologitzar experiències normals i comunes i promoure la medicalització de l'esfera sexual de la vida. En aquest sentit, ens enfrontem al fet que el DSM, l'eina de treball fonamental de psicologia clínica, serveix com a base per la medicalització de la vida i la regulació del comportament sexual des d'una visió cis-heteropatriarcal.

En resum, cal polititzar el coneixement i la pràctica clínica, aplicant la perspectiva de gènere i recollint les aportacions de l'antropologia mèdica i la sociologia per a explorar les “patologies” des del construccionisme social, és a dir, qüestionant la perspectiva biomèdica de la salut i atenent factors contextuais i socials que ens permetin atendre i abordar els eixos d'opressió que travessen l'acte de diagnosticar una “disfunció sexual”.

Com a futures perspectives de treball, proposo explorar la resta de trastorns de l'apartat "Disfuncions sexuals", així com analitzar la classe social com a eix de desigualtat que entra en joc en el diagnòstic i la medicalització de la sexualitat. Per altra banda, l'anàlisi exposada es podria estendre a la resta de trastorns del manual. Per exemple, una àrea molt fèrtil en aquest sentit seria la dels Trastorns de la personalitat, on els biaixos de gènere estan especialment presents, com es pot veure, per exemple, en les prevalences dels trastorns clarament diferenciats per gènere.

Per altra banda, destaco com a limitació d'aquest treball la falta de representació de moltes identitats no binàries i de les persones intersexuals. En criticar els mandats de gènere, m'he centrat sobretot a identificar les presentacions discriminatòries de la "feminitat" que afectarien fonamentalment a les dones cisgènere. Encara que important, aquesta visió pot desatendre altres experiències igualment afectades per la delimitació de la sexualitat "normal" als confins de les relacions heterosexuales.

Per tant, un pas previ a la revisió dels criteris diagnòstics de les "disfuncions sexuals femenines" seria la revisió del sistema sexe/gènere binari com a factor de vulnerabilitat per patir "trastorns" relacionats amb la identitat i la sexualitat. També seria interessant veure com aquestes categories binàries promouen igualment relacions de poder androcèntriques i sexistes en els criteris d'aquests "trastorns".

6. Referències

- American Psychiatric Association (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM-IV-TR). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Agudelo Bedoya, M. E., & Estrada Arango, P. (2013). Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *Prospectiva*, 17, 353–378. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i17.1156>
- Amezcu, M., & Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 423–436. <https://doi.org/10.1590/s1135-57272002000500005>
- Angel, K. (2010). The history of ‘Female Sexual Dysfunction’ as a mental disorder in the 20th century. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(6), 536–541. <https://doi.org/10.1097/yco.0b013e32833db7a1>
- Angel, K. (2012). Contested psychiatric ontology and feminist critique. *History of the Human Sciences*, 25(4), 3–24. <https://doi.org/10.1177/0952695112456949>
- Barriga, S. (2013). La sexualidad como producto cultural. Perspectiva histórica y psicosocial. *Anduli*, 12, 91-111. <https://doi.org/10.12795/anduli.2013.i12.05>
- Ballester-Arnal, R. (2020). Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género. En Belloch, A., B. Sandín & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología Volumen I* (3.ª ed., pp. 441-484). Madrid, Espanya: McGraw-Hill Education.
- Brotto, L. A. (2009). The DSM Diagnostic Criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 221–239. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9543-1>
- Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2018). Novedades, críticas y propuestas al DSM-5: el caso de las disfunciones sexuales, la disforia de género y los trastornos parafílicos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.008>

- Cryle, P., & Moore, A. (2011). *Frigidity: An Intellectual History*. Basingstoke, Reino Unido: Palgrave Macmillan.
- Fishman, J. R. (2004). Manufacturing Desire: The Commodification of Female Sexual Dysfunction. *Social Studies of Science*, 34(2), 187–218. <https://doi.org/10.1177/0306312704043028>
- Gamboa Barboza, I. (2006). La Constitución de Trastornos Sexuales en la Psiquiatría. *Diálogos Revista Electrónica de Historia*, 7(1), 242-290. <https://doi.org/10.15517/dre.v7i1.6190>
- García Dauder, S., & Pérez Sedeño, E. (2017). *Las «mentiras» científicas sobre las mujeres*. Madrid, España: Catarata.
- González García, M. I. (2015). La medicalización del sexo: el viagra femenino. *Revista Iberoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(2), 1067–1070.
- Hartley, H. (2006). The ‘Pinking’ of Viagra Culture: Drug Industry Efforts to Create and Repackage Sex Drugs for Women. *Sexualities*, 9(3), 363–378. <https://doi.org/10.1177/1363460706065058>
- Meixel, A., Yanchar, E., & Fugh-Berman, A. (2015). Hypoactive sexual desire disorder: inventing a disease to sell low libido. *Journal of Medical Ethics*, 41(10), 859–862. <https://doi.org/10.1136/medethics-2014-102596>
- Miglioranza, I. (2018). Neuropolíticas del deseo y «viagra femenino»: biomedicalización, feminismo y neoliberalismo en el siglo XXI. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, (18), 95. <https://doi.org/10.17345/aec18.95-128>
- Moyano, N., & Sierra, J. (2015). Descifrando las disfunciones sexuales femeninas en el DSM-5. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(3), 277-286. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281946988009>
- Rohden, F. (2010). Gender differences and the medicalization of sexuality in the creation of sexual dysfunctions diagnosis. *Estudos Feministas*, 5(se). Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- Rosenberg, C. E. (2002). The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. *The Milbank Quarterly*, 80(2), 237–260. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.t01-1-00003>
- Rubin, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En: Vance, Carole S. (Comp.) *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. , Ed. Revolución, Madrid, 1989. pp. 113-190.

- Spurgas, A. K. (2013). Interest, Arousal, and Shifting Diagnoses of Female Sexual Dysfunction, or: How Women Learn About Desire. *Studies in Gender and Sexuality*, 14(3), 187–205. <https://doi.org/10.1080/15240657.2013.818854>
- Tuana, N. (2006). The Speculum of Ignorance: The Women's Health Movement and Epistemologies of Ignorance. *Hypatia: A Journal of Feminist Philosophy*, 21(3), 1–19. <https://doi.org/10.2979/hyp.2006.21.3.1>

La medicalització del desig sexual femení:

Una anàlisi nosològica del DSM-5

Resum Executiu

Agents clau

Aquesta revisió pot ser d'interès per a professionals de la psicologia clínica i la sexologia (clínica). També pot ser rellevant per a professionals de la medicina, concretament en l'àmbit de la ginecologia, ja que poden rebre consultes i atendre problemàtiques relacionades amb el tema d'investigació. Disposar de les reflexions presentades en aquest treball és un aspecte important de la pràctica d'aquestes professionals en tant que contribueixen a promocionar una atenció ètica, respectuosa i amb perspectiva de gènere. Alhora, pot ser d'interès per al personal docent i acadèmic en l'àmbit universitari, qui poden fer ús de la informació exposada per proporcionar una formació crítica i actualitzada a les futures generacions de professionals. Aquest treball pretén ser el vehicle que enraigui converses entre les professionals en l'àmbit clínic i acadèmic per a promoure el pensament crític i la perspectiva de gènere en el diagnòstic i tractament de les "disfuncions sexuals femenines".

Introducció

En tant que la sexualitat és una construcció social, la manera d'entendre aquesta àrea de l'experiència humana s'ha vist modificada al llarg de la història en funció dels contextos socials, polítics, econòmics i religiosos que l'han anat configurant. Les diferents disciplines científiques s'han encarregat de produir coneixement sobre què és i com és la sexualitat humana i, alhora que es construïa aquest coneixement, es delimitava què *no* és o què no hauria de formar part de la sexualitat.

Alhora que es descriuen els elements que configuren la sexualitat normal, es patologitzen aquells que surten dels paràmetres establerts, donant lloc als trastorns o a les **disfuncions sexuals**. Així, el coneixement científic té un poder important sobre com les persones es relacionen amb els seus cossos, comportaments i desitjos; té conseqüències biopolítiques, experiencials i psicorelacional.

Per aquest motiu és essencial que les professionals de la psicologia es preguntin com s'han construït els criteris que condueixen a emetre els diagnòstics i quines conseqüències poden tenir aquests sobre els cossos i les vides de les persones diagnosticades. Cal preguntar-se quines expectatives socials/culturals, relacions de poder i eixos d'opressió entren en joc en la configuració d'aquestes categories nosològiques per tal d'exercir una **pràctica clínica ètica i amb perspectiva de gènere**.

En aquest treball s'analitzen les "disfuncions sexuals femenines", concretament els "trastorns" relacionats amb el desig, i s'investiga la influència dels mandats de gènere i la perspectiva biomèdica de la sexualitat en les definicions d'aquests trastorns i la consegüent medicalització.

Procediment

Aquesta revisió bibliogràfica es basa en l'anàlisi qualitativa de literatura acadèmica de diferents disciplines (psiquiatria, psicologia, antropologia) per desgranar els criteris diagnòstics de les "disfuncions sexuals femenines", especialment aquelles recollides al DSM-5. Aquesta anàlisi s'emmarca en el construccionisme social, en tant que analitza les xarxes de significat que circulen socialment en el llenguatge emprat en aquests criteris. També s'inspira en el "Women's Health Movement" dels anys 70-80 als EUA, ja que busca recuperar els cossos i les experiències sexuals femenines dels discursos mèdics que promouen coneixement androcèntric i sexista.

La medicalització del desig

L'estudi de la medicalització del desig requereix ser abordat des de diferents vessants, ja que implica una dansa d'agències delicada. Per això, s'han identificat quatre temàtiques que s'indaguen de forma independent i, posteriorment, s'integren a la conclusió del treball.

La construcció social de la sexualitat

Aquesta dimensió de l'estudi de la medicalització del desig remarca la importància d'atendre els factors socioculturals que envolten la producció de coneixement sobre la sexualitat. La **Teoria Radical de la Sexualitat** de Rubin (1989) identifica un conjunt d'axiomes subjacents al pensament sobre la sexualitat que ajuden a comprendre com es configuren les "disfuncions": desatenent factors sociohistòrics i donant molta importància a la biologia (essencialisme sexual), promocionant una visió negativa, perillosa i pecaminosa de la sexualitat (negativitat sexual), classificant les pràctiques sexuals segons paràmetres de moralitat (valoració jeràrquica dels actes sexuals), promocionant una manera correcta, única i saludable de practicar sexe (l'absència d'un concepte de varietat sexual benigna), etc.

L'exposició de la construcció social de la sexualitat exemplifica la seva naturalesa canviant i dependent del context i desemmascara els supòsits subjacents i el coneixement no qüestionat i esbiaixat que les conforma, justificant així la revisió de les categories diagnòstiques actuals que perpetuen relacions de poder i discriminacions que cal problematitzar.

Recorregut sociohistòric de les "disfuncions sexuals femenines"

El recorregut sociohistòric permet indagar en els factors socials, culturals i polítics involucrats en la definició de les disfuncions sexuals femenines relacionades amb el desig. Concretament, se situen històricament la primera concepció problemàtica de la manca de desig femení a l'Europa occidental al segle XIII i la feminització del terme "frigidesa", la seva patologització, i la ubicació en el domini de la ment durant el segle XVIII. A més, es contemplen les influències del psicoanàlisi i, posteriorment, de la perspectiva biomèdica de la salut mental durant el segle XX com a determinants de la configuració dels trastorns actuals.

DSM-5

Des del DMS-III fins al DSM-IV-TR trobem el **Trastorn del desig sexual hipoactiu (HSDD)**, que es podia diagnosticar tant a homes com a dones, i el **Trastorn de l'excitació sexual en la dona**.

En el pas al DSM-5, la disfunció referida al desig sexual hipoactiu deixa de ser comuna per a homes i dones, per referir-se únicament als homes. D'altra banda, el baix interès pel sexe en la dona apareix fusionat amb el trastorn d'excitació femení, donant lloc al **Trastorn de l'interès/excitació sexual femení** (Sexual Interest/Arousal Disorder, SI=AD).

Pel que fa al HSDD, els criteris especifiquen que es caracteritza per l'absència de fantasies sexuals, fet que implica una visió molt restringida de l'experiència sexual i es patologitzen les experiències subjectives de desig que no s'ajusten a aquesta "normalitat". A més, el criteri referit al malestar subjectiu o dificultats interpersonals presenta un problema i és que no queda clar si el malestar de la parella (per exemple, una discrepància en la freqüència de relacions sexuals desitjades) seria suficient per emetre un diagnòstic. Si fos així, el trastorn s'estaria diagnosticant a una persona pel fet de no complir les expectatives sexuals de la parella.

Per altra banda, el principal problema del Trastorn de l'excitació sexual en la dona és l'èmfasi en la funció genital i en la lubricació. Aquest criteri, no només reflecteix una visió molt restringida de la sexualitat (assumeix la implicació dels genitals), sinó que també està ubicant una funció biològica amb una enorme varietat personal i contextual dins d'un trastorn psicològic clínic.

Un dels aspectes més problemàtics de la nova "disfunció" SI=AD és la introducció del criteri de "receptivitat", sustentat per model de resposta sexual femenina de Rosemary Basson. Aquest exposa que les dones no tenen la mateixa motivació biològica d'alliberar tensió sexual que els homes perquè no tenen nivells tan elevats de testosterona i proposa que les dones experimenten diferents motivacions per practicar sexe amb els homes com promoure la intimitat, satisfer la parella o evitar discordances en la relació.

Aquesta representació de la sexualitat diferenciada per a homes i dones respon clarament als mandats de gènere i promou la desigualtat sexual en les relacions heterosexuales, ja que caracteritzen la sexualitat de la dona com a eina de servei per a les necessitats de la parella. La formulació de la sexualitat femenina com a receptiva promou relacions sexuals coercitives i pot tenir conseqüències com fomentar experiències sexuals traumàtiques i devaluar la noció de consentiment.

Medicalització

En el fenomen de medicalització de la manca de desig es pot identificar la tècnica de màrqueting *Condition branding*, que busca establir malalties concretes anys abans del llançament d'un fàrmac, ja que, encara que és il·legal que les companyies farmacèutiques posin al mercat un fàrmac abans de ser aprovat, no hi ha restriccions per a "vendre una malaltia".

Així, en la medicalització de la manca de desig, s'identifiquen elements d'aquesta tècnica com exagerar la prevalença i importància d'aquestes condicions, redefinir una condició existent per tal de reduir-ne l'estigma i ampliar el públic consumidor, i desenvolupar una nova condició segons una demanda del mercat o, en altres paraules, desenvolupar un sistema de classificació de malalties (com el DSM) que justifiqui la necessitat de comercialitzar un fàrmac concret. Tot això, està sostingut pel finançament econòmic de moltes corporacions farmacèutiques.

Conclusions

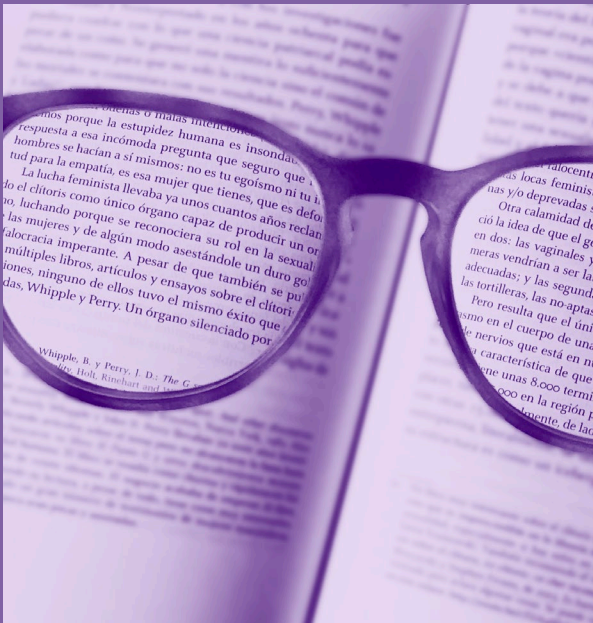
Atenent tot això, es pot comprendre quines influències reben les nosologies actuals i d'aquesta manera resulta més fàcil desemascarar els problemes que presenta aquest coneixement: reproduir els mandats de gènere, patologitzar experiències normals i comunes i promoure la medicalització de l'esfera sexual de la vida. En aquest sentit, ens enfrontem al fet que el DSM, l'eina de treball fonamental de psicologia clínica, serveix com a base per la medicalització de la vida responnent als interessos de la indústria farmacèutica, i promou la regulació del comportament sexual des d'una visió cis-heteropatriarcal.

Cal polititzar el coneixement i la pràctica clínica, aplicant la perspectiva de gènere i recollint les aportacions de l'antropologia mèdica i la psicologia social per a explorar les "patologies" des del socioconstruccionisme, és a dir, qüestionant la perspectiva biomèdica de la salut i atenent factors contextuais i socials que ens permetin atendre i abordar els eixos d'opressió que travessen l'acte de diagnosticar una "disfunció sexual".

El desig sexual femení a examen:

És la manca de desig un trastorn mental que cal medicar?

Disciplines científiques com la psicologia s'han encarregat de delimitar la sexualitat normal/sana de la que és patològica. En aquest procés, s'han definit les “disfuncions sexuals femenines”, un conjunt de categories que descriuen problemes en el funcionament sexual de les dones. Encara que aquestes categories podrien semblar un mitjà per identificar i tractar dificultats en la sexualitat, els criteris que les descriuen reflecteixen els rols de gènere i les expectatives socials de feminitat, i sovint serveixen com a base per justificar la comercialització d'alguns fàrmacs.



Imatge: Creació pròpia amb la col·laboració d'Elisabet Escoda

Un treball de revisió sistemàtica vinculat al grau de Psicologia de la Universitat Autònoma de Barcelona ha posat de manifest la necessitat de revisar els criteris que condueixen a diagnosticar les “disfuncions sexuals femenines” relacionades amb la manca de desig. El treball s'emmarca en el construccionisme social i s'inspira en el “Women's Health Movement” dels anys 70-80 als EUA, ja que busca analitzar i qüestionar els discursos mèdics sobre la manca de desig que promouen coneixement sexista.

Aquesta revisió exposa la importància d'atendre els factors socioculturals i històrics que intervenen en la construcció del coneixement al voltant de la sexualitat. Per exemple, identifica que en la configuració de les “disfuncions sexuals” es desatenen factors sociohistòrics i es dona molta importància a la biologia, es promou una visió negativa, perillosa i pecaminosa de la sexualitat, i es promou una manera correcta, única i saludable de practicar sexe.

Atenent això, s'ha fet una anàlisi del llenguatge dels criteris diagnòstics de les “disfuncions” relacionades amb el desig que trobem al DSM, el manual on es recullen les descripcions per diagnosticar els trastorns mentals. En aquest, trobem el **Trastorn del desig sexual hipoactiu** i el **Trastorn de l'excitació sexual en la dona**, que recentment s'han fusionat per esdevenir el **Trastorn de l'interès/excitació sexual femení**. En els criteris per diagnosticar aquests “trastorns”, trobem que el desig sexual femení es caracteritza com a receptiu, ja que no mostrar-se disposada i receptiva davant els intents de la parella d'iniciar relacions es considera patològic, fet que promou la desigualtat sexual en les relacions heterosexuals. També es posa molta èmfasi en la funció genital i en la lubricació, fet que restringeix de la definició d'excitació a una funció biològica.

Finalment, cal preguntar-se si aquestes dificultats s'haurien d'incloure dins d'aquest manual, és a dir, si representen una malaltia mental que cal tractar. Sovint, es mediquen aquestes condicions i això es justifica perquè es pretén millorar la qualitat de vida d'aquestes persones. Tanmateix, aquest fenomen reflecteix la baixa tolerància social a la diversitat sexual i el DSM i la medicació són una manera de seguir reflectint les expectatives de gènere en les relacions sexuals.

Així, aquest treball proposa que cal polititzar el coneixement i la pràctica clínica, aplicant la perspectiva de gènere i recollint les aportacions de l'antropologia mèdica i la psicologia social per a explorar les “patologies” des del socioconstruccionisme, és a dir, qüestionant la perspectiva biomèdica de la salut i atenent factors contextuais i socials que ens permetin atendre i abordar els eixos d'opressió que travessen l'acte de diagnosticar una “disfunció sexual”.

És essencial que les professionals de la psicologia es preguntin com s'han construït els criteris que condueixen a emetre els diagnòstics i quines conseqüències poden tenir aquests sobre els cossos i les vides de les persones diagnosticades. Cal preguntar-se quines expectatives socials/culturals, relacions de poder i eixos d'opressió entren en joc en la configuració d'aquestes categories nosològiques per tal d'exercir una **pràctica clínica ètica i amb perspectiva de gènere**.