

Artículo original

La asexualidad y el modelo médico hegemónico

Asexuality and the hegemonic medical model

Rocío Florencia Gómez Marra

Universidad Nacional de Tres de Febrero / Universidad de Morón

Manuscrito recibido: 23 de diciembre de 2023; aceptado para publicación: 25 de marzo de 2024

Autor de Contacto: Trad. Rocío Florencia Gómez Marra. Maipú 71, C.A.B.A., Argentina
E-mail: rociogomez@gmail.com

Resumen

Históricamente, la asexualidad ha sido ampliamente invisibilizada. Esto ha causado muchos problemas a las personas asexuales; el primero de ellos ha sido la dificultad para identificar sus propias experiencias y no sentirse alienadas por no mostrar interés sexual de la misma manera que el resto. En el ámbito de la salud, esta invisibilización se traduce en una patologización que permea en distintos ámbitos, donde la asexualidad (la atracción sexual por otras personas) representa la norma, lo saludable. De esta manera, la falta de este tipo de atracción se convierte en algo a resolver, en lugar de una configuración posible, tan válida como las demás. Esta situación es sostenida por el sistema médico hegemónico que, mediante la medicalización de las personas asexuales, las mantiene bajo su control. En el presente trabajo se analizarán las formas en las que este proceso se desarrolla y cómo el Estado es uno de los responsables de tomar las medidas para evitarlo.

Palabras clave: asexualidad, salud, patologización, Estado

Abstract

Historically, asexuality has been widely invisibilized. This has caused many problems for asexual people; the first of which has been the difficulty to identify their own experiences and not feel alienated for not showing sexual interest in the same way as others. Regarding the medical sphere, this invisibilization translates into a pathologization that permeates different scopes, where asexuality (sexual attraction for others) represents the norm, what is healthy. Thus, lack of this type of attraction becomes something to solve, instead of a possible configuration, as valid as the rest. This situation is upheld by the hegemonic medical model, which, by medicalizing asexual people, keeps them under its control. In this essay, we shall analyze the ways in which this process develops and how the State is responsible for taking the measures to stop it.

Keywords: asexuality, health, pathologizing, State

DOI: <http://doi.org/10.34073/385>

1. Introducción

Las personas asexuales han sido históricamente invisibilizadas y patologizadas por el sistema médico hegemónico. Éste, en las palabras de E. Menéndez, es el conjunto de “representaciones, prácticas y teorías generadas por lo que se conoce como medicina científica, la cual desde finales del siglo XVIII ha tratado de expandirse sobre la población buscando excluir, eliminar y/o subordinar a las otras formas de atención” (2020, p. 88). En el marco de dicho sistema, existen dos trastornos psicológicos (divididos por género) cuyos criterios se superponen con los de la asexualidad: el Trastorno del Interés/Excitación Sexual Femenino (302.72) y el Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo en el Varón (302.71), según la guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. De esta manera, la agencia sobre la identidad sexual de muchas personas es puesta en tela de juicio y, en aquellos casos en los que se diagnostican estos trastornos, quedan a merced del aparato biomédico para normalizarlas y lucrar con el proceso.

2. Desarrollo

2.1 Definiciones

Para comenzar, es preciso definir la asexualidad. Según AVEN (*Asexual Visibility and Education Network*, Red de visibilidad y educación asexual),

En la comunidad asexual la consideramos una orientación sexual, hacia ningún género o sexo, o la falta de orientación sexual, siendo ésta referida sólo a la atracción sexual ya que la orientación romántica de cada persona no tiene por qué coincidir con la sexual.

La reiteración del término “atracción sexual” es importante por varios motivos. Uno es el expresado en la definición, pero el que nos concierne en este caso es la diferenciación entre atracción y deseo sexual. La primera hace referencia a un sentimiento direccionado hacia las personas, mientras que el segundo es más amplio y refiere tradicionalmente a la libido, que puede expresarse de distintas maneras. Una persona asexual no siente atracción sexual hacia las personas, pero sí puede tener un “apetito sexual” que “sacie” mediante la masturbación o incluso el sexo. Dado que la asexualidad no implica el celibato, algunas personas asexuales disfrutan

de las relaciones sexuales, aunque no se sientan sexualmente atraídas hacia sus compañeros.

Esta aclaración puede parecer evidente; sin embargo, la mayoría de los estudios consultados para el presente trabajo utilizan los términos “atracción sexual” y “deseo sexual” indistintamente. Esto puede deberse a la polisemia del término “asexual”. Según el estudio *Asexualidad: revisión crítica del concepto*, de 37 artículos encontrados sobre la misma, el término fue descrito como: “El primero, atracción/deseo sexual como componente central (siete artículos); el segundo, relaciones sexuales; el tercero, relaciones afectivas románticas o amorosas; el cuarto, la autoidentificación” (Campo-Arias et al., 2019, p. 408). La especificidad a la hora de hablar de asexualidad es de suma importancia: si no se conoce o no se precisa sobre el tema en cuestión, difícilmente se puedan obtener resultados útiles o beneficiosos.

2.2 Investigación y visibilidad

Otro problema importante en lo que respecta a temáticas asexuales es la falta de investigación sobre las mismas. Sobre este tema, dicen Maffeo, Szwarc y Fernández Vázquez (2021) en *De la perspectiva de género a la salud feminista: trayectorias, debates e intersecciones*:

En el ámbito de la salud, el MMH (Menéndez, 1988) y el habitus médico autoritario (Castro, 2014) han contribuido a sostener el estandarte de la cisheterosexualidad y ello ha tenido consecuencias nocivas para la salud de quienes son excluidos de ese marco de interpretación [...]. Las consecuencias nocivas son principalmente la falta de investigaciones sobre cuestiones específicas vinculadas a la salud de personas LGBTTI+, la imposibilidad de brindar una adecuada atención, y la exclusión de estas personas del sistema de salud. (p. 3)

El caso de las personas asexuales es particularmente acuciante, debido a que a menudo son invisibilizadas por el canon hegemónico, más que otras identidades sexo-genéricas disidentes. Esta invisibilización acarrea consecuencias importantes dentro de la misma comunidad: muchas personas asexuales pueden no conocer el término y pensar que sus sentires no son válidos o que deben adecuarse al resto de la sociedad. En este sentido, en el artículo *Mental health*

and interpersonal functioning in self-identified asexual men and women, se establece que:

Brotto y Yule propusieron entonces que esas personas que carecían de atracción sexual pero nunca habían escuchado el término ‘asexualidad’ estaban más aisladas, angustiadas o confundidas que aquellas que pertenecían a la comunidad asexual. La interacción con tal comunidad y el reconocimiento de una identidad asexual puede entonces permitirle al individuo asexual un sentido de pertenencia. (Yule et al, 2013, p. 146)

Por este motivo, entre otros, uno de los estandartes de la comunidad asexual es la visibilización de sus identidades; el conocimiento de su existencia es de suma importancia. Dado que las personas asexuales son una minoría, al interactuar con personas alosexuales, pueden sentirse “fuera de” o como si no comprendieran algo que sí comprende el resto, en particular en un momento tan formativo de la vida como es la adolescencia. Por otro lado, la falta de visibilidad puede afectar considerablemente la salud de las personas de maneras más directas. Faris y Esteban (2018, p. 87) explican en *Saliendo de la Otra Esquina del Clóset: Arrojando Luz hacia la Asexualidad* que:

Según Utamsingh y colegas (2015), la comunicación heteronormativa en el entorno médico-paciente puede conducir a evitar el cuidado de la salud [...]. Ellos también indican que las suposiciones heterosexuales como única orientación sexual válida, comunicadas por un profesional de la salud, conducen a una sensación de invisibilidad, temor a rechazos posteriores a la revelación, falta de confianza en la persona profesional y la falta de revelación de la orientación y/o identificación sexual. [...] Estos fenómenos a su vez pueden dar lugar a diagnósticos erróneos y equivocaciones en el historial del paciente.

El lugar más susceptible a este tipo de situaciones, en el caso de las personas potencialmente gestantes, es el consultorio ginecológico. En él, se suele equiparar ser “sexualmente activo” con “haber tenido relaciones sexuales al menos una vez”, sin consideración de las amplias diferencias entre ambos conceptos y todo lo que ello representa en cues-

tiones de salud. Por otro lado, se pregunta por los métodos anticonceptivos utilizados, sin tener en cuenta que muchas personas no necesitan hacer uso de ellos por la naturaleza del sexo que practican, por no practicarlo en absoluto o por el deseo de gestar.

Este sesgo por parte de muchos profesionales vulnera el derecho a la salud de las personas asexuales, incluso (o, en especial) cuando no es consciente debido a la falta de información al respecto o a una formación desactualizada o intencionalmente afóbica (es decir, que discrimina a los asexuales).

2.3 (Alo)sexualidad obligatoria

Además de una falta de visibilidad, existe una falta de credibilidad sobre las identidades asexuales. En el mismo artículo, los autores expresan que:

También, se ha encontrado que la asexualidad carece de credibilidad social, ya que no es visible o creíble en las culturas heteronormativas. Esto puede imponer un desafío significativo para las autopercepciones positivas, debido a la preocupación sobre la percepción de la sociedad al no considerar la asexualidad como una identificación legítima. (Faris y Esteban, 2018, p. 80)

Esta postura es explicitada por Elsa Ortiz Rosero (2013, p. 7) en su artículo *Soy asexual, no estoy enferma*, cuando dice que “desde luego están aquellas personas que, al creer abandonadas de la liberación sexual, me han dicho: ‘no puedo confiar en alguien que no disfrute de su cuerpo’”. Esta idea está muy arraigada en una sociedad que ubica al sexo como uno de sus mayores puntos de interés y considera que necesariamente debe ser una parte integral de la vida de todas las personas, como expresa Gayle Rubin (1984, p. 149) en su artículo *Thinking Sex*: “Dominado por más de un siglo por la medicina, la psiquiatría y la psicología, el estudio académico del sexo ha reproducido el esencialismo. Estos campos clasifican al sexo como una propiedad de los individuos.” (la traducción es propia). No se puede concebir a una persona que no disfrute del sexo, porque parece ser sinónimo de liberación. Se considera a las personas asexuales como encorsetadas y reprimidas, concepto desarrollado por el paradigma biomédico que se analizará en breve.

En esta línea, Geraldina Dana (2020, p.136) expresa en *La comunidad virtual de asexuales del área metropolitana de Buenos Aires* que es:

Bozon (2004), quien resume el mandato moderno y occidental en torno a la sexualidad como uno donde es obligatorio mantener relaciones sexuales regulares desde la adolescencia hasta la tercera edad, y que esto es considerado como placentero, sano y deseable. Esta mirada patologiza a la asexualidad.

2.4 Patologización

La patologización es un tema particularmente relevante al hablar de identidades sexogenéricas disidentes. Según Schwend (2020, p. 3), la misma se puede entender como la “conceptualización de características físicas, hábitos, prácticas, formas de vida, gestos, personas o grupos de personas con desórdenes mentales, enfermas, anormales o malformadas”. Estos criterios son definidos por el modelo médico hegemónico, aunque sus definiciones nunca son inocentes y responden a los intereses de cada sociedad. Es Rubin (1984, p. 169) quien comenta que:

La psicología es la última opción de quienes se niegan a reconocer que los disidentes sexuales son tan conscientes y libres como cualquier otro grupo de actores sexuales. Si los desviados no responden a las manipulaciones del sistema sexual, quizás el origen de sus decisiones incomprensibles se pueda encontrar en una mala infancia, una socialización no exitosa o una formación de la identidad inadecuada.

Éste puede ser el caso de la asexualidad, de la cual a menudo los profesionales intentan “encontrar el origen” en situaciones traumáticas vividas en la infancia o la adolescencia, mayormente sucesos de violencia sexual. Esto no significa que no existan personas que se identifican como asexuales a quienes les hayan acontecido este tipo de experiencias, ni que sean “menos válidos” que aquellos a los que no. Sin embargo, vale resaltar que no es el caso de la mayoría de las personas asexuales.

Podemos encontrar una de las raíces de la patologización de la asexualidad en la teoría de Freud. Según Faris y Esteban

(2018, p. 82), la psicología asume que “la naturaleza y conducta humana es conducente por la libido (la energía sexual). Partiendo de esto, Freud diría que la asexualidad es una represión de los deseos sexuales”. Esta es la concepción que prevalece en el paradigma médico imperante, sobre el cual no sólo se basan las opiniones de los psicólogos, sino también otros profesionales médicos. Sin embargo, es un concepto erróneo, ya que mezcla la polisemia del término: los asexuales no reprimen sus deseos sexuales, sino que carecen de atracción “direccionada” hacia otras personas. Esto no implica que no tengan deseos sexuales; por el contrario, estos deseos se pueden expresar de otras maneras, como la autosexualidad o las parafilias, consideradas en este trabajo, no como “perversiones” o formas de sexualidad que afectan negativamente a las personas, sino como preferencias sexuales que escapan a la normatividad, producto de objetos o situaciones, como el cuero o el voyeurismo (siempre que sea consensuado).

La patologización implica para los sujetos ser vistos como “no sanos” o “no normales”, estado que debe ser claramente revertido. Moira Pérez (2019, p. 37) explica en *Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer*:

Pero quién, cómo y cuándo se debe hacer tal cambio de estado [...] es algo que no decide el individuo mismo, sino esa entidad tan difícil de cuestionar en nuestra cultura: ‘la medicina’. Así es como se abre la puerta para que la noción de ‘salud’ funcione como instrumento de violencia: el cuerpo marcado como ‘anormal’ es forzado a adaptarse a un medio, forzamiento que se justifica en nombre de la salud.

La medicina decide lo que hay que corregir, por más que no represente un problema para las personas. Si bien en la teoría, el concepto de “salud” ha cambiado durante el último siglo, en la práctica parece mantenerse relativamente incólume. Un ejemplo de esto puede ser el de las personas con sobrepeso que, a menudo, se ven forzadas a exponer continuamente sus cuerpos a dietas restrictivas que rara vez les dan resultado, cuando el resto de sus indicadores de salud no presentan riesgos. Tales esfuerzos pueden generar un gran estrés en la persona que los atraviesa y las fluctuaciones

constantes de peso además pueden resultar perniciosas. Foucault (1998, p. 26) también hace referencia al control que posee la medicina sobre la sexualidad de las personas en *Historia de la sexualidad*, donde expresa que, en ausencia de la severidad de las leyes sobre las divergencias sexuales que habían existido previamente, se desarrolló una “astucia suplementaria de la severidad si se piensa en todas las instancias de control y en todos los mecanismos de vigilancia montados por la pedagogía o la terapéutica.”. Mecanismos de vigilancia que pueden incluso contar con imperativos explícitos, como el de realizarse controles anuales con médicos clínicos, ginecólogos y otros profesionales. En lugar de crear dispositivos que fomenten la autonomía de las personas sobre su salud, el sistema médico desarrolla instrumentos que sólo pueden ser administrados por sus propios profesionales. Esta situación ha sido denunciada por diversos movimientos activistas que han trabajado por tomar la tecnología biomédica en sus propias manos, como el reclamo de agrupaciones homosexuales y de respuesta al VIH-SIDA por pruebas de VIH autoadministradas o la adopción del Del-Em (un dispositivo sencillo diseñado para succionar la pared endometrial del útero) por parte de personas potencialmente gestantes como un dispositivo menstrual que podía eliminar muchas de las consecuencias negativas de la menstruación.

2.5 DMS-5

Actualmente en el DSM-5 se encuentran dos categorías íntimamente relacionadas con la asexualidad: el Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo en el Varón y el Trastorno del Interés/Excitación Sexual Femenino. Esta división por género no es inocente, sino que plantea una visión heterosexista del deseo y las relaciones sexuales. En el primer caso, existe un criterio principal de diagnóstico, que es el siguiente: “Fantasías o pensamientos sexuales o eróticos y deseo de actividad sexual reducidos o ausentes de forma constante o recurrente” (2014, p. 440). Por otro lado, en el caso femenino, los criterios son más extensos y dos de ellos hacen referencia a acercamientos por parte de potenciales compañeros sexuales (“habitualmente no receptiva a los intentos de la pareja por iniciarla” y “Excitación o placer sexual ausente o reducido en respuesta a cualquier invitación sexual o erótica, interna o externa”, p. 433); además de mencionar el término “pareja” en tres ocasiones. Es decir que, según la Asociación

Americana de Psiquiatría, la respuesta a avances sexuales de otras personas y los vínculos de pareja no son relevantes para el diagnóstico en hombres, pero sí en mujeres. Este sesgo no es sólo sexista sino también homofóbico y bifóbico. En el caso de las mujeres, “Fantasías o pensamientos sexuales o eróticos ausentes o reducidos” (p. 433) también es un criterio, definición que puede superponerse con la experiencia asexual.

Es importante resaltar que el DMS-5 incluye una salvedad: “Si el deseo reducido en un varón se explica por la identificación como “asexual” que el propio hombre hace de sí mismo, no se diagnosticaría el trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón” (p. 443). Esta nota, valga la aclaración, fue una recomendación realizada comunidad asexual en un informe presentado al *DSM-V Sexual Dysfunctions Subworkgroup*, en un esfuerzo por evitar la patologización de dichas identidades. Tal aclaración, junto con uno de los criterios que establece que los síntomas deben provocar “un malestar clínicamente significativo en el individuo” para que se considere un trastorno (p. 433, p. 440), pueden resultar insuficientes. Además, en el caso del trastorno de la mujer, a la “ausencia de deseo sexual” se le suma “de por vida”, lo cual niega el carácter fluido que puede tener la sexualidad humana.

En su artículo titulado *How is asexuality different from hypoactive sexual*, Hinderlite (2013, p. 173) señala varias diferencias entre la asexualidad y el trastorno mencionado. Según él, una de las principales es la valoración que hacen las personas sobre la falta de interés/atracción sexual que presentan. Sin embargo, en una sociedad en la que las personas asexuales son vistas como “menos humanas” (Brotto y Yule, 2016), ¿no es de esperar que puedan valorar esta falta como algo negativo y que pueda existir en ellas un malestar clínicamente significativo? En tal caso, la raíz no es la falta de atracción en sí, sino las dificultades que le genera a la persona en cuestión; sin embargo, dicha diferenciación puede no resultar evidente en un primer análisis.

La falta de visibilización de la asexualidad también afecta a los profesionales de la salud, quienes no están exentos de formular conjeturas sesgadas o desestimar dicha aclaración por no considerarla relevante para el diagnóstico. En Gupta (2017), por ejemplo, se menciona que dos de sus entrevistadas habían tenido experiencias negativas respecto de su asexualidad, no sólo con un psicólogo sino con tres (p. 997).

Uno de los problemas con la determinación de un diagnóstico de estas características es que las personas quedan a merced de un profesional y de un sistema que busca normalizarlas bajo el pretexto de eliminar el “malestar significativo”. Por otro lado, si bien en Argentina existe acceso a la salud pública, éste no deja de ser restrictivo por la alta demanda que existe y los medicamentos no siempre son accesibles de manera gratuita.

Un último punto respecto de la inclusión de este trastorno en el Manual de Diagnóstico es que la asexualidad es la única orientación sexual que actualmente comparte definición con una tipificación patológica. De hecho, otras sexualidades disidentes también fueron consideradas en las ediciones DSM-3 y DSM-4, aun cuando la homosexualidad en sí misma había sido eliminada como un trastorno en 1974. Dentro de los trastornos de la identidad sexual aparece el “Trastorno sexual no especificado” (F59.9). En él, se menciona como ejemplo “Malestar profundo y persistente en torno a la orientación sexual.” (1995, p. 551). Dicha caracterización fue finalmente removida por resultar patologizante en el DSM-5. ¿Por qué entonces no resulta patologizante la entrada análoga sobre falta de atracción sexual?

2.6 Despatologización y salud integral

Faris y Esteban mencionan que, además de, en ocasiones, ocultar su sexualidad, los asexuales también participan “en actividades sexuales con el único propósito de complacer a su pareja; aunque no presenten algún deseo sexual propio o debido a que se sienten presionados” (2018, p. 80). En muchos los casos, las personas asexuales no se ven obligadas de forma directa por sus parejas a tener relaciones, sino que es la propia presión social de la sexualidad obligatoria que los conduce a realizar lo se considera “normal”.

Sobre esta base es que se reclama en segundo lugar la despatologización de la asexualidad. Según Dana, éste es un punto importante para los integrantes de la comunidad virtual asexual del Área Metropolitana de Buenos Aires. La afirmación mencionada se basa tanto en entrevistas semi estructuradas como en la información recopilada del grupo de Facebook *Yo también soy asexual - Argentina*, con más de 1500 miembros en la actualidad.

Este es uno de los motivos por los cuales se aboga por una salud integral. Paiva et al. (2018, p. 41) la describen en *Pre-*

vención, promoción y cuidado. Enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos como “bienestar físico, mental, social y espiritual”, haciendo hincapié no sólo en los aspectos médicos, sino también en bienestar de la vida cotidiana. La salud sexual es considerada una parte importante de la misma. Sin embargo, las personas asexuales suelen ser excluidas de ésta. Conley-Fonda y Leisher (2018, p. 9) explican en *Asexuality: Sexual Health Does Not Require Sex* los peligros de esta exclusión: la misma “puede influenciar no sólo experiencias sexuales positivas y saludables, sino también las negativas o clínicamente significativas”. Es decir que la falta de un marco conceptual sobre el cual los asexuales puedan entender sus propias experiencias es otra forma más en la que ven vulnerados sus derechos.

Sin embargo, podemos tomar el concepto de salud sexual desde otro punto de vista. Explica Diane Richardson (2000, p. 107) en *Constructing sexual citizenship: theorizing sexual rights* que, si bien la ciudadanía sexual suele entenderse como el “acceso a un grupo de derechos de expresión y consumo sexual”, además refiere al “derecho de control y seguridad”, también caracterizado como “el derecho a decir ‘no’”. Podemos afirmar entonces que, dentro de la salud sexual, la decisión de no involucrarse en relaciones sexuales también estaría incluida y debería ser garantizada como un derecho sexual.

2.7 Salud y capitalismo

Como fue expuesto anteriormente, el sistema médico hegemónico responde a ciertos intereses, no relacionados necesariamente al bienestar de las personas. En ese sentido, dice Moira Pérez (2019) que “‘salud’ significa de hecho adaptación plena a un sistema capitalista, patriarcal, cissexista, capacitista” (p. 39).

De manera no taxativa, se pueden mencionar al menos cuatro formas en las que el capitalismo se relaciona con las identidades asexuales y las afecta. La primera, como explican Campo-Arias et al. (2019, p. 409) en *Asexualidad: revisión crítica del concepto*, es que nos encontramos en “un momento en el que la industria de servicios sexuales y pornografía se encuentra en auge y que las páginas de Internet más visitadas se relacionan con el comercio de la sexualidad”. En muchos casos, las personas asexuales están excluidas de este tipo de consumo, en particular del comercio

sexual. En segundo lugar y con relación a lo anterior, las tácticas de venta suelen utilizar la sexualización para atraer a un mayor público; este fenómeno se da más visiblemente con los consumidores masculinos heterosexuales, pero también está presente en el caso de las consumidoras.

En tercer lugar, la patologización de la asexualidad puede dar lugar a la decisión de administrar medicamentos o terapias a las personas asexuales. Campo-Arias et al. (2019, p. 409) nos remarcán “[...] los intereses financieros detrás de la creación de cada nuevo diagnóstico, con la creación de medicamentos o psicoterapias”. Es así como además de “enfermos” o “anormales”, el modelo médico hegemónico crea consumidores.

En cuarto lugar, debemos considerar la incapacidad de la asexualidad de ser funcional a un sistema capitalista que necesita que los individuos se integren en las relaciones de (re)producción para así perpetuarlas; les asexuales son menos adaptables a un sistema que está signado por las relaciones de pareja. Explican Faris y Esteban (2018, p. 82) que:

Aunque no todas las personas asexuales son solteras y no todas las personas solteras son asexuales, existe evidencia de que las personas asexuales tienen menos probabilidades de haber tenido una relación a largo plazo que las personas sexuales. Por lo tanto, esta forma de discriminación estructural contra las personas no conyugales puede tener una mayor relevancia para las personas asexuales.

Nuestra sociedad está diseñada con la idea de familia nuclear (dos cónyuges y dos o tres hijos) como modelo que atraviesa diferentes ámbitos de nuestra experiencia: desde que los autos suelen tener lugar para cuatro o cinco personas, a que las licencias laborales cubran únicamente a familiares directos y hasta que sólo se pueda estar casado con una persona a la vez. Como se mencionaba en el texto de Faris y Esteban (2018), si bien las personas asexuales pueden formar vínculos románticos y tener hijos (como el caso de los asexuales alorrománticos), el porcentaje de personas asexuales que no establecen parejas románticas es mayor al de sus pares alosexuales, concepto que se desarrollará a continuación.

2.8 Salud mental

Un aspecto importante de la salud integral de las personas asexuales es el de la salud mental. En el artículo de Yule et al. (2013, p. 137), se indaga mediante una encuesta sobre trastornos mentales asociados a la identidad sexual. Los resultados fueron que: “los participantes asexuales demostraron los niveles más altos en síntomas de depresión, autoestima y satisfacción, seguidos por participantes homosexuales, bisexuales y, por último, heterosexuales”. Sin embargo, es de señalar que las preguntas que se les realizaron fueron sólo dos y se contestaban únicamente con las opciones “sí”, “no” y “no lo sé”. Un estudio tan limitado difícilmente pueda obtener conclusiones demasiado satisfactorias en un tema tan subjetivo como la salud mental.

Un factor que puede ser de importancia en este punto son las relaciones de pareja. Según Yule et al. (2013, p. 147), “las personas gays y lesbianas tienen menos probabilidades de estar en una relación comparadas con su contraparte heterosexual (quizás debido a la falta de parejas adecuadas o al estigma social y barreras de dichas relaciones)”. Se deriva de esta afirmación que las personas asexuales tienen aún menos chances de encontrar una pareja, considerando que sólo representan el 1% de la población. Esta falta puede llevar a la soledad, lo que puede afectar directamente la salud mental.

Otro factor mencionado por Yule et al. (2013, p. 146) como relevante para la salud mental de las personas asexuales es la dificultad de verse identificadas con el resto. Según su artículo, “(...) los asexuales expresaron una sensación de siempre haberse ‘sentido diferentes’ a otros, que comenzaba alrededor de la época en la que sus pares comenzaron a desarrollar interés sexual.”. Un sentimiento de pertenencia puede resultar crucial durante el desarrollo de niños y adolescentes.

2.9 Vulnerabilidad

Por lo ya expuesto, un concepto que puede servirnos para encarar la temática es el de vulnerabilidad. En el artículo mencionado, Paiva et al. (2018, p. 44) la definen como “un conjunto de aspectos individuales y colectivos relacionados a la mayor susceptibilidad de individuos y comunidades ante una enfermedad o daño y, de modo inseparable, menor disponibilidad de recursos para su protección.”. Este enfoque

está basado en los derechos humanos y es útil para comprender qué procesos e intereses se expresan en la vulneración de las personas asexuales. Como explican Paiva et al. (2018, p. 48), “al comprender su historia social enfatizamos la responsabilidad y la acción de los gobiernos y programas públicos de salud, como parte integrante de los determinantes contextuales y sociales en el proceso salud-enfermedad”. Este enfoque es el contemplado en los Principios de Yogyakarta, que son principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. En ellos, se establece que los Estados “Adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean necesarias a fin de asegurar la plena protección contra prácticas médicas dañinas basadas en la orientación sexual o la identidad de género”. Por lo tanto, nuestro Estado está en la obligación de asegurar a las personas asexuales (así como al resto de las personas del colectivo LGBTIQ+) sus derechos, y explícitamente aquellos relacionados a su salud integral. Esta garantía podría traducirse en capacitaciones para los profesionales de la salud (y, por supuesto, de otras áreas como la educación) y espacios de contención específicos para las personas asexuales, entre muchas otras políticas. Sin embargo, esto no se ve reflejado en la práctica. El Estado argentino le debe a sus ciudadanos la implementación real de una salud integral y libre de discriminación.

3. Conclusión

A través de este trabajo se han explicitado de manera no taxativa las formas en las que las personas asexuales son invisibilizadas y vulneradas en el ámbito de la salud por el modelo médico hegemónico. Este sistema, sin dudas, no está desligado del capitalismo en el que se enmarca y que tiene consecuencias tangibles en la vida de las personas asexuales. En consecuencia, se ha propuesto un enfoque integral para su consideración, que responsabiliza también al Estado en su rol de asegurar los derechos de la población en este ámbito. Por otro lado, se urge a los profesionales de la salud a tomar consciencia sobre la existencia de las personas asexuales y sus particularidades en lo que respecta al cuidado integral de su salud. Una mayor visibilización de estas identidades es un primer paso más que necesario para garantizar los mismos derechos de los que gozan las demás personas.

Referencias bibliográficas

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5®), 5a. Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Campo-Arias A., Guerra-Castillo M., Herazo E. (2019). Asexualidad: revisión crítica del concepto. *Duazary*. 16 (2 número especial). Doi: <https://doi.org/10.21676/2389783X.2934>.
- Conley-Fonda, B. y Leisher, T. (2018). Asexuality: Sexual Health Does Not Require Sex. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 6-11. DOI: 10.1080/10720162.2018.1475699.
- Dana, G. (2020). La comunidad virtual de asexuales del área metropolitana de Buenos Aires. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. Revista Latinoamericana. Núm. 34. 126-152.
- *DSM-IV: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (1995). Amer Psychiatric Pub Incorporated.
- Faris, M. y Esteban, C. (2018). Saliendo de la Otra Esquina del Clóset: Arrojando Luz hacia la Asexualidad. *Ciencias de la Conducta*. Vol. 33, Núm. 1, 75- 94. Universidad Carlos Albizu. San Juan, Puerto Rico.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la sexualidad 1. La voluntad del saber*. Siglo XXI editores.
- Gupta, K. (2017). “And Now I’m Just Different, but There’s Nothing Actually Wrong With Me”: Asexual Marginalization and Resistance. *Journal of Homosexuality*, 64:8, 991-1013.
- Hinderliter, A. (2013). How is asexuality different from hypoactive sexual desire disorder? *Psychology & Sexuality*, 4:2, 167-178.
- Maffeo, F., Szwarc, L., Fernández Vázquez, S. S. (2021). De la perspectiva de género a la salud feminista: trayectorias, debates e intersecciones. V Jornadas Internacionales de Estudios de América Latina y el Caribe “Escenario regional de ofensiva capitalista y rebeliones populares.
- Menéndez, E. (2020). Morir de alcohol. *Saber y hegemonía médica*. Universidad Nacional de Lanús.
- Paiva, V., Ayres, J., Capriati, A., Amuchástegui, A., Pecheny, M. (2018). PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y CUIDADO. *Enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos*. Buenos Aires. Te-seopress.
- Pérez, M. (2019). Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer. *Salud feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tinta Limón.

- Principios de Yogyakarta. (2007). Consultado en: http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles_sp.pdf.
- Richardson, D. (2000). Constructing sexual citizenship: theorizing sexual rights. *Critical Social Policy*. Vol. 20, I. 1. <https://doi.org/10.1177/026101830002000105>.
- Rosero, E. (2013). Soy asexual, no estoy enferma. II Coloquio internacional. Saberes contemporáneos desde la diversidad sexual: teoría, crítica, praxis. Universidad Nacional de Rosario.
- Rubin, G. (1998). Thinking Sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality. *Culture, Society And Sexuality*. Routledge.
- Schwend, S. (2020). Trans health care from a depathologization and human rights perspective. *Public Health Rev*. doi: 10.1186/s40985-020-0118-y.
- Yule, M., Brotto, L. & Gorzalka, B. (2013). Mental health and interpersonal functioning in self-identified asexual men and women. *Psychology & Sexuality*. Vol. 4, No. 2, 136–151, <http://dx.doi.org/10.1080/19419899.2013.774162>