

# Asexualidad: un recorrido a lo largo de la historia y la medicina

Durán-Ávila, José Javier<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Medicina, Universidad de Granada (UGR)

## Resumen

El origen de la asexualidad es bastante difuso y complejo, pues, aunque ha estado presente en el ser humano desde tiempos inmemoriales, es relativamente reciente. En 1950 aparece por vez primera con Kinsey y su escala («categoría X» = falta de atracción sexual). Sin embargo, son Storms y su modelo bidimensional de la sexualidad basado en el homo y heteroerotismo los que introdujeron el término de «asexualidad» como tal. La falta de conocimiento y la poca información sobre la asexualidad ha hecho que numerosas personas se sientan incomprendidas, incluso llegando a ser diagnosticadas con un trastorno mental. En este contexto, cabe señalar la labor del colectivo AVENes en la transmisión y difusión de información. Esta revisión aborda la asexualidad desde diversas perspectivas, como la histórica y la médica, así como la errónea concepción de la asexualidad como una disfunción sexual o incluso como un trastorno mental (trastorno de deseo sexual hipoactivo). Asimismo, se indica la prevalencia actual y su concepción hoy en día, siendo necesario entender la asexualidad como una orientación sexual.

**Palabras clave:** sexualidad, asexualidad, orientación sexual, deseo sexual, TDSH.

## 1. Introducción

La sexualidad constituye un punto central en los seres humanos, estando presente casi desde su inicio y, además, influida por numerosos factores: biológicos, conductuales y emocionales, entre otros. Dentro de la propia sexualidad se encuentra un componente fundamental: la orientación sexual. Es aquí donde entra en juego la asexualidad, que es una orientación sexual de baja prevalencia basada en la falta de atracción sexual hacia otra persona o en una disminución del deseo sexual. Sin embargo, ser asexual no implica necesariamente que no se pueda formar relaciones románticas de pareja, que no se tenga libido o que no se practiquen relaciones sexuales (1). Por tanto, es importante diferenciar la asexualidad de otras cuestiones de índole religiosa, cultural, moral o incluso cuadros de patología médica que han sido descritos y confundidos con la asexualidad con el transcurso de los años.

Resulta bastante impactante la importancia y la atención que ha recibido el celibato, que no es una forma de asexualidad, dentro de los movimientos sociales y religiosos a lo largo de la historia si lo comparamos con la asexualidad, que ha sido «desplazada», especialmente en la política feminista. Es importante señalar cómo la asexualidad puede ser utilizada como una herramienta de lucha contra los constructos sociales, políticos, culturales y los roles de género (2, 3).

El objetivo de esta revisión narrativa de la literatura es conocer el origen y la evolución histórica de la concepción biopsicosocial de la asexualidad. Además, se analiza la prevalencia y la situación actual de este tema.

## 2. Asexualidad e historia: origen y evolución

El origen de la asexualidad es bastante difuso y complejo, pues, aunque ha estado presente en el ser humano desde tiempos inmemoriales, el concepto como tal no fue acuñado hasta 1977-1980 (4).

En torno a 1950, las ideas de Freud provocaron un alto revuelo y un gran cambio en las actitudes hacia la sexualidad en Estados Unidos. Todo esto llevó a Alfred Kinsey a realizar un estudio cuantitativo sobre la sexualidad, valorando la homosexualidad y la heterosexualidad en una escala, como se puede ver en la Tabla 1 (5, 6). Por tanto, el primer germen de la asexualidad se encuentra en 1950 con el «informe Kinsey», donde se estableció el grupo «X», definido por la falta de atracción sexual (7). Fue Kinsey quien utilizó por vez primera el término «orientación sexual», siendo este definido como la atracción emocional, romántica, sexual o afectiva hacia otro individuo (1).

Posteriormente, en los años 80, Michael D. Storms incluyó la asexualidad en su modelo sobre la sexualidad humana. Storms intentó definir un modelo bidimensional basado en el homo y heteroerotismo dividido en cuatro categorías, apareciendo por vez primera el término «asexualidad» (8). En la Figura 1 puede observarse dicho modelo (8).

Con la aparición del término, se comenzó a encontrar referencias de personas que se consideraban asexuales en torno a 1997. Es, sin embargo, a partir de 2001 cuando se produjo la verdadera asimilación del término y del colectivo, al crear David Jay una plataforma para la educación y visibilidad de la asexualidad: AVENes (3).

Posteriormente, Bogaert usó un ítem (Figura 2) con múltiples respuestas para calificar la asexualidad, siendo considerados como asexuales aquellos que marcaban la opción «nunca me he sentido atraído por ninguno de ellos» (9). Sin embargo, esta forma de designar a alguien como asexual fue cuestionada más tarde (9).

### 3. Asexualidad y medicina

Paula Nurius, en 1983, trató de abordar la relación entre la sexualidad y la medicina, intentando eliminar el prejuicio y la relación intrínseca entre enfermedad y homosexualidad. Aunque no profundizó minuciosamente en la asexualidad, sí que la incluyó como una orientación sexual. Además, obtuvo que un 5 % de los hombres y un 10 % de las mujeres participantes se identificaban como «asexuales», ya que presentaban una baja puntuación en cuanto a actividad y preferencias sexuales (test SAPS). Por ello, definió como asexuales a «aquellas personas que prefieren no verse involucradas en ninguna actividad sexual». Aunque su labor de investigación se centraba en la relación entre hetero u homosexualidad y enfermedad, pudo sugerir una relación entre la asexualidad y algunas patologías, sobre todo psiquiátricas, como la depresión (3, 10). Es decir, los resultados pudieron mostrar que las personas asexuales tenían más probabilidad de tener baja autoestima o depresión, en comparación con otras orientaciones sexuales.

#### 3.1. Asexualidad como disfunción sexual o trastorno mental

A lo largo del tiempo, se ha planteado numerosas veces la posibilidad de que la asexualidad sea síntoma de una disfunción sexual; es decir, una alteración de la propia capacidad sexual que muchos consideran inherente al ser humano o incluso de la capacidad para experimentar placer. Todo esto llevó de forma errónea a pensar que la asexualidad se relacionaba con un bajo deseo sexual. Como consecuencia de esto, se produjo en numerosas ocasiones el diagnóstico equivocado: trastorno del deseo sexual hipoactivo (TDSH). Dado que la asexualidad no implica la falta de deseo sexual, Lori Brotto (11) llevó a cabo un estudio que abarcaba el contenido de fantasías sexuales y su frecuencia en personas asexuales en comparación con personas con y sin bajo deseo sexual.

La tercera edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-III) incluía una entrada sobre el «deseo sexual inhibido». Esto daba a entender de forma explícita que el deseo sexual es algo inherente al ser humano y que siempre existe en él, tratándose de una patología cuando se encuentre inhibido. Posteriormente, el término «inhibido» fue

cambiado por «hipoactivo»; si bien es cierto que esto dio un amplio margen de diagnóstico, se continuó englobando a las personas asexuales de forma errónea dentro de dicha patología (1). Según el DSM-IV, dicho trastorno se define como una falta de deseo sexual o, al menos, una deficiencia notable que se acompaña con síntomas inespecíficos, como malestar, o incluso asociado a situaciones problemáticas interpersonales. Como se ha expuesto anteriormente, esta definición llevó al diagnóstico erróneo en numerosas ocasiones de aquellos individuos que realmente eran asexuales. Sin embargo, gracias al esfuerzo del colectivo asexual (AVEN), se consiguió una nueva edición del DSM en la que se aprecia una clara distinción entre dicho trastorno y la propia asexualidad. En el DSM-V se estableció una división doble entre el trastorno de interés o excitación sexual femenino (TIEF) y el trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón (TDSH masculino). Ambos están diagnosticados por una reducción en el deseo, fantasías o pensamientos sexuales con presencia necesaria de un malestar clínicamente relevante, y excluyendo la asexualidad como tal (12).

#### 3.2. Críticas y controversia del DSM-V en relación con la asexualidad

Una posible controversia con el DSM-V es que la persona debe identificarse como «asexual» para excluir directamente el diagnóstico de TIEF o TDSH masculino. Sin embargo, el problema radica en que muchas de las personas asexuales se consideran alosexuales por la poca información o desconocimiento. Esto se puede ver reflejado en la Figura 3, la cual establece un algoritmo de diagnóstico para aquellas personas con «bajo deseo o interés sexual» (13). Tiene la limitación de no mostrar la asexualidad como posible opción, lo que descartaría directamente cualquier diagnóstico patológico, y esto es debido a que el paciente «debe identificarse como asexual». Además, una mujer que haya presentado interés sexual en el pasado, puede ser diagnosticada con TIEF, ya que solo considera una ausencia de deseo sexual de por vida para poder descartar dicha patología (12).

#### 3.3. Diferencias y similitudes entre asexualidad y TDSH

Como se ha expuesto anteriormente, el DSM-IV definió el TDSH como una falta o ausencia de fantasías y deseo sexual persistente o recurrente, siendo necesaria la presencia de angustia o sufrimiento personal, o incluso dificultades personales (siempre y cuando no pudiera ser explicada por otro trastorno mental o patología médica). Sin embargo, la asexualidad difiere en la necesidad de presentar angustia o sufrimiento, que solo está presente en un pequeño porcentaje de asexuales. Para diferenciar la asexualidad del TDSH, Bogaert (14) expuso que

es importante la dicotomía de los términos «deseo sexual» y «atracción sexual», ya que ambos están interconectados entre sí. La diferencia fundamental radica en que algunas personas asexuales pueden tener deseo sexual, o incluso actividad sexual y disfrutar de ello, pero este deseo no está orientado hacia otra persona. Sin embargo, los pacientes con TDSH pueden tener atracción sexual, pero no sienten ese deseo. Mientras que la asexualidad es transversal a lo largo de la vida de la persona, el TDSH no lo es necesariamente; no obstante, existe controversia en este punto al hablar de asexualidad adquirida por otros autores. Por tanto, podemos concluir que el punto clave radica en la falta o disminución de alguna manera de atracción sexual, estando esta aún presente en pacientes con TDSH (Tabla 2) (15).

#### 4. Asexualidad: prevalencia y actualidad

Tras 30 años de revolución sexual, se cree que la vida sexual goza de su máxima libertad y expresión. Sin embargo, es importante no obviar que los aspectos sociales siguen influenciando y restringiendo la libertad sexual de algunas personas. Tiefer, en su obra *Sex is not a natural act*, abordó la disfunción sexual relacionándola con el feminismo y la política, así como la introducción de la viagra y cómo esto propició la creación de la disfunción sexual femenina y la concepción del sexo como «normal». Por todo ello, es importante señalar que, en la actualidad, la libertad sexual puede verse truncada por constructos sociales, aunque en mucha menor medida que años atrás. Es por ello que sigue habiendo quien considera la asexualidad como parte de dicha disfunción (16).

La asexualidad parece presentarse de forma mayoritaria en mujeres, pudiendo estar determinada por su cultura. Tal y como se ha expuesto anteriormente, la forma de Bogaert de distinguir a una persona asexual utilizando aquel ítem ha sido puesta en controversia y duramente criticada junto con los resultados de su estudio, en el que expresa que la prevalencia de la asexualidad es del 1 %. Sin embargo, ese 1 % no es del todo preciso ni fidedigno, debido a la utilización de ese único ítem y a que dichos datos fueron recogidos de forma previa a la existencia de la comunidad asexual, uniéndose ambos factores a la falta de conocimiento y desinformación sobre la asexualidad (8). Gran parte de estas aportaciones fueron expuestas por DeLuzio (17). Sin embargo, gracias a las aportaciones de Bogaert, la asexualidad pudo ser ampliamente reconocida y comenzó a ver esa luz al final del túnel.

Hoy en día podemos hablar de 110 000 personas asexuales, con una edad media de 27 años, designándose a sí mismas como asexuales (ningún tipo de atracción sexual), autosexuales (pueden tener deseo

o atracción sin compartirlo con otras personas) o demisexuales, así como Grey-A (un punto intermedio entre asexualidad y sexualidad). Es importante señalar que en la sociedad pueden existir gran cantidad de personas que no hayan mantenido relaciones sexuales o que hayan dejado de tenerlas, y no por esto deben ser considerados como asexuales. Se pueden tratar diferentes categorías en función de la orientación romántica de la persona asexual (18).

#### 5. Conclusión

Es indudable que la asexualidad ha sufrido un corto pero difícil camino hasta la actualidad. La falta de conocimiento y la poca información sobre ella ha hecho que numerosas personas se sintieran incomprendidas, incluso llegando a ser diagnosticadas con trastornos mentales, como el mencionado TDSH. Aunque la prevalencia de esta orientación sexual es relativamente baja, ha ido aumentando a lo largo de la historia debido a la aparición de múltiples escritos, investigaciones y a la labor de difusión y lucha del colectivo AVENes; así como al aumento de la información y el fácil alcance de la misma.

Quizás aún muchas personas no consideren la asexualidad como lo que es: una orientación sexual más. Ahora bien, está claro que se ha conseguido un gran avance y que se han modificado muchas de las ideas preconcebidas que se tenían de ella.

Resulta bastante asombroso cómo muchas personas hoy en día siguen teniendo la concepción de que el sexo es inherente al ser humano y, por tanto, necesario, considerando a las personas asexuales como enfermas, e incluso desplazándolas de la sociedad. En cambio, la sociedad puede entender, aunque no siempre, que alguien se sienta atraído por una persona de su mismo sexo. Sin embargo, para muchos no es posible entender una ausencia de atracción, ya sea hacia el mismo sexo o el opuesto, puesto que sería vivir sin esa parte de uno mismo que muchos consideran necesaria e inherente al ser humano.

#### Declaraciones

##### Conflictos de interés

El autor de este trabajo declara no presentar ningún conflicto de interés.

#### Referencias

1. Emens EF. COMPULSORY SEXUALITY. *Stanford Law Rev* 2014;66(2):303-386.
2. Fahs B. Radical refusals: On the anarchist politics of women choosing asexuality. *Sexualities* 2010;13(4):445-461.
3. Przybylo, Ela. Producing facts: Empirical asexuality and the scientific study of sex. *Feminism & Psychology* 2013;23(2):224-242.
4. Catri, Florencia. Revisión narrativa de la asexualidad en la especie humana como una orientación sexual. *Apuntes de Psicología* 2017;34(1):5-18.

5. Saavedra C. El Informe Kinsey. Índice. Revista de Estadística y Sociedad 2006;15:20-23.
6. Yesnik J. Sin limitaciones. El Nuevo Día. 2010;n/a. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/750400356?accountid=14542>.
7. Kinsey A, Pomeroy WB, Martin CE, Gebhard PH. Sexual behavior in the human female. Sex Transm Dis. 2011;38(5):429-33.
8. Storms MD. Theories of sexual orientation. J Pers Soc Psychol 1980;38(5):783.
9. Blanco I, Tello S, Fouce H (dir). Asexualidad: la construcción biológica y cultural del deseo [trabajo fin de grado en internet]. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid, 2014-2015 [citado 10 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <https://n9.cl/ixnt>
10. Nurius PS. Mental health implications of sexual orientation. J Sex Res 1983;19(2):119-136
11. Brotto LA, Yule M. Asexuality: Sexual orientation, paraphilia, sexual dysfunction, or none of the above? Arch Sex Behav 2017;46(3):619-627.
12. Asexualidad y Trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo: avances en el DSM-5 y críticas a la Fliban-serina. Disponible en: <https://chryso-collatow.n.wordpress.com/2017/04/02/asexualidad-y-trastorno-de-deseo-sexual-hipoactivo/>
13. Lipshultz LI, Pastuszak AW, Goldstein AT, Giraldo A, Perelman MA. Management of Sexual Dysfunction in Men and Women. J Sex Med. 2004;1(1):49-57
14. Bogaert AF. Toward a conceptual understanding of asexuality. Review of General Psychology 2006;10(3):241-250.
15. Van Houdenhove E, Gijs L, T'Sjoen G, Enzlin P. Asexuality: few facts, many questions. J Sex Marital Ther 2014;40(3):175-192.
16. Tiefer L. Sex is not a natural act & other essays. Westview Press 2004;49(4):307-10.
17. Deluzio Chasin C. Theoretical Issues in the Study of Asexuality. Arch Sex Behav 2011;40(4):713-23.
18. Ruiz MTL. Descontento y masculinización social: con la A de Asexualidad. Revista de Estudios de Juventud 2016(111):27-41.

## TABLAS

RANGO	DESCRIPCIÓN
RANGO 0: exclusivamente heterosexual	
RANGO 1: heteroflexible en segundo grado	Principalmente heterosexual; incidentalmente puede tener alguna fantasía homosexual
RANGO 2: heteroflexible en primer grado	Predominantemente heterosexual, aunque con interés en el mismo sexo; se esfuerza en ocultarlo
RANGO 3: bisexual	
RANGO 4: homoflexible en primer grado	Predominantemente homosexual; decae el interés por el sexo opuesto, pero sigue habiendo atracción
RANGO 5: homoflexible en segundo grado	Principalmente homosexual; relaciones muy ocasionales con el sexo opuesto o de amistad
RANGO 6: exclusivamente homosexual	
RANGO X: asexual	No se inclina hacia ningún grupo y por lo general opta por la abstinencia de por vida, ya que no disfruta del sexo

**Tabla 1.** Escala de Kinsey, donde se habla por vez primera del individuo que no se inclina hacia ninguna preferencia sexual (7).

	ASEXUALIDAD	TDSH
<b>SIMILITUDES</b>	Falta o ausencia de fantasías y deseo sexual persistente o recurrente	
<b>DIFERENCIAS</b>	La angustia o sufrimiento <b>NO</b> es necesaria; solo se presenta en una pequeña minoría	Necesaria la presencia de <b>ANGUSTIA</b> o <b>SUFRIMIENTO</b> , o incluso problemas interpersonales
	Posibilidad de presentar <b>deseo sexual</b> , siempre y cuando no esté orientado hacia otra persona	Posibilidad de presentar <b>atracción sexual</b> , pero <b>NO</b> deseo sexual
	De por vida (controversia con asexualidad adquirida)	No necesariamente de por vida

**Tabla 2.** Similitudes y diferencias entre asexualidad y TDSH (15).

## FIGURAS

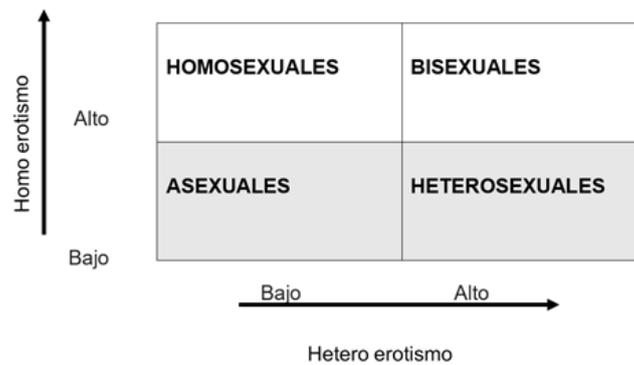


Figura 1. Modelo bidimensional de Storms, mostrando las cuatro categorías de orientaciones sexuales. Tomada de Storms MD (8).

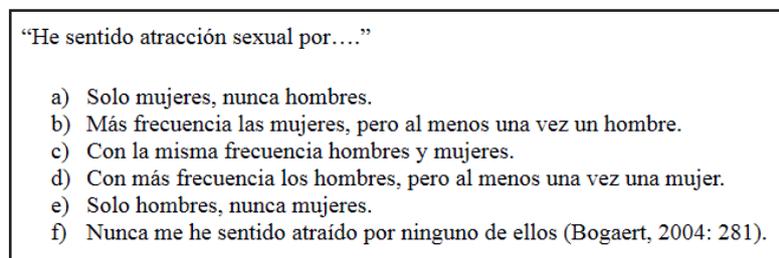


Figura 2. Ítem utilizado por Bogaert para calificar la asexualidad (opción 6). Tomada de Blanco I et al. (9).

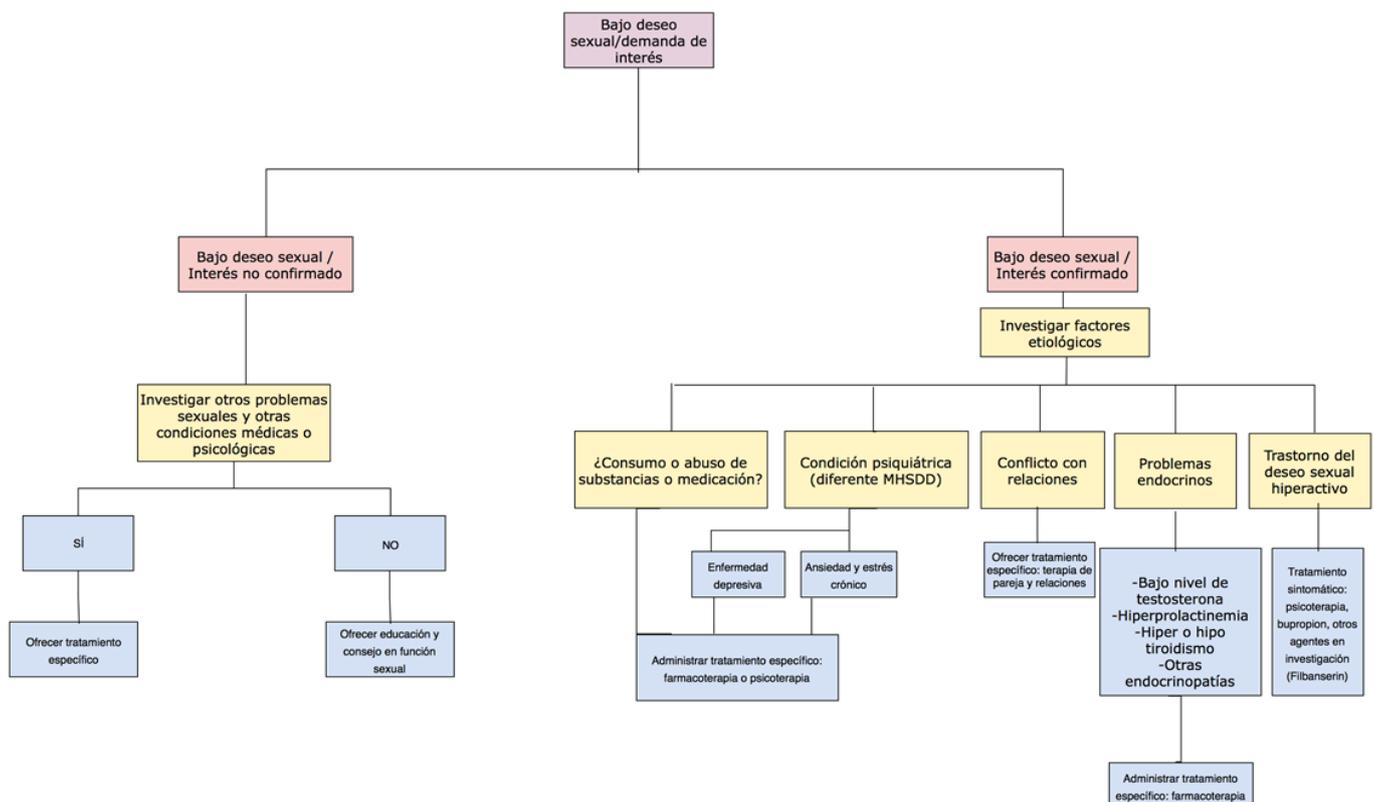


Figura 3. Algoritmo de diagnóstico para hombres con bajo deseo sexual. Posible controversia en el diagnóstico al no indicar la asexualidad como factor que invalida el diagnóstico de bajo deseo sexual como patología (DSM-V) (13).