

# NEUROPOLÍTICAS DEL DESEO Y «VIAGRA FEMENINO»: BIOMEDICALIZACIÓN, FEMINISMO Y NEOLIBERALISMO EN EL SIGLO XXI

IRENE MIGLIORANZA

Máster en Antropología Médica y Salud Global  
Universitat Rovira i Virgili – Universitat de Barcelona  
irene.miglioranza@gmail.com

**RESUMEN:** Hoy en día, en las sociedades occidentalizadas, el deseo sexual se entiende cada vez más como un fenómeno que hay que leer a través de la mirada biomédica. Con Addyi, el «viagra femenino», las causas de los trastornos sexuales se han empezado a atribuir a una alteración de la bioquímica cerebral. En este ensayo se examinan los discursos que se han articulado en esta nueva fase de medicalización de la sexualidad, a través del análisis de las narrativas tecnocientíficas que legitima la comercialización de la flibanserina y de la campaña de promoción *Even the Score*. Se propone además situar la retórica de esta campaña como parte de un proceso de dismantelamiento neoliberal de las reivindicaciones feministas en favor de la construcción de un individualismo femenino que, promoviendo la lógica de la libre elección y de la paridad de derechos, convierte a las mujeres en sujetos de plena confianza en la sociedad biocapitalista.

**PALABRAS CLAVE:** neuropolíticas; viagra; biomedicalización; postfeminismo; neoliberalismo.

**ABSTRACT:** In Western culture today, sexual desire is conceived as a biomedical phenomenon. With Addyi, the “female viagra”, the cause of sexual disorders is thought to be an imbalance in the biochemistry of the brain. The goal of this essay is to examine, through the analysis of the technoscientific narratives that legitimize the commercialization of flibanserin, and focusing on the Even the Score campaign, the narratives articulated in this new phase of the medicalization of sexuality. It also aims to analyze the rhetoric of this campaign as part of the process of the neoliberal dismantling of feminist revendications on behalf of the construction of a feminine individualism that makes women a privileged subject in biocapitalist society, by promoting a logic based on “free choice” and “equal rights”.

**KEYWORDS:** neuropolitics; viagra; biomedicalization; post-feminism; neoliberalism.

*El deseo es el anhelo de consumir*

(Bauman, 2009: 20)

## 1. Introducción

En agosto de 2015 la FDA aprobó por primera vez un medicamento que tiene el fin de tratar el «trastorno del deseo hipoactivo femenino» (HSDD, *Hypoactive Sexual Desire Disorder*, así definido en el DSM-IV y en el DSM-IV-TR) en mujeres premenopáusicas. El contexto adecuado para su acogida venía preparándose desde hace unas décadas: los últimos sesenta años, de hecho, se han caracterizado por un interés creciente en la salud sexual y reproductiva, que se ha concretado en cambios en las legislaciones, en las normas sociales, en las prácticas sexuales y en las tecnologías. La píldora, el Prozac y el Viagra se han convertido en elementos clave de la economía global, y resultan ser el «*jackpot* del biocapitalismo postindustrial» (Preciado, 2008: 45). Después de Viagra, cuya comercialización en 1998 incidió profundamente en la manera de pensar la sexualidad, en Estados Unidos nace su «hermana» Addyi<sup>1</sup>, que enseguida se ha empezado a definir como el «viagra rosa», diecisiete años después del citrato de sildenafil<sup>2</sup> y cuarenta años después de la píldora anticonceptiva. Entre el siglo XX y el XXI se ha desarrollado una nueva farmacología del sexo enfocada en las disfunciones sexuales y en la búsqueda de medicamentos (Giami y Spencer, 2004)<sup>3</sup>.

La búsqueda de la combinación perfecta entre HSDD y Addyi, es decir, entre un trastorno y su medicamento, moviliza saberes populares y expertos sobre qué es el deseo, la sexualidad, su gestión y clasificación. A su vez, su aprobación tiene consecuencias en las conceptualizaciones acerca de lo que se define como «deseo sexual femenino», en los modos en

---

1 Addyi es el nombre comercial de la flibanserina, un agonista y antagonista de los receptores de la serotonina (MSAA).

2 Compuesto que Pfizer comercializa con el nombre de Viagra.

3 Giami y Spencer analizan historiográficamente la farmacología del sexo dividiéndola en tres etapas: la sexualidad liberada, en el contexto de la píldora anticonceptiva; la sexualidad protegida, en relación a la epidemia de VIH/SIDA y la utilización del preservativo; y la sexualidad funcional, en la era de las disfunciones sexuales y sus relativos medicamentos.

que se habita el cuerpo, y en las nuevas concepciones acerca de lo que es salud y lo que es enfermedad. Históricamente, las investigaciones sobre las llamadas *disfunciones sexuales* se han concentrado en las causas psicológicas o en las fisiológicas, lo cual desvela el legado positivista de la lógica biomédica, que reproduce una separación radical, típica de la cultura occidental, entre lo que se atribuye al dominio de la mente y lo que se atribuye al dominio del cuerpo (Boyer *et al.*, 2011). Hoy en día, en las sociedades occidentalizadas, el deseo sexual se entiende cada vez más como un fenómeno que hay que leer a través de la mirada biomédica. Además, con Addyi las causas de los trastornos sexuales se han empezado a atribuir a una alteración de la bioquímica cerebral<sup>4</sup>. En los últimos años, el estudio de las bases biológicas de los procesos relacionados con el ámbito sexual ha ofrecido un impulso a una interpretación cerebralizada del *self* sexual, y el cerebro «se ha convertido en un locus especial para pensar los comportamientos, deseos y aflicciones característicos de la condición humana» (Martínez-Hernández, 2016: 4).

En este texto me propongo examinar parte de los discursos que se han articulado alrededor de esta nueva fase de medicalización de la sexualidad, a través del estudio de la evolución de las disfunciones sexuales en los DSM, de los discursos expertos sobre la flibanserina y de las narraciones *mainstream* relacionadas con la campaña *Even the Score*<sup>5</sup>. Mi objetivo es el de empezar a articular un marco teórico que proporcione herramientas críticas para abordar el tema tratado. Intentaré también contestar a la pregunta de si realmente podemos entender la comercialización de Addyi como un paso hacia la igualdad de género.

---

4 «La flibanserina actúa como un agonista del receptor 5-HT<sub>1A</sub> (K<sub>i</sub> = 1 nM) y, con menor afinidad, como un antagonista del receptor 5-HT<sub>2A</sub> (K<sub>i</sub> = 49 nM) y como muy débil agonista parcial del receptor D<sub>4</sub> (K<sub>i</sub> = 4 – 24 nM) [...] activa preferentemente los receptores 5-HT<sub>1A</sub> en la corteza prefrontal, demostrando selectividad regional y aumentando los niveles de dopamina y norepinefrina y disminuyendo los niveles de serotonina en la corteza prefrontal de la rata» (Fuente: <[www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/f085.htm](http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/f085.htm)>).

5 Campaña (financiada en parte por Sprout Pharmaceuticals) a favor de la aprobación de la flibanserina como tratamiento del HSDD.

## 2. Ciencia y deseo (hetero)sexual funcional

Los estudios de Foucault (1975, 1976) han permitido visualizar la multiplicidad de técnicas aplicadas sobre el individuo con el fin de enunciar una verdad, normalizar sus comportamientos y corregir sus actos. Estas técnicas son elementos fundamentales en el proceso de construcción de la subjetividad: nos construimos como sujetos dentro de la división normativa entre lo que está prohibido y lo que está permitido según códigos morales y éticos situados históricamente. Las ciencias producen y facilitan determinados procesos de subjetivación, generando modelos normativos que implican la marginalización de lo que queda fuera de estos: la anormalidad, el error<sup>6</sup>. Esta fuerza normalizadora, enfocada en la sanción de las sexualidades periféricas, opera junto con otra tendencia de la biomedicina, que es la de extender su control a aspectos que previamente no se nombraban o se entendían en otros términos (legales, morales o sociales), como el caso del alcoholismo, el de la obesidad o el de las disfunciones sexuales —conjunto de procesos que en los años ochenta se empezaron a analizar a través de la categoría de «medicalización» (Conrad y Schneider, 1980; Crawford, 1980; Conrad, 1992)—. Otras autoras, a principios del siglo xxi, propusieron utilizar una nueva categoría, la de «biomedicalización» (Clarke *et alii*, 2003), para analizar con mayor claridad los recientes procesos que, a través de la comodificación de la salud, la lógica del riesgo y la elaboración de nuevos medicamentos y procedimientos diagnósticos, plasman nuevas tecnologías del *self*. La biomedicina, de hecho, en las últimas décadas, se ha transformado radicalmente debido a las crecientes innovaciones tecnocientíficas: en la postmodernidad, la salud se entiende cada vez más como un mandato moral que se

---

6 El DSM-I (1952) incluía la categoría de «desviación sexual» encuadrada dentro de las conductas sociopáticas (*Sociopathic Personality Disorder*), y, en el DSM-II (1968), esta se articulaba en varias subcategorías (homosexualidad, fetichismo, travestismo...) que bebían de la noción decimonónica de perversión. Arnold Davidson afirma que ya que el concepto de «perversión» es un producto del estilo de razonar psiquiátrico decimonónico, antes de 1870 no existían pervertidos (Davidson, 2004). Eso no significa, como afirma Hacking, que en otras épocas no hubiese «odd people» (Hacking, 1986), sino que el pervertido —en cuanto que sujeto enfermo— fue creado en el siglo xix. Por eso debemos prestar atención a las discontinuidades históricas, puesto que la discontinuidad «puede quedar disimulada bajo el velo de la permanencia léxica» (Bergamo en Davidson, 2004:272). Esto quiere decir que hablar de deseo en el siglo xv y hablar de deseo en el siglo xxi, no obstante la permanencia léxica, puede activar categorías culturales radicalmente diferentes.

operativiza a través de un autocontrol internalizado centrado en la tecnología de la vida. La tradicional separación entre naturaleza y cultura se tambalea ante los nuevos ámbitos de acción de la biomedicina, abriendo la «naturaleza» a una creciente intervención tecnológica.

En ciertos ámbitos particularmente sujetos a procesos de biomedicalización, como el de los trastornos sexuales, escriben Katz y Marshall (2004), el binomio normal/patológico está siendo reemplazado por el esquema biosocial que opone lo *funcional* a lo *disfuncional*. Este binarismo apareció en la literatura médica de principio del siglo xx en relación al funcionamiento del cerebro, y se ha vuelto central en la gestión farmacológica de los cuerpos en el biocapitalismo, ya que permite «the governance of everyday life across a broader horizon of human problems» (Marshall y Katz, 2004: 55).

Vamos ahora a recorrer brevemente la historia biomédica del placer sexual *funcional*. A lo largo del siglo xx este se fue configurando como la clave para la estabilidad matrimonial, y la funcionalidad heterosexual se promovió como un bien de consumo. Además, se desvinculó de su afiliación con la procreación, y se fue reconfigurando como un asunto que tiene que ver con la satisfacción personal y la realización personal (Marshall y Katz, 2004: 63). También hubo un cambio en los modelos explicativos de las disfunciones sexuales, ya que, si la sexología del siglo xx se centraba en paradigmas psicológicos, hacia finales de siglo se empezaron a buscar causas orgánicas que situaban en el cuerpo el origen de los trastornos. La transición de los modelos etiológicos psicológicos a los fisiológicos se refleja en el cambio de lenguaje que verá desaparecer las categorías de «impotencia» y «frigidez» para incluir las nuevas categorías de «disfunción eréctil» y «trastorno del deseo hipoactivo femenino» o «trastorno de la excitación». Pero ¿cuál ha sido el recorrido que ha llevado a este cambio? El «nuevo realismo» (Boullogh, 1994) de la investigación sobre el sexo empezó a finales de los años cuarenta con la publicación del primer informe Kinsey, en 1948, financiado por la Fundación Rockefeller. Kinsey y sus colaboradoras/es acumularon grandes cantidades de *data* sobre la sexualidad que pudieran representar a la población estadounidense. A partir de ese momento se dieron cambios radicales en las actitudes hacia el

sexo, tanto en el mundo científico como en la cultura popular. Si bien en el informe se afirmaba que hombres y mujeres «son básicamente iguales en términos de su capacidad de excitación y respuesta sexual» (Drucker, 2014, en González García, 2015: 18), también se atestaba que las mujeres estaban menos interesadas en el sexo que los hombres, y que, debido a algún mecanismo fisiológico que Kinsey nunca llegó a identificar, tenían una sexualidad más compleja y orgasmos menos frecuentes. Otro importante paso para la construcción de la idea moderna de deseo sexual y de su alter-ego patológico fue la investigación sobre la dinámica fisiológica del sexo de William Masters y Virginia Johnson (1966). Estos autores midieron los cambios fisiológicos experimentados durante la actividad sexual y enunciaron el *ciclo de respuesta sexual humana* (HSRC), dividido en cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Poco después de la publicación de *Human Sexual Inadequacy* (Masters y Johnson, 1970) empezó a ser claro que las aflicciones principales de las/os pacientes no estaban relacionadas con la excitación genital o la performatividad sexual —como pensaban Masters y Johnson—, sino que el problema más frecuente, sobre todo entre mujeres, estaba relacionado con el *deseo*. Cuando Helen Kaplan (1977) y Lief (1977) propusieron por separado, aunque en el mismo año, la introducción del deseo como primer paso del ciclo de respuesta sexual humana, se inauguró el modelo en el cual se basan los sistemas actuales de clasificación de las disfunciones sexuales: el *triphasic sexual response cycle*, que incluye deseo (*desire*), excitación (*arousal*) y orgasmo (*orgasm*). Esta clasificación será la base de la categorización de los trastornos sexuales en los DSM, que se dividen en trastorno del deseo, de la excitación y del orgasmo.

Las disfunciones sexuales entraron en el DSM en 1980, en su tercera edición, que coincidió con un cambio radical de enfoque hacia una visión biologicista de los trastornos mentales y con una importante transformación terminológica que hizo que las neurosis se fragmentasen en una multiplicidad de categorías clasificatorias mucho más específicas, una de las cuales es la de «trastornos sexuales» (Russo y Venancio, 2006: 465). Así, el concepto de «trastorno» —noción producida por una lógica biologicista impermeable a influencias socioculturales— se expandió y

colonizó la supuesta *normalidad* de la vida sexual humana. En los años ochenta se consolidaron dos nuevas categorías que entraban dentro de la más amplia de trastornos sexuales: la de *Sexual Addiction* y la de *Hypoactive Sexual Desire*<sup>7</sup>, la primera, asociada a los hombres, la segunda, a las mujeres. A partir de esa década, nuevas aflicciones que tenían que ver con problemas de falta de libido empezaron a poblar las consultas médicas. En los años noventa, sobre todo tras la comercialización de Viagra, se renovó el interés en la construcción de un conocimiento científico legítimo sobre la sexualidad entendida cada vez más como un conjunto de procesos fisiológicos:

With the arrival of Viagra in the 1990s the fortunes of this field turned very rapidly around, as that ‘scientifically respectable apparatus’ began to be constructed. The drug industry soon extended the warm hand of friendship and funding, bringing sex researchers in from the cold and dark and helping them to build a whole new science of what’s becoming known as ‘sexual medicine’. For doctors and psychologists working in the area, the new wonder drug was something that would not only help their patients; it might also lift up an entire field of health research (Moynihan, 2010: 70).

Desde que Viagra fue aprobado en Estados Unidos en 1998, el HSDD empezó a recibir cada vez más atención en los estudios epidemiológicos y clínicos. En una primera etapa se intentó ampliar el público consumidor de Viagra a las mujeres, lo cual significaba asumir que el funcionamiento sexual, además de depender del flujo sanguíneo<sup>8</sup>, es esencialmente lo mismo en ambos sexos —una presuposición que reflejaba la aceptación del modelo del ciclo universal de respuesta sexual humana de Masters y Johnson (González García, 2015: 11)—. Sin embargo, evaluar la eficacia de Viagra en las mujeres se reveló más complicado de lo que se esperaba. Tras el fracaso de este intento, las empresas farmacéuticas desplazaron el modelo explicativo del deseo sexual femenino disfuncional del flujo sanguíneo a los neurotransmisores y focalizaron la investigación en las espe-

---

7 Lo que en el DSM-III se llama Inhibited Sexual Desire en el DSM-III-R (1987) se empieza a llamar Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD).

8 El citrato de sildenafil inhibe un enzima que regula el flujo de sangre hacia el pene.

cificidades de la sexualidad femenina. La intensa investigación que se ha llevado a cabo desde la aprobación de Viagra ha tenido como consecuencia la redefinición de los modelos de respuesta sexual y de las categorías diagnósticas de las disfunciones sexuales en las mujeres. El deseo ha sido el lugar privilegiado donde los esfuerzos de profesionales, empresas farmacéuticas y laboratorios intentaron buscar la fórmula mágica para un fármaco capaz de resolver los problemas de la sexualidad femenina (*ibid.*: 62). La creación de un trastorno del deseo y su inclusión en los vocabularios expertos y populares tienen como consecuencia la atribución de las variaciones del deseo sexual en las mujeres a una ruptura en la mecánica de los procesos bioquímicos internos, abriendo el paso a la intervención farmacológica.

### 3. Creando enfermedades: la biomedicalización del deseo sexual femenino

Según los análisis de Forbes, la FDA, que en 2008 aceptó solamente el 50% de las solicitudes de aprobación de nuevos medicamentos, en 2015 (hasta el mes de agosto) aceptó el 89%<sup>9</sup>. Según Meixel y Fugh-Berman (2015), las tres estrategias para crear una condición patológica y paralelamente crear un producto que responda a la necesidad terapéutica relacionada son: aumentar la importancia de una condición existente, redefinir esa condición reduciendo el estigma, y desarrollar una nueva condición para construir un consenso alrededor de una nueva necesidad del mercado que tiene que ser satisfecha. Este fenómeno ha sido denominado *condition branding* (Parry, 2003), categoría que se puede aplicar al caso de Addyi y del trastorno del deseo sexual. Vince Parry, experto en el campo de la publicidad, ha denunciado la contribución de las empresas farmacéuticas a la promoción de determinadas patologías; estas pueden actuar ya sea creando un clima social de urgente y creciente necesidad de su reconocimiento, redefiniendo las terminologías o, a veces, creando categorías nosológicas nuevas (como en el caso del trastorno de ansiedad o el síndrome premenstrual). El trabajo que las empresas farmacéuticas han

<sup>9</sup> *Nature*, 2015, «FDA Vulnerability revealed», 26 agosto, vol. 524: 387.

llevado a cabo, a través de la organización de eventos y la financiación de publicaciones en revistas de impacto, para aumentar la conciencia (*awareness*) sobre las disfunciones sexuales femeninas entre los/as médicos y los/as consumidores/as ha tenido un papel central en la creación de un consenso social sobre la necesidad de una solución a los problemas sexuales de las mujeres (Moynihan, 2003; Tiefer, 2004).

En los primeros años del siglo XXI hubo cierto interés en ampliar la notoriedad del HSDD en relación a la posible entrada en el mercado de In-trisa, un parche de testosterona presentado por la empresa farmacéutica Procter & Gamble, que sería rechazado por la FDA en 2004. Sin embargo, Addyi nace como tratamiento relacionado a una categoría nosológica ya obsoleta: en el DSM-5 el HSDD deja de existir, y en su lugar aparece el FSIAD, *Female Sexual Interest/Arousal Disorder*, que une el *Hypoactive Sexual Desire Disorder* al *Female Sexual Arousal Disorder* (FSAD) y el *Male Hypoactive Sexual Desire Disorder* (APA, 2013). Se estaría articulando una ruptura dentro de la clase experta a la hora de replantear las definiciones de las FSD (Female Sexual Dysfunctions): por un lado, los/as profesionales que están a favor del cambio de nomenclatura y, por otro, los/as que no lo están. Este último grupo está compuesto por varios/as profesionales (psiquiatras, ginecólogos/as, sexólogos/as y urólogos/as) que a finales de los noventa formaron el Consensus Committee on FSD, con el objetivo de revisar la nomenclatura presente en el DSM-IV sobre los problemas sexuales de las mujeres<sup>10</sup>. Empezaron así en 1999 los Boston Forums, encuentros anuales dedicados al debate sobre las nuevas perspectivas acerca de la gestión de las FSD. En el recorrido que va desde el primer encuentro, que tuvo lugar en 1999, al último, en 2004, hubo un cambio en el enfoque de la gestión de las disfunciones sexuales, dirigiéndose hacia una explicación cada vez más esencialista de las condiciones analizadas, un *management* que se abre cada vez más a la intervención farmacéutica (Potts, 2007: 267). El «frente biomédico» (*ibid.*) cuenta con especialistas de fama mundial como el psicólogo Ray Rosen y el urólogo Irwin Goldstein, partidario de la causalidad orgánica de los «trastornos» sexuales, que en una entrevista titulada

---

10 La gran mayoría de los *thought leaders* del Committee se descubrió estar financiada por empresas farmacéuticas (Basson *et alii*, 2000).

«New field could open for urologists: female sexual dysfunctions» afirmó: «I view female sexual dysfunction as a potential explosion for the field of female urology» y «My personal belief is that the majority of cases may be organic in nature» (Bankhead, 1997: 1, 39 citado en Tiefer, 2001: 234). Este frente ha invertido mucha energía en la promoción del HSDD como una entidad clínica que tiene *derecho* a un tratamiento farmacológico *seguro* y *eficaz*, así que el reciente cambio de clasificación del DSM-5 ha generado muchas resistencias<sup>11</sup>. Visto el profundo enredo entre expertos y empresas farmacéuticas (Moynihan y Cassels, 2005; Moynihan y Mintzes, 2010), resulta claro por qué la caída de la categoría diagnóstica de HSDD y la creación de FSIAD han aumentado la conflictividad dentro del mundo profesional: la red de expertos que lleva reuniéndose desde hace más de una década para establecer un «strong clinical argument<sup>12</sup>» a favor del uso de la flibanserina vio desaparecer delante de sus ojos la enfermedad que pretende curar. Según Hartley y Tiefer (2003) hay un deseo por parte de los urólogos «to move the classification system for sexual problems from the arena of mental health (in the DSM) into the field of physical medicine (a change which would also assist the promotion of physical remedies for sexual complaints)» (Potts, 2007: 263).

Este frente promueve una concepción de la sexualidad que coincide con una idea de *salud* sexual esencialista, patologizante y heterosexista. En ella se asocia la idea de sexualidad *normal* a una heterosexualidad donde el coito ocupa el lugar central. Además, la sexualidad masculina se interpreta como la más activa y penetrativa, mientras que la femenina se construye como pasiva y receptiva. La tentativa más reciente de resucitar el difunto trastorno del deseo sexual hipoactivo es la campaña *Find My Spark*, financiada por la farmacéutica Valeant (que en 2015 adquirió Addyi por mil mi-

<sup>11</sup> Véase Balon y Clayton (2014).

<sup>12</sup> «The title of one of the sessions [of a two-days meeting of a small group of experts at Hilton, NdR] was a fairly clear indicator of the real reason for the gathering: ‘Group Discussion – Creating a Strong Clinical Argument for the Use of Flibanserin’. Here was a company inviting experts to a salubrious location to build an argument for the use of its drug before studies of that drug were even published, and before anyone even knew how well the drug worked and what level of side-effects it would cause to the women taking it» (Moynihan y Mintzes, 2010: 83).

llones de dólares<sup>13</sup>) y lanzada por la American Sexual Health Association en 2016<sup>14</sup>. En la parte dedicada a los relatos —«real stories of FSD»—, una mujer de cuarenta y cuatro años declara: «I have an amazing husband, three incredible children and a wonderful life. The only thing missing: I never wanted to have sex...we had sex, usually a couple of times a week. And while I did it, part of me dreaded it. Every time<sup>15</sup>». Esta mujer relaciona sus experiencias sexuales con una sensación de miedo; pero además, el mensaje que la campaña se propone vehicular es que esta vivencia, además de ser «disfuncional», no tiene que ver con el contexto y las relaciones sociales en que potencialmente se podría desarrollar su sexualidad, sino que tiene que ver con un desequilibrio bioquímico cerebral.

De forma análoga, las mujeres que participan en la campaña *Even the Score* relatan su experiencia a través de neuronarrativas (Martínez-Hernández, 2016), como podemos observar en las palabras de Amanda, que en la web de la campaña afirma: «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».

El objetivo de *Find my Spark* es la difusión de una encuesta en línea sobre salud sexual y una descripción de los «FSD facts<sup>16</sup>». La lógica de las encuestas, dispositivos formulados y perfeccionados una y otra vez para producir verdades somáticas, se presenta bajo la forma de un test, el «my sexual health quiz», a través del cual, cómodamente desde casa, cualquier mujer puede autodiagnosticarse alguna disfunción sexual. Vemos así como el acto diagnóstico es un ritual que otorga legitimidad social a determinados estados patológicos, consolida relaciones burocrático-terapéuticas y constituye un punto de articulación «between agreed-upon knowledge and its application» (Rosenberg, 2002: 240). El sujeto-pacien-

13 Pollack, A. Bray, C. (2015). «Maker of Addyi, 'Female Viagra' Drug, Being Sold to Valeant for \$1 Billion». Documento electrónico, <[www.nytimes.com/2015/08/21/business/dealbook/valeant-pharmaceuticals-to-buy-sprout-maker-of-addyi-female-viagra-drug.html](http://www.nytimes.com/2015/08/21/business/dealbook/valeant-pharmaceuticals-to-buy-sprout-maker-of-addyi-female-viagra-drug.html)>, consultado el 9 de diciembre de 2016.

14 Enlace: <[www.ashsexualhealth.org/find-my-spark/](http://www.ashsexualhealth.org/find-my-spark/)>, consultado el 9 de diciembre de 2016.

15 Enlace: <[www.findmyspark.com/real-stories-of-female-sexual-dysfunction-fsd](http://www.findmyspark.com/real-stories-of-female-sexual-dysfunction-fsd)>, consultado el 9 de diciembre de 2016.

16 «Hechos» cuya ideología coincide con aquella de los profesionales que optan por la conservación de la categoría nosológica de deseo hipoactivo (que en el DSM-5 se sustituye con el trastorno del interés/excitación sexual) y que representan el «frente biomédico».

te-consumidor del siglo XXI se autodiagnostica desde su propia casa a través de una conexión a Internet: se conecta a los flujos de información que viajan en la Red y se construye dentro de los límites establecidos por una nosología sexual renovada. La constitución de estos nuevos espacios nos muestra cómo, en la actualidad, las categorías de salud y enfermedad se están construyendo como vehículos para la producción del *self*. Cabe preguntarse si estas nuevas prácticas de subjetivación permiten salir del lugar de pasividad en que la medicina coloca a las/os pacientes: al fin y al cabo el individuo, buscando informaciones en la Red y completando un test en línea, ejerce su agencia y actúa a través de prácticas de autoatención (Menéndez, 2003), sin depender de la relación terapéutica con un/a profesional. Es cierto que esta intersección entre lo virtual y el campo de la clínica crea espacios de visibilidad (Deleuze, 1986: 52), pero necesitamos preguntarnos si estos nuevos procesos de subjetivación llevan al sujeto a romper las reglas determinadas por las estructuras de poder hegemónicas o si, al revés, las hacen más fuertes.

#### **4. Agencia, selves neuroquímicos y nuevas formas de *self-management***

Hace unas décadas, con el desarrollo de nuevos procesos de biomedicalización, empezaron a emerger nuevos procesos de subjetivación, y se empezaron a construir nuevas interpretaciones del funcionamiento del cuerpo, debido sobre todo al desarrollo de nuevas tecnologías y nuevas estrategias de relato visual del cerebro. A través del uso de las neuroimágenes, que localizan en el espacio del cerebro todo proceso humano, se están redefiniendo los modelos explicativos del *self* (Martínez-Hernández, 2016). Algunos autores han definido estas nuevas formas de subjetivación como biosocialidades (Rabinow, 1999), individualidades somáticas o selves neuroquímicos (Rose, 2003). Novas y Rose (2000) han desarrollado el concepto de «individualidades somáticas» para describir al sujeto responsable pensado por la biomedicina contemporánea en términos de *management*: somos *managers* activos/as de nuestras vidas, y esta configuración es parte de «a wider mutation in personhood that we call 'somatic

individuality' in which new and direct relations are established between the body and the self» (Novas y Rose, 2000: 487). Los discursos médicos alrededor del cuerpo están pasando del dominio esotérico de la ciencia a la lógica laica de la ciudadanía (*ibid.*: 488), en la cual los nuevos pacientes-ciudadanos contribuyen activamente a la producción de nuevas formas de subjetivación<sup>17</sup>. Como en el caso de los test sobre las disfunciones sexuales femeninas, asistimos a la construcción de una individualidad que establece una relación directa con su corporalidad y que asume un papel empresarial en la gestión de su propia persona<sup>18</sup>. Un *self* somático por el cual una sexualidad disfuncional, además de necesitar algún dispositivo que arregle lo que está roto, depende de un desequilibrio bioquímico cerebral. Analizando el caso de Addyi, no podemos ignorar que la decisión de tomar un medicamento que incrementa el deseo sexual también presupone que quien lo ingiere se piense como sujeto deseante, que tiene la capacidad de intervenir para transformar su experiencia de forma bioquímica. Novas y Rose insisten en el carácter activo del papel de las individualidades somáticas, que encontrarían espacios de agencia en las redes formales e informales de la cura, ya que «one [...] must play their part in the game of cure» (Novas y Rose, 2000: 489). Sin embargo, el ejemplo de Addyi nos ayuda a preguntarnos si realmente la responsabilización del paciente constituye un desafío a las relaciones de poder tradicionales entre médicos y pacientes. Es decir, aunque «to make human individuality the object of positive knowledge is not 'subjection' in the sense of domination and the suppression of freedom» (Novas y Rose, 2000: 489), toda individualidad somática que emerge a partir de los nuevos procesos de subjetivación emerge en un espacio social atravesado por determinados ejes de opresión, como el género o la raza<sup>19</sup>. El espacio de

17 «Self-knowledge and self-control are potentially unlimited. It is within the terms of this cultural construct that a person may be said to «possess» health-good or bad- and in which health becomes an individual responsibility and even a civic duty, a project for the self to work on (Herzlich and Pierret, 1987)» (Di Giacomo, 1999: 440).

18 Susan Di Giacomo (1992) lo analiza en el caso del cáncer, viendo cómo tres diferentes tipos de discursos (el biomédico, el de la autoayuda y el antropológico) terminan afirmando que el/la paciente, de alguna forma, se autocausaría la enfermedad, y que es suya la responsabilidad de colaborar con el tratamiento resolviendo conflictos y necesidades emocionales.

19 Véase Sweet (2015), que en *Chronic victims, risky women: Domestic violence advocacy and the medicalization of abuse* analiza cómo los discursos sobre el riesgo invisibilizan la opresión de género.

posibilidad de subjetividades atravesadas por ejes diferentes no es entonces igualitario. Escribe Roberts: «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» (Roberts, 2007: 69).

Si los procesos de responsabilización del paciente suscitan, por lo menos en algunos casos, su aislamiento, promoviendo la concepción de un sujeto existente en y por el mercado, estos consolidarán las estructuras de poder que se basan en la discriminación de las subjetividades «negativas», que no producen, ni desean hacerlo.

La responsabilización de la paciente-consumidora, en el caso de las disfunciones sexuales femeninas, sigue líneas de discriminación de género y de clase, y los discursos que moviliza están centrados en un modelo de mujer cisgénero, blanca y heterosexual. El mercado de Addyi está dirigido principalmente a mujeres de clase media con un alto poder adquisitivo (requiere un gasto mensual de 800 dólares<sup>20</sup>). Las imágenes utilizadas para publicitarlo hacen referencia a parejas heterosexuales, blancas, normodotadas: respondiendo a una lógica normativa de la sexualidad y de las relaciones, Addyi resulta ser el dispositivo perfecto para que la pareja monógama heterosexual, una institución que en los últimos años ha perdido estabilidad —gracias a las luchas feministas y *queer*— vuelva a recuperar su vigor. El deseo sexual se convierte entonces en fuerza productiva en la medida en que la funcionalidad de la que se habla no se limita a un mecanismo bioquímico, sino que presupone como referente un imaginario bien determinado, el matrimonio (y la *familia*) heterosexual —institución sobre la cual se basa el desarrollo capitalista<sup>21</sup>—. De hecho, las FSD han sido promovidas como un asunto «de pareja», diferenciándose así de Viagra, cuyos anuncios suelen dirigirse a la figura de hombre blanco, soltero y de mediana edad. Addyi coincide entonces con la reafirmación de la existencia de un sujeto femenino único (una estrategia que

20 Associated Press (2016). «Can't buy love? Sex drug prices put medicines out of reach for some». Documento electrónico, <[www.cbsnews.com/news/sex-erectile-dysfunction-drugs-viagra-cialis-addyi-medicines-cost/](http://www.cbsnews.com/news/sex-erectile-dysfunction-drugs-viagra-cialis-addyi-medicines-cost/)>, consultado el 7 de febrero de 2017.

21 Para profundizar, véase Federici, 2013.

oculta que quien habla lo hace desde una posición de privilegio) y con una erosión del espacio social de autonomía femenina, ya que no plantea una reformulación del vocabulario sexual de las mujeres, sino que se limita a ofrecer un modelo explicativo basado en los sistemas de opresión tradicionales.

## 5. Las disfunciones sexuales en los DSM

Para entender mejor qué es Addyi debemos analizar la historia de la producción de la categoría patológica que se propone tratar. En 1980, la American Psychiatric Association incluye el *Inhibited Sexual Desire* (ISD) como una entidad clínica (bajo la categoría de *Psychosexual Disorders*, ahora separada de los *Personality Disorders*) junto con *Inhibited Sexual Arousal*, *Inhibited Female Orgasm*, *Inhibited Male Orgasm*, *Premature Ejaculation*, *Functional Dyspareunia*, *Functional Vaginismus*, *Atypical Psychosexual Disorder*. En el DSM-III-R (1987), debido a las connotaciones psicoanalíticas del término «inhibited» (Broto, 2010: 2), el ISD pasó a denominarse *Hypoactive Sexual Desire Disorder* (HSDD), definido como «persistently or recurrently deficient or absent sexual fantasies and desire for sexual activity». Hasta el DSM-III-R existían, entonces, categorías diagnósticas dedicadas a trastornos del deseo (la falta de deseo sexual), trastornos de la excitación (la falta de excitación, concebida como la respuesta a estímulos sexuales), y trastornos del orgasmo (la ausencia de orgasmo), pero solo los trastornos orgásmicos se diferenciaban por género. En el DSM-IV (1994) se deja de hablar de trastornos «psicosexuales», para adoptar la denominación de trastornos «sexuales», debido a la creciente tendencia a interpretar la sexualidad como un fenómeno principalmente biológico (Potts, 2007). Además, se incorpora el HSDD en los *Sexual and Gender Identity Disorders*, que incluyen *Sexual Dysfunctions*, *Paraphilias* y *Gender Identity Disorders*. Los trastornos sexuales estaban aquí divididos en tres categorías: los *Sexual Desire Disorders* (*Hypoactive Sexual Desire Disorder*, *Sexual Aversion Disorder*, *Female Sexual Arousal Disorder*, *Male Erectile Disorder*), los *Orgasmic Disorders* (*Female Orgasmic Disorder*, *Male Orgasmic Disorder*, *Premature Ejaculation*), los *Sexual Pain Disorder* (*Dyspareunia*, *Vaginismus*) y los *Sexual Disorder due to General Medical Condition*.

Como podemos notar, ha habido una multiplicación de las categorías nosológicas<sup>22</sup>: de ocho en el DSM-III a diez en el DSM-IV. Además, ha habido una ulterior especialización en la categorización de género: lo que antes se definía como *Inhibited Sexual Arousal* se dividió en *Female Sexual Arousal Disorder* y *Male Erectile Disorder*<sup>23</sup>. No solo el orgasmo sino que también la excitación empezó, en los años noventa, a tener género.

El DSM-5 (publicado en mayo de 2013) aporta cambios importantes en la clasificación de los trastornos sexuales, principalmente en el dominio del «deseo». El HSDD deja de existir, y nacen el *Female Sexual Interest/Arousal Disorder* (FSIAD), que une el *Hypoactive Sexual Desire Disorder* al *Female Sexual Arousal Disorder* (FSAD), y el *Male Hypoactive Sexual Desire Disorder*<sup>24</sup>. Al revisar las categorías nosológicas, podemos ver cómo el binarismo de género informa la lógica clasificatoria de la biopsiquiatría contemporánea del DSM-5: en 2013, el deseo disfuncional también tiene género. Esta formulación refleja la dificultad que han tenido que enfrentar los estudios que intentaron evaluar el deseo y excitación en las mujeres y que no han podido encontrar un criterio objetivo para medir la respuesta sexual «femenina» (Moyano y Sierra, 2015).

El FSIAD se define como la «ausencia o reducción significativa del interés/excitación sexual femenina», que se manifiesta por lo menos por tres de los criterios indicados, entre ellos: «interés ausente o reducido en la actividad sexual», «fantasías o pensamientos sexuales o eróticos ausentes o reducidos», «inicio reducido o ausente de la actividad sexual y habitualmente no receptiva a los intentos de la pareja por iniciarla». Aparece, además, el criterio de la «frecuencia»: la paciente tiene que experimentar «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» (énfasis propio). También se añade el

22. De la primera a la cuarta versión del DSM el número de categorías nosológicas se ha multiplicado por cuatro.

23. Esto refleja el modelo vigente en esos años según el cual la respuesta sexual era similar en hombres y mujeres, y que la lubricación vaginal era la contraparte de la erección del pene.

24. Otros cambios: *Dyspareunia* y *Vaginismus* se unen en *Genito-Pelvic Pain/Penetration disorder*, a la cual no corresponde ninguna categoría masculina, y se eliminan *Sexual Adversion Disorder* y *Sexual Dysfunction due to a general medical condition*.

criterio de la «duración» (los síntomas tienen que persistir durante un tiempo mínimo de seis meses) y ya no se habla, como en el DSM-IV, de «dificultad interpersonal», sino de «malestar clínicamente significativo». Además, este último criterio atesta que solo es posible diagnosticar el FSIAD si «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/medicamento o a otra afección médica» (APA, 2014).

El volumen de estudios sobre la sexualidad «femenina» ha sido mucho mayor en comparación al ámbito de la sexualidad «masculina», y los cambios sugeridos para la clasificación de las disfunciones femeninas reflejan la intensa investigación que ha sido llevada a cabo en los últimos quince años debido a los intentos fallidos de encontrar la fórmula mágica para el viagra femenino (González García, 2015: 70). El deseo masculino se ha ido conceptualizando como un fenómeno relacionado con un mecanismo orgánico hidráulico (el flujo sanguíneo hacia el pene), mientras que la sexualidad en las mujeres se considera un fenómeno que tiene que ver con sistemas internos (particularmente el endocrino y el neurológico): con Addyi el deseo se sitúa en el cerebro, sin embargo, ya que no se conoce exactamente su funcionamiento, se atribuye la sexualidad femenina a un espacio oscuro, desconocido. Pero ¿qué conceptualización del deseo está promoviendo el DSM en su formulación más reciente? La ruptura con la propuesta de Master y Johnson (1966) ha generado un debate sobre las diferencias entre la sexualidad femenina y la sexualidad masculina. Parece evidente que, a diferencia de los modelos de Master y Johnson o de Kaplan (1977), en el DSM-5 el deseo se diferencia según el género. La idea de que en las mujeres no suele darse un deseo sexual espontáneo, sino que previamente debe haber algún estímulo sexual que lo desencadene, está cada vez más presente: «Diagnostic criteria for DSM-5 for HSDD in women is now expanded to include absence of 'responsive desire' defined by Basson (2000) as some women may not have spontaneous sexual desire or it may be that there is no such thing as spontaneous sexual desire» (Sungur y Gunduz, 2014: 367). Parte de la comunidad científica, entonces, estaría

abandonando el modelo de Masters y Johnson para acercarse al modelo propuesto por Rosemary Basson, directora del Programa sobre Medicina Sexual de la Universidad de British Columbia (Vancouver, Canadá), es decir, el ciclo de respuesta femenina «basado en la intimidad» (Basson, 2000): se trata de un modelo que se basa en la «evidencia» de que el deseo significa diferentes cosas para hombres y mujeres, y en que lo que motiva a las mujeres a empezar relaciones sexuales no sería tanto la presencia de impulsos sexuales espontáneos (que sería la dinámica de funcionamiento de los hombres), sino más bien la búsqueda de una mayor cercanía emocional con otra persona.

El DSM-5 incluye el criterio del malestar subjetivo (es necesario que la falta de deseo cause malestar para que haya diagnóstico de FSIAD) y especifica que «el malestar puede manifestarse como resultado de la falta de interés/excitación sexual o como resultado de una interferencia significativa en la vida y en el bienestar de la mujer» (APA, 2013: 434). Además, añade que «si una ausencia de deseo sexual de por vida se explica mejor por la identificación como ‘asexual’ que la propia mujer hace de sí misma, no se diagnosticaría un trastorno de interés/excitación sexual femenino» (*ibid.*). Este elemento refleja la lucha que varias activistas<sup>25</sup> han llevado a cabo en los últimos años, criticando el esencialismo biologicista de las investigaciones científicas y contestando la aprobación de los varios candidatos del viagra femenino —como demuestra el éxito de *New View Campaign*<sup>26</sup>—. Se debe además al trabajo del *task force* sobre Trastornos Sexuales y de la Identidad de Género y a su voluntad de recoger las críticas sobre la nosología del DSM.

Otra novedad significativa en la formulación del trastorno del interés/excitación sexual femenino del DSM-5 es la introducción de algunas características asociadas al diagnóstico que reflejan importantes cambios en la epistemología psiquiátrica, ya que abren una grieta en los muros de la disciplina para que ciertos elementos socioculturales puedan entrar en el mundo supuestamente aséptico, neutral y universal del laboratorio:

<sup>25</sup> Véase el documental *Orgasm Inc.* (2009), de Liz Canner.

<sup>26</sup> El objetivo de esta red es volver a situar la sexualidad femenina en el dominio político (Hartley y Tiefer, 2003), construyendo representaciones que tengan en cuenta la raíz social, política, económica y cultural de los problemas sexuales. Su fundadora es Leonore Tiefer.

en los criterios diagnóstico del FIASD se menciona la relevancia de factores que tienen que ver con la relación de pareja, la vulnerabilidad individual, influencias culturales o religiosas, y factores médicos (Aggarwal, 2013). Que el DSM contemple en su análisis de los trastornos sexuales la importancia de elementos como la violencia de género, la comunicación interpersonal, los abusos sexuales/emocionales, la pérdida de empleo o el duelo es una novedad en el campo de la psiquiatría y refleja la influencia de la antropología médica en el contexto de la práctica clínica estadounidense. Sin embargo, cabe preguntarse qué valor epistemológico tiene la inclusión de «factores culturales» cuando solo son pensados como «factores<sup>27</sup>», ya que, al mismo tiempo que se incluye una mirada más cultural, el proceso de biomedicalización de la psiquiatría sigue avanzando; cada vez más interpreta los trastornos mentales como disfunciones neuronales y desequilibrios en la química del cerebro. Cuando incluso el deseo sexual se reduce a un proceso biológico, se establecen normas y medidas dentro de las cuales este se concibe como *funcional*, y se patologizan sus desviaciones. Cuando la falta de deseo se medicaliza y no se reflexiona sobre el marco cultural donde el mismo conocimiento médico se produce: una sociedad sexocéntrica en que los individuos, sobre todo las mujeres, viven bajo una presión constante que hace de la sexualidad (y solo *cierto tipo* de sexualidad) un ámbito imprescindible para la afirmación personal. Una sociedad enmarcada en un capitalismo psicotrópico que emerge justamente con la intensificación de las preocupaciones alrededor del sexo (Preciado, 2008). Una sociedad, además, donde está vigente un régimen heterosexual y donde las mujeres y las subjetividades con identidades de género disidentes son víctimas de violencias que van desde el nivel micro (en las relaciones interpersonales, en la intimidad, en la medida en que la socialización femenina construye sujetos sexuales siempre disponibles, y la ciencia y la farmacología se empeñan en validar esta ficción social) a un nivel macro (en las instituciones y los medios, cuando se invisibilizan las violaciones y las violencias lgbtfóbicas). Podemos afirmar con Preciado (2008) que vivimos en un régimen postindustrial, global y mediático que

---

27 Para profundizar la reflexión sobre los usos biomédicos del concepto de cultura, véase Di Giacomo (1999).

articula procesos gubernamentales biomoleculares y semiotécnicos de la subjetividad sexual. Una sociedad que alimenta la producción de estados mentales y psicosomáticos de excitación, relajación, omnipotencia y control total, en que los productos comerciales y tecnológicos circulan bajo la forma de serotonina, testosterona, cortisona, antibióticos, alcohol, citrato de sildenafil y, ahora, flibanserina. Estos dispositivos de producción de la subjetividad sexual toman la forma de arquitecturas blandas: «En la sociedad farmacopornográfica, las tecnologías entran a formar parte del cuerpo, se diluyen en él, se convierten en cuerpo» (Preciado, 2008: 66). Podríamos decir, como ya anunciaba Foucault en los años setenta (Foucault, 1994), que las técnicas de poder contemporáneas no actúan a través de la prohibición, sino a través de la seducción: «El poder inteligente, amable, no opera de frente contra la voluntad de los sujetos sometidos, sino que dirige esa voluntad a su favor. Es más afirmativo que negador, más seductor que represor. Se esfuerza en generar emociones positivas y explotarlas. Seduce en lugar de prohibir» (Han, 2014: 17). Si para Foucault la biopolítica se asocia a lo biológico y a lo corporal, y para Han la psicopolítica (o «neuropolítica» según Martínez-Hernández) se vincula a la psique en cuanto que fuerza productiva, con la comercialización de Addyi asistimos a un fenómeno quimérico, que tiene su eje en la gestión tecnofarmacológica de una dimensión que se sitúa entre lo corporal (la *performance* sexual) y lo psíquico/neurológico (el deseo, o, utilizando la terminología del DSM-5, el interés sexual).

Addyi asegura poder arreglar una disfuncionalidad clave en los mecanismos del capitalismo tardío, uno de sus miedos más grandes, un error del sistema: la incapacidad de desear. Cuando el motor del deseo se rompe, la industria farmacopornográfica interviene a través de neuropolíticas que actúan a nivel molecular. Addyi está dirigido a mujeres que *desean* desear, y funciona modificando la bioquímica cerebral para que el sujeto (que en el capitalismo neoliberal es cada vez más un sujeto calificado en términos de género) vuelva a recuperar su capacidad deseante<sup>28</sup>.

<sup>28</sup> Algunas mujeres que participaron en el estudio de Ann Potts en Nueva Zelanda expresaron preocupaciones con respecto al uso de Viagra por sus parejas (hombres cisgénero): «Several participants in the New Zealand study reported it felt more difficult not to have sex (that is, to decline sex) once they knew their partners had used Viagra; once a pill was taken, it 'committed' them to sex; and some

## 6. La campaña *Even the Score*

La comercialización de Addyi no ha sido aceptada de forma acrítica ni desde la clase médica ni desde el resto de la población estadounidense. Trece de los cuarenta artículos que he seleccionado a través de una búsqueda bibliográfica en la base de datos de PubMed tienen una postura crítica con respecto a la creación de Addyi, ya sea con los resultados de los ensayos clínicos o con los efectos secundarios: tres estudios sobre diez critican las evidencias que Addyi ofrece a los ojos de los/as expertos/as. Asimismo, en la prensa en línea también se ha generado un debate muy participado que pone en duda la eficacia y la seguridad de un fármaco cuyos ensayos clínicos han sido controvertidos debido a la escasez de sus resultados. La mayoría de las *reviews* sistemáticas sobre la flibanserina narran los pasos hacia la aprobación de la FDA. De forma curiosamente análoga al caso de Viagra, «que era un proyecto fracasado de medicamento para el corazón, [...] [la flibanserina] pasó de ser un antidepresivo poco eficaz a ser el siguiente candidato para el viagra femenino» (González García, 2015: 47). Pasó de las manos de una gran empresa farmacéutica alemana a las de una pequeña empresa estadounidense, y otra vez a Valeant, la mayor compañía de Canadá por valor de mercado; fue evaluada por la FDA tres veces y pasó por dos *Advisory Committees* antes de ser aprobada. Casi como la repetición de un mito de fundación, todos los artículos, uno tras otro, repiten el mismo cuento, algunos con más precisión y detalles, desde el principio de los ensayos hasta la aprobación. En 2009, Boehringer Ingelheim, la empresa alemana que apostó por la flibanserina originalmente<sup>29</sup>, la puso a prueba para tratar la depresión en mujeres y hombres; sin embargo, en la segunda fase de los ensayos, la droga resultó ser más efectiva que el placebo a la hora de medir el nivel de deseo sexual experimentado. El desarrollo del medicamento pasó entonces a orientarse hacia el potencial tratamiento del HSDD.

---

spoke about 'putting up with sex' when they really didn't feel like it» (Potts, 2007: 14). En este sentido Addyi, lejos de ser producto de una perspectiva crítica con respecto a las dinámicas patriarcales, actúa sobre algo que Viagra no podía modificar: las ganas de las mujeres de acostarse con sus parejas.

<sup>29</sup> Se trata de una empresa muy grande, con más de cuarenta mil empleados/as (Moynihan y Mintzes, 2010).

Una de las claves para entender el éxito de Addyi es la campaña *Even the Score*. Su objetivo es la creación de un consenso social a través de la sensibilización de la población sobre la importancia de la equidad de género en el ámbito de la salud sexual. Sprout logró que varias organizaciones del ámbito de la salud relacionadas con las mujeres se involucrasen en la creación de una página web, unos vídeos y una recogida de firmas publicada en *change.org*, utilizando las armas del activismo blanco y *mainstream*, para «crear un clima de opinión de acuerdo con el cual un nuevo rechazo constituiría una inaceptable discriminación sexista» (González García, 2015: 56). A través de esta estrategia Sprout logró, en agosto de 2015, que la FDA aprobara la flibanserina, comercializada con el nombre de Addyi: un fármaco que se ha probado únicamente con mujeres en relaciones heterosexuales estables con una duración media de once años: así las pacientes de este tratamiento se convierten (y esta es la única magia de este medicamento) en «las únicas responsables de la vida sexual insatisfactoria de la pareja» (*ibid.*: 57).

Si analizamos el lenguaje utilizado por *Even the Score* en cuanto que documento cultural, podemos adentrarnos en el mundo de significados y valores propios de la ideología que subyace a esta campaña. En su página web podemos leer que se define como «a campaign for women's sexual health equity was created to serve as a voice for American women who believe that it's time to level the playing field when it comes to the treatment of women's sexual dysfunction». Aquí se relaciona el campo de la «reivindicación» con el campo deportivo<sup>30</sup>: la palabra «score» remite al marcador en que aparecen los puntos de dos equipos que se están enfrentando, que tiene la función clave de hacerlos visibles y al mismo tiempo de visibilizar políticamente la eventual disparidad de puntuación. Sus objetivos («goals») son: «To educate on the prevalence of women's sexual dysfunction», «to inform on the gender disparity regarding FDA-approved treatments for the condition», «to advocate that the same standards are applied to approve safe and effective treatments for the most common form of women's sexual dysfunction as have been for men», y «to support women who are suffering with female sexual dysfunction by providing a

<sup>30</sup> Susan Di Giacomo, comunicación personal.

community to share experiences and stand together for progress». Su finalidad principal es entonces educar a un público que no está informado sobre la prevalencia de las disfunciones sexuales entre mujeres, a través de la popularización de un discurso médico que encarna el progreso de un Occidente obsesionado con la idea de un desarrollo infinito.

Una idea básica presente en todos los discursos relacionados con *Even the Score* es la disparidad de género a la hora de evaluar el acceso a los medicamentos. Su caballo de batalla ha consistido en insistir en que «with 26 FDA-approved treatment options for men's sexual dysfunction and only 1 for women, we have a long way to go in recognizing the important role sexual desire plays in a woman's overall health». La equidad de género se alcanzaría, entonces, a través de una *equa* medicalización. Sin plantear crítica alguna a lo que conlleva la regulación farmacológica del deseo sexual, *Even the Score* parece no estar interesada en la construcción de un discurso más amplio sobre la sexualidad femenina: lo único que se repite, una y otra vez, es la urgente necesidad de un fármaco para que las mujeres puedan medicarse como lo hacen los hombres. Como afirma Katherine en la web de la campaña, «if men have an issue, by all means get treatment for it. I just want to be able to have the same options for myself».

La construcción de un estado de urgencia ha hecho posible la creación del consenso suficiente para la aprobación de Addyi en la tercera evaluación de la FDA en junio de 2015. La idea de medicamento defendida por la campaña es la de un dispositivo al que se atribuyen valores intrínsecamente positivos que tienen que ver con el campo de los derechos humanos. En la página web podemos leer varias afirmaciones como esta: «We believe, as does the World Health Organization, that sex is a basic human right and it is time we had equity in medical treatment options for women's sexual health<sup>31</sup>». Al posicionar el «sexo» en el territorio de los derechos humanos se otorga a la reivindicación de *Even the Score* un carácter sociojurídico legitimado socialmente. Si el deseo medicalizado es un derecho, no luchar para la aprobación de Addyi es una discriminación, producto de las mismas «gender bias», los sesgos de género, que informan la lógica de la FDA.

31 Enlace: <[www.eventhescore.org/the-problem](http://www.eventhescore.org/the-problem)>, consultado el 22 enero de 2017. El 31 de agosto de 2018 la página resulta desactivada.

El sujeto pensado por Addyi es una mujer heterosexual capaz de convertirse en *manager* de sí misma y de evaluar detenidamente la funcionalidad de sus procesos biológicos. Addyi plasma el modelo de un individuo que dispone de los tecnodispositivos adecuados para arreglar cualquier fallo en el funcionamiento de su cuerpo-máquina. Se trata de un cuerpo sujeto a una mirada molecular en que el deseo sexual se regula a través de neurotransmisores: la paciente-consumidora es invitada a reorganizar su experiencia a la luz de los pasos inciertos de las ciencias, que siguen representando el conocimiento científico como una copia de los hechos, implementando una estrategia propagandística centrada en el valor moral de las verdades absolutas producidas en los laboratorios.

A través del diagnóstico de HSDD, la mujer-paciente experimenta su cuerpo como potencialmente peligroso. En la página web de la campaña, Katherine, una mujer con diagnóstico de HSDD, afirma: «It was like a switch went off in my head, I wanted sex one day, and after that there was nothing. I didn't want sex. I didn't think about sex. That whole part of me in my life was gone. It leaves a void that seeps into other areas». Addyi promueve entonces la idea de que ya no hay individuos sanos, sino que hay cuerpos en riesgo, cuerpos que experimentan lo que Kavanagh y Broom (1998) llaman «embodied risk», es decir, el riesgo atribuido al cuerpo del individuo, que se sitúa en su interior y modifica sus maneras de pensar el cuerpo. Addyi invita a las mujeres a leer los cambios en su deseo sexual a la luz de un posible, inesperado, *bug* cerebral.

En la página web de *Even the Score* podemos leer afirmaciones como «we believe that women have the right to make their own *informed choices* concerning their sexual health» y «the approval of *safe & effective* treatments for low desire should be a priority for the FDA»: *Even the Score* se empeña en la construcción de la percepción de Addyi en cuanto que medicamento seguro y efectivo (posición que no coincide con los resultados de los ensayos clínicos), justificando la necesidad de su aprobación a través de un discurso neoliberal acerca de la libertad de elección. Wayne Shields, presidente de la Association of Reproductive Health Professionals, describe la necesidad de «ofrecer opciones» a las mujeres como un derecho: «My personal opinion and the opinion of my organization is there need

to be as many choices that are safe and effective and we believe that this is a good additional *option* for some women». Addyi se piensa como una opción necesaria en la sociedad de consumo, y el poder que condensa es un poder inteligente que se ajusta a la psique en lugar de disciplinarla o someterla. Se elimina así la decisión libre en favor de la libre decisión (Han, 2014: 15).

## 7. Postfeminismo y neoliberalismo

Nancy Fraser (2001, 2015) afirma que con la subordinación de las luchas económico-sociales al reconocimiento —y de la teoría social feminista a la teoría cultural feminista— se produjeron fuertes presiones para convertir la llamada «segunda ola» del feminismo en una variante de las políticas identitarias, favoreciendo así el desarrollo del neoliberalismo: «En el contexto de fin de siglo, el giro hacia el reconocimiento encajó con demasiada facilidad en un ascendente neoliberalismo que solo quería reprimir cualquier recuerdo del igualitarismo social» (Fraser, 2015: 254). La rama cultural se separaba de la económica, y también de la crítica al capitalismo, generando una «relación peligrosa» entre feminismo y neoliberalismo, anulando su potencia revolucionaria. Se difundió así una concepción generalizada que representaba las reivindicaciones feministas como obsoletas y limitantes, como un conjunto de negaciones más que como una celebración entusiasta de la vida en cuanto que proyecto consumista en la hipermodernidad<sup>32</sup>.

*Even the Score* y *Find my Spark* son dos ejemplos de cómo, en la actualidad, pueden circular discursos que utilizan una retórica centrada en las ideas de la igualdad de género y la paridad de derechos («equal rights»), que sin embargo no se denominan como feministas o que se posicionan en directa contraposición con el feminismo. «*Even the Score* wants you to open the door to medical treatment options for HSDD [and] to fight for women's rights as sexual beings», afirma la campaña. Sin embargo, la idea de lucha se enmarca en un orden del discurso que la vacía de su

---

<sup>32</sup> Para una introducción al estudio del cuerpo y la medicina en la hipermodernidad véase Casas *et alii* (2013).

potencial rompedor con las normas hegemónicas. *Even the Score* habla de «lucha de mujeres» sin mencionar el feminismo porque construye la representación de un mundo que ya no lo necesita. Su noción de lucha hace referencia «to the need of women, particularly those who are under the age of 50, and thus still of potential value to the labour market, to come, or move forward, as active participants in these labour markets, and also in consumer culture» (McRobbie, 2009: 124). La participación en el mercado laboral y en la cultura consumista deviene la característica principal de las nuevas formas de ciudadanía femenina. Esto se enmarca en lo que McRobbie (2009) llama «postfeminismo», proceso surgido a partir de la reacción mediática de derechas a los logros feministas, que se caracteriza por unas propuestas políticas «vaguely feminist, in a pro-woman sense, but repudiating the angry strident tones associated with feminism per se» (McRobbie, 2009: 31). El postfeminismo en el contexto estadounidense se opone a la figura de la feminista «old-school» y a la simbología asociada a esta (los sujetadores quemados, el rechazo a la depilación, etc.) y crea un vocabulario neoliberal centrado en las nociones de «empowerment» y de «choice» para ofrecer una ética femenina (*girly*) a la nueva generación de mujeres. El postfeminismo celebra los logros femeninos sobre todo en relación al mundo laboral: no es una casualidad que la directora ejecutiva de Sprout Pharmaceuticals, tras dejar la industria farmacéutica, haya fundado Pink Ceiling, una compañía que ofrece posibilidad de inversión a empresas que desarrollen proyectos «that can become catalysts for meaningful change for women<sup>33</sup>». Las mujeres, dice McRobbie, son sujetos de plena confianza en el neoliberalismo. Es más, son el sujeto privilegiado en la nueva meritocracia neoliberal, ya que son a las que más se requiere una autorregulación constante. De hecho, en la industria cultural, el feminismo y la feminidad «have come to represent a range of strategies for capturing market share» (Goldman *et al.*, 1991: 333). Las políticas articuladas por *Even the Score* están centradas en un indivi-

33 Raleigh, N. C. (2016). *Entrepreneur Cindy Whitehead Announces Her New Venture, The Pink Ceiling*. Documento electrónico, <[www.prnewswire.com/news-releases/entrepreneur-cindy-whitehead-announces-her-new-venture-the-pink-ceiling-300258301.html](http://www.prnewswire.com/news-releases/entrepreneur-cindy-whitehead-announces-her-new-venture-the-pink-ceiling-300258301.html)>, consultado el 24 de noviembre de 2016.

dualismo que reemplaza toda posibilidad de práctica política colectiva: la «community» de la que habla no es más que un simulacro farmacopornográfico de la colectividad.

Estos procesos de captura del potencial rompedor de los feminismos por parte del capitalismo neoliberal son profundamente circunstanciales. El feminismo es un movimiento plural, rizomático, que resiste a generalizaciones. El feminismo neoliberal que se articula en el sur de Europa tiene una historia y características profundamente diferentes respecto al contexto estadounidense que impiden equiparar de forma simplista los dos contextos —aunque esto quede fuera del alcance de esta investigación—. Asimismo, entre los PIGS<sup>34</sup>, y dentro de cada contexto nacional, los feminismos difieren mucho. Si se pueden identificar procesos de «commodification» del feminismo en cualquier país occidentalizado, entender cómo estos procesos se articulan en los contextos locales es fundamental para poder realizar una crítica situada de los procesos geopolíticos contemporáneos.

## 8. Conclusiones

Hemos visto cómo a través de una retórica que enfatiza la libertad de elección y la paridad de derechos se reafirman estructuras hegemónicas de dominación. Esta intersección entre los procesos de biomedicalización de la sexualidad y el feminismo neoliberal estadounidense constituye un ejemplo claro de cómo en las sociedades occidentalizadas contemporáneas actúa un poder *soft* que induce el individuo a devenir *mánager* de sí mismo. Martínez-Hernández, en su etnografía sobre el consumo de antidepresivos, observa cómo a través de las neuronarrativas el sujeto se objetiviza a sí mismo y al mismo tiempo subjetiviza la aflicción, sus supuestas causas y sus tratamientos (Martínez-Hernández, 2016: 272); sin embargo, los consumidores parecen aceptar positivamente esta forma de vigilancia interiorizada (*ibid.*). Para analizar las neuropolíticas del deseo y la biomedicalización de la sexualidad en cuanto que fenómeno cultural complejo y situacional, es importante partir de las narraciones de los sujetos que

---

<sup>34</sup> Portugal, Italia, Grecia y España (por sus siglas en inglés).

lo viven en primera persona. Este estudio quiere ser un preámbulo a una etnografía que involucre las voces y los cuerpos de los sujetos de los cuales hablo en este artículo. Los testimonios de las mujeres que he citado provienen de las redes sociales de *Even the Score*: podemos deducir que esto no las convierte en informantes particularmente representativas de la complejidad de los puntos de vista en que nos adentraríamos a través de la práctica etnográfica *in situ*. Tejer un relato crítico a partir de la vivencia de las mujeres que han estado en contacto con Addyi nos ayudaría, por ejemplo, a analizar las circunstancias del fracaso de las ventas registrado ya en las primeras semanas tras su comercialización<sup>35</sup>. Algunas autoras proponen que lo leamos como un ejemplo de resistencia de los cuerpos de las mujeres a las limitaciones impuestas por el marco farmacológico (González García, 2015). Lo que es cierto es que necesitamos relatos que formulen categorías analíticas capaces de tener en cuenta todos los actores que participan en la danza performativa de la ciencia (incluso los no-humanos o los elementos microscópicos, como las hormonas o los neurotransmisores), y que lo hagan a favor de una repolitización de lo que la máquina capitalista, en sus macro y microrrepresentaciones, intenta convertir en bienes de consumo.

---

<sup>35</sup> En las dos primeras semanas Addyi fue sido prescrito 227 veces. Véase Salas, J. (2015). *El fiasco de la 'viagra' femenina*. Documento electrónico, <[www.elpais.com/elpais/2015/12/01/ciencia/1448970835\\_746688.html](http://www.elpais.com/elpais/2015/12/01/ciencia/1448970835_746688.html)>, consultado el 8 de marzo de 2017.

## Bibliografía

- AGGARWAL, N. (2013). «Cultural Psychiatry, Medical Anthropology, and the DSM-5 Field Trials.» *Medical Anthropology*, 32(5): 393-398.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3.<sup>a</sup> ed. Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3.<sup>a</sup> ed. Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. 4.<sup>a</sup> ed. Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. 5.<sup>a</sup> ed. Washington, DC, trad. esp.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- BALON, R. y CLAYTON, A. H. (2014). «Female sexual interest/arousal disorder: A diagnosis out of thin air». *Archives of Sexual Behavior*, 43: 1.227-1.229.
- BASSON, R.; BERMAN, J.; BURNETT, A. *et alii* (2000). «Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications». *Journal of Urology*, 163(3): 888-893.
- BASSON, R.; CORREIA, M. y DRISCOLL, S. (2015). «Flibanserin for Low Sexual Desire in Women: A Molecule From Bench to Bed?» *EbioMedicine*, 2: 772-773.
- BOYER, S. C.; GOLDFINGER, C.; THIBAUT-GAGNON, S. y PUKALL, C. (2011). «Management of female sexual pain disorders». En R. BALON. *Sexual dysfunction: Beyond the brain-body connection* (pp. 83-104). New York: Karger.
- BROTO, L. (2010). «The DSM Diagnostic Criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women». *Arch Sex Behav*, 39: 221-239.
- BULLOUGH, V. L. (1994). *Sex in the bedroom. A history of sex research*. New York: Basic Books.
- CASAS, I.; CASAS, D.; CONTRERAS, G. y RODRÍGUEZ, A. (2013). «El cuerpo, hipermodernidad y medicina». *Revista de Medicina e Investigación*, 1(2): 95-98.

- CLARKE, A.; SHIM, J. K.; MAMO, L.; FOSKET, J. R. y FISHMAN, J. (2003). «Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine». *American Sociological Review*, 68(2): 161-194.
- CONRAD, P. (1992). «Medicalization and social control». *Annual Review of Sociology*, 18: 209-232.
- CONRAD, P. y SCHNEIDER, J. (1980). *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
- CRAWFORD, R. (1980). «Healthism and the medicalization of everyday life». *International Journal of Health Services*, 10(3): 365-388.
- DAVIDSON, A. I. (2004). *La aparición de la sexualidad*. Barcelona: Alpha Decay.
- DELEUZE, G. (1986). *Foucault*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- DI GIACOMO, S. (1992). «Metaphor as Illness: Postmodern Dilemmas in the Representation of Body, Mind and Disorder». *Medical Anthropology*, 14: 109-137.
- DI GIACOMO, S. (1999). «Can there be a “cultural epidemiology”?» *Medical Anthropology Quarterly*, 13(4): 436-357.
- FEDERICI, S. (2013). *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- FOUCAULT, M. (1975). *Surveiller et punir*. Paris: Editions Gallimard.
- FOUCAULT, M. (1976). *Histoire de la sexualité: La volonté de sovoir*. Paris: Editions Gallimard.
- FOUCAULT, M. (1994). *Estrategias de poder*. Barcelona: Paidós.
- FRASER, N. (2001). «Recognition without ethics?» *Theory, Culture & Society*, 18(2-3): 21-42.
- FRASER, N. (2015). *Fortunas del feminismo*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- GIAMI, A. y SPENCER, B. (2004). «Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle: contraceptifs oraux, préservatifs et traitement des troubles sexuels». *Révue Epidémiologique de Santé Publique*, 52: 377-387.
- GOLDMAN, R.; HEATH, D.; y SMITH, S. (1991). «Commodity feminism». *Critical Studies in Mass Communication*, 8(3): 333-351.
- GONZÁLEZ GARCÍA, M. (2015). *La medicalización del sexo: el viagra femenino*. Madrid: Catarata.

- HACKING, I. (1986). «Making Up People». En HELLER, SOSNA y WELLBERY (eds.). *Reconstructing Individualism: Autonomy, Individuality, and the Self in Western Thought* (pp. 222-236). Stanford: Stanford University Press.
- HAN, B. (2014). *Psicopolítica*. Barcelona: Herder Editorial.
- HARTLEY, H. y TIEFER, L. (2003). «Taking a biological turn: The push for a 'female Viagra' and the medicalization of women's sexual problems» *Women's Studies Quarterly*, 31(1/2): 42-46.
- KAPLAN, H. (1977). «Hypoactive Sexual Desire». *Journal of Sex and Marital Therapy*, 3: 3-97.
- KAVANAGH, A. y BROOM, D. (1998). «Embodied risk: my body, myself?» *Social Science and Medicine*, 46(3): 437-444.
- KATZ, M. y MARSHALL, B. (2004). «Is the functional normal? Aging, Sexuality and the Bio-marking of Successful living». *History of the human sciences*, 17(1): 53-75.
- LIEF, H. I. (1977). «Inhibited sexual desire». *Medical Aspects of Human Sexuality*, 7: 94-95.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A. (2000). «Anatomía de una ilusión: el DSM-IV y la biologización de la cultura». En PERDIGUERO, E. y J. M. COMELLES (ed.) *Medicina y cultura, Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 249-275). Barcelona: Bellaterra.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A. (2016). «El secreto está en mi interior. La neuropolítica y la emergencia de las neuronarrativas en el consumo de antidepresivos». En E. PERDIGUERO y J. M. COMELLES. *Educación, comunicación y salud y. Perspectivas desde las ciencias humanas y sociales*. Tarragona: Publicacions URV.
- MASTER, W. y JOHNSON, V. (1966). *Human sexual response*. Toronto; New York: Bantam Books.
- MASTER, W. y JOHNSON, V. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Toronto; New York: Bantam Books.
- MCROBBIE, A. (2009). *The aftermath of feminism. Gender, culture and social change*. New York: SAGE Publications.
- MEIXEL, A.; YANCHAR, E. y FUGH-BERMAN, A. (2015) «Hypoactive sexual desire disorder: inventing a disease to sell low libido». *J. Med. Ethics*, 0: 1-4.

- MENÉNDEZ, E. (2003). «Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas». *Ciência y saúde coletiva*, 8(1): 185-207.
- MOYANO, N. y SIERRA J. (2015). «Descifrando las disfunciones sexuales femeninas en el DSM-5». *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIV(3): 277-286.
- MOYNIHAN, R. (2003). «The making of a disease: female sexual dysfunction». *BMJ*, 326: 45-47.
- MOYNIHAN, R. (2010). «Merging of marketing and medical science: female sexual dysfunction». *BMJ*, 341.
- MOYNIHAN, R. y CASSELS, A. (2005). «Selling Sickness: How Drug Companies are Turning us all into Patients». *BMJ*, 331-701.
- MOYNIHAN, R. y MINTZES, B. (2010). *Sex, Lies and Pharmaceuticals*. Vancouver: Greystone.
- NOVAS, C. y ROSE, N. (2000). «Genetic risk and the birth of the somatic individual». *Economy and Society*, 29(4): 485-513.
- PARRY, V. (2003). «The art of branding a condition». *MM&M*, 38(5): 43-49.
- POTTS, A. (2007). «The 'Female Sexual Dysfunction' debate: Different 'problems', new drugs - more pressures?» En P. MOSS y K. TEGHTSOONIAN (ed.). *Contesting Illness: Processes and Practices* (pp. 259-280). Toronto: Toronto University Press.
- PRECIADO, B. (2008). *Testo Yonqui*. Barcelona: Espasa Libros.
- RABINOW, P. (1999). *French DNA: Trouble in purgatory*. Chicago: University of Chicago Press.
- ROBERTS, C. (2007). «What can I do to help myself? Somatic Individuality and Contemporary Hormonal Bodies». *Science Studies*, 19(2): 54-76.
- ROHDEN, F. (2013). «Gender differences and the medicalization of sexuality in the creation of sexual dysfunction diagnosis, sexual dysfunctions diagnosis». *Revista Estudos Feministas*, 17(1): 89-109.
- ROSE, N. (2003). «Neurochemical selves». *Society*, 41(1): 46-59.
- ROSENBERG, C. (2002). «The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience». *Milbank Quarterly*, 80(2): 237-260.

- RUSO, J. y VENANCIO, A. (2006). «Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III». *Revista Latinoamericana da Psicopatologia Fundamental*, IX(3): 460- 483.
- SUNGUR, M. y GUNDUZ, M. D. (2014). «A comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 Definition for Sexual Dysfunctions: Critiques and Challenges». *Med Sex Journal*, 11(2): 364-373.
- SWEET, P. (2015). «Chronic Victims, Risky Women: Domestic Violence Advocacy and the Medicalization of Abuse». *Signs*, 41(1): 81-106.
- TIEFER, L. (2001). «The “Consensus” Conference on Female Sexual Dysfunction: Conflicts of Interest and Hidden Agendas». *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27: 227-236.
- TIEFER, L. (2004). *Sex is Not a Natural Act*. Westview: Boulder.