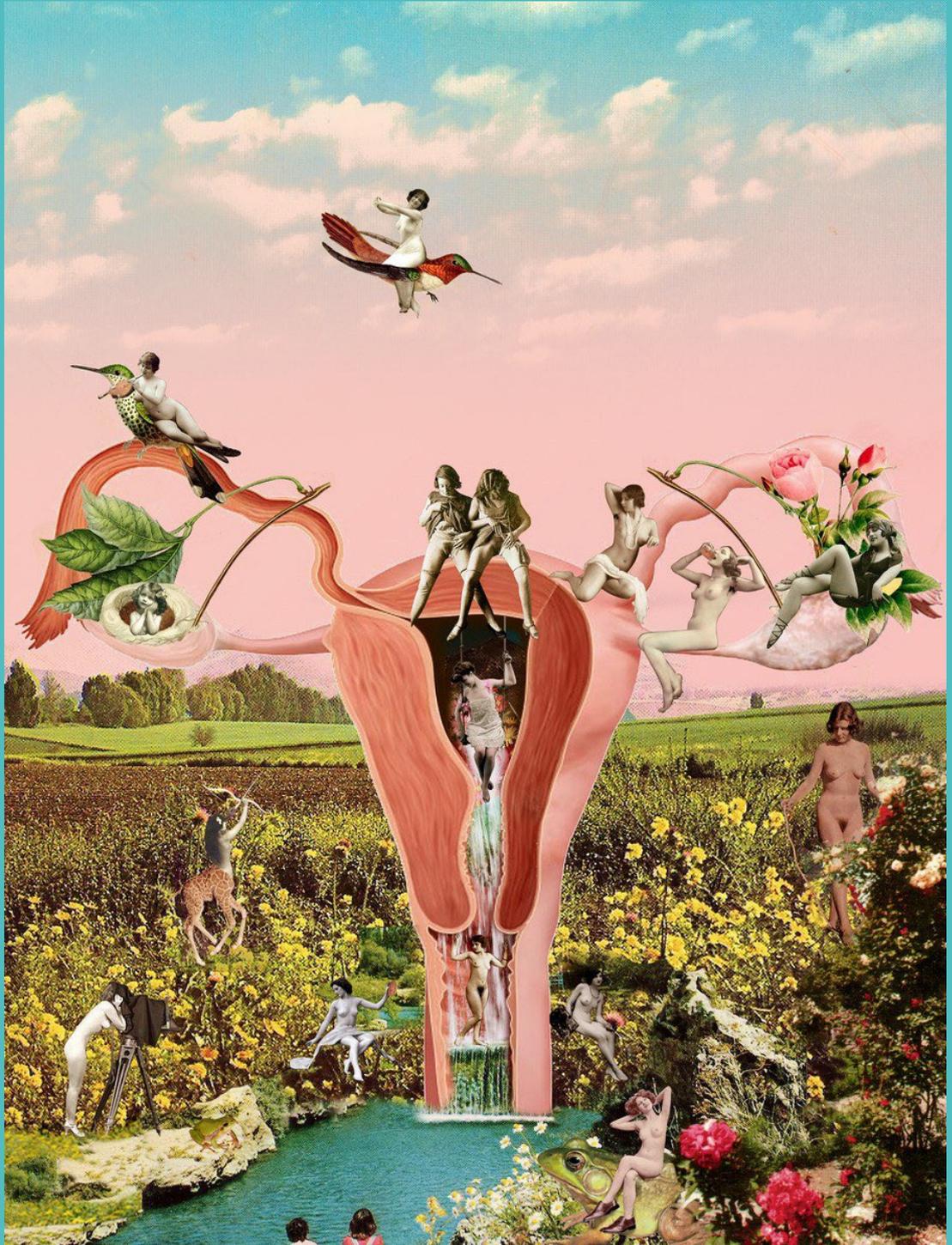


VIII Jornadas en Sexología, Terapia Sexual y Género -3-

Yo conozco tu locura
porque también es la mía
somos locas rebeldes
locas de estar vivas
locas maravillosas
estrafalarias, floridas
ovejas negras
descarriadas sin remedio
vergüenza de la familia
piezas de seda fina
amazonas del asfalto
guerrilleras de la vida
locas de mil edades
llenas de rabia y gritos
buscadoras de verdades
locas fuertes
poderosas
locas tiernas
vulnerables
cada día una batalla
una norma que rompemos
un milagro que creamos
para poder seguir siendo
locas solas
tristes
plenas
mujeres locas, intensas
locas mujeres ciertas.



Llevamos ya un año

Editorial

Hemos cumplido un año desde que comenzó la pandemia de la Covid-19, y aún seguimos inmersas en las normalidades, las limitaciones y las pérdidas. Aunque no soy mucho de recordatorios, este en concreto es fácil porque lo tengo asociado al 8M; la primera gran crítica por los altos niveles de contagio se achacó a esta fecha y las movilizaciones que se dieron, obviando cientos de otras situaciones que igualmente reunieron a grandes cantidades de público (como partidos de fútbol, por ejemplo, o misas), y pasado un año tampoco hemos podido reivindicar ese día como nos hubiera gustado, por responsabilidad principalmente, pero la cual llevó asociada una desmedida presión social desde ciertas posturas poco comprometidas para evitar cualquier tipo de manifestaciones o actos, evidenciando actitudes (neo) machistas en nuestra sociedad.

Tal como vaticinó Simone de Beauvoir, *“No olvidéis jamás que bastará una crisis política, económica o religiosa para que los derechos de las mujeres vuelvan a ser cuestionados.”* No olvidemos nunca que todas hemos salido de ese caldo que es el Patriarcado y que, por ello, todas llevamos impregnada su esencia, haciendo más fácil su manifestación y más difícil su deconstrucción. Después, por supuesto, hay quien recoge esos restos y los atesora, los cuida y alimenta entre miedos y privilegios, y hay quien solo busca y rebusca la mejor forma de limpiarlos y eliminarlos.

Esta pandemia ha provocado ciertas consecuencias, como el aislamiento, la monotonía, la intensificación de las convivencias y la necesidad constante de adaptación a una situación bastante cambiante en todo el proceso, con sus restricciones, normativas, recomendaciones e informaciones muy variadas. No ha sido nada fácil la

vida diaria en estos tiempos, pero aún menos para el denominado Tercer Sector, término que agrupa todas las entidades sociales no lucrativas, pues sobre un sector débil y poco valorado se han dejado notar todas y cada una de las dificultades; mínimas afluencias, grandes problemas de movilidad, adaptación de infraestructuras, reducciones en los ingresos, etc. Siendo este sector el motor de los cambios sociales podríamos pensar que estos han podido entrar en una suerte de *pausa-por-covid*, pero lo cierto es que las pausas, en estos gremios, y tal como comentó Simone, es fácil que se conviertan en crisis, reestructuraciones, reducciones o desapariciones.

Es por esto por lo que debemos seguir empujando a ese Patriarcado, arrinconándolo y aislándolo hasta vencerlo. Cada cual en sus batallas, las que haya elegido. Nosotras, aquí, os presentamos un nuevo número de una de nuestras herramientas de combate, la Revista Sexpol.

Las temáticas de este número son variadas, como de costumbre, pero coinciden en esa base: el conocimiento sexual nos hará libres. Entender cómo se ha patologizado el ciclo menstrual, acercarnos a la relación entre espiritualidad y la sexualidad, redescubrir la eyaculación femenina, aprender sobre la bisexualidad y a detectar la bifobia, o tomar conciencia de la presión masculina sobre el desempeño sexual son algunos de los temas incluidos.

Si queremos mejorar la sociedad debemos ser conscientes de que la sociedad somos nosotras, por lo que el inicio del cambio está en cada una.

Roberto Sanz Martín / abril, 2021

Sumario

Editorial: *Llevamos ya un año* / Roberto Sanz. Pág. 2

Patologización del ciclo menstrual de las mujeres desde la medicina ginecológica. Anticonceptivos por defecto / Sara Romero Olalla. Pág. 3

Viaje desde Nigeria: mujeres resilientes / Carmen Muñoz Vicioso. Pág. 6

Medicalización de los procesos naturales de las mujeres / Ainara Ziganda Goñi. Pág. 9

La identidad bisexual. La bisexualidad más allá de los estereotipos / Mariona Guijarro Ferrer. Pág. 12

Espiritualidad y sexualidad / Raquel Dueñas Pousa. Pág. 16

Aproximación a las experiencias sobre eyaculación femenina / Rocío Rivas Martín. Pág. 20

Mujeres LBT y opresión sexual: aproximación y análisis desde la perspectiva de género / Roser Ruiz Guinart. Pág. 23

La educación sexual en los países de la Unión Europea / Sabina del Río Gozalo. Pág. 26

Patologización de las dificultades en la penetración vaginal e influencias en el proceso terapéutico / Anna Blasco Serret. Pág. 30

Masculinidad y percepción de desempeño sexual y responsabilidad de ejecución sexual en hombres: un estudio mixto / Sarah Belén Olarte Pinzón. Pág. 33



Sara Romero Olalla
Máster en Sexología y Género
Fundación Sexpol
Educatrice Social

Patologización del ciclo menstrual de las mujeres desde la medicina ginecológica. Anticonceptivos por defecto

Estamos hartas de que, a las mujeres, siendo más de la mitad de la población mundial, sigamos siendo ciudadanas de segunda. Vivimos en una sociedad donde el modelo biomédico imperante toma como referencia el cuerpo masculino. Los eventos vitales como el ciclo menstrual o el embarazo, por ejemplo, son tomados como enfermedades que hay que tratar. De ahí que se patologicen procesos naturales en la mujer, se las trata como si estuvieran enfermas, se las medicaliza. La sociedad está organizada por y para los hombres, no está diseñada y preparada para la mujer cíclica que somos y la medicina, por sorprendente que nos parezca, está cargada de estereotipos y sesgos de género que acaban por perjudicarnos.

Por ello, para mi Trabajo Fin de Máster versará sobre qué tipo de atención médica recibimos en consultas de ginecología; si recibimos toda la información que deberíamos y cómo vivimos el hecho de estar medicalizadas (*hormonadas*).

Los principales objetivos de mi trabajo de investigación son:

- Identificar las causas que le llevan a una mujer a elegir un determinado método anticonceptivo.
- Comprobar si dicha elección ha sido completamente informada por parte de los y las profesionales de la salud.
- Conocer bajo qué circunstancias se recomiendan alternativas hormonales a mujeres por parte de la medicina ginecológica e identificar los criterios que se han seguido.

La patologización o medicalización de procesos naturales, concretamente en la mujer, se proyecta principalmente en el ciclo menstrual o ciclo ovulatorio. Se entiende que los problemas de dismenorrea o dolor durante la menstruación, entre otros, son consecuencia principal del ritmo de vida y los modelos sociales creados por y para hombres desde una perspectiva exclusi-



vamente androcéntrica. Esto quiere decir que la sociedad no está pensada para las personas que menstrúan, sino que son las propias mujeres las que deben adaptarse al sistema para sobrevivir. De aquí nace la patologización del ciclo menstrual (y de otros tantos procesos naturales como este), de una sociedad que obliga a las mujeres a cambiar para que encajen en ella sin caer en la cuenta de que es la propia sociedad la que debería cambiar para adaptarse al 51% de la población; las mujeres.

“Los cuerpos menstruantes y su configuración desde la dominación, evidencia cómo las mujeres han sido sistemáticamente coaccionadas para serle funcional al sistema capitalista, sexista, clasista y patriarcal; y permite revelar cómo desde las prácticas cotidianas se rompen estos estereotipos¹”.

El tema que me ocupa en esta investigación es la patologización del ciclo menstrual en la mujer, entendiendo patologizar como una forma de medicalizar procesos naturales bajo la perspectiva de una medicina que sigue siendo fundamentalmente androcéntrica. La patologización o medicalización de la vida muestra los eventos vitales como si fueran problemas de salud, enfermedades que hay que tratar médicamente; como la menopausia, la menstruación, el embarazo o el parto,

por ejemplo. Foucault (2008)² plantea que “La enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra práctica o teóricamente medicalizado”. Partiendo de la base de que la medicina continúa siendo una ciencia plagada de estereotipos y sesgos de género que tiene el modelo del varón como norma, dado que a lo largo de la historia se ha estudiado al varón como representante del ser humano en general, nos encontramos ante una situación de invisibilidad de la mujer y sus procesos.

En este contexto resulta más que habitual encontrar mujeres que presentan problemas varios durante la menstruación; el dolor, el más claro ejemplo, es uno de los que están profundamente normalizados, ya que continuamente estamos recibiendo el mensaje (equivocado) de que la ‘regla’ tiene que doler, y este es uno de los mayores mitos que sustenta la creencia de que la menstruación ha de ser tratada como una enfermedad, y es así tanto en el imaginario colectivo como desde la medicina hegemónica. De aquí en adelante, para hablar de la fase hemorrágica o de sangrado (comúnmente conocido como “regla”), lo llamaré ciclo menstrual u ovulatorio, ya que no me siento muy cómoda utilizando el término regla ¿Por qué? Cito textualmente a la ginecóloga Enriqueta Barranco: “La regla tendría que desaparecer

¹ Gutiérrez, A. P. (2017). Itinerarios de cuerpos menstruantes: descolonizando el cuerpo de la mujer. *Revista Corpo-grafías, Estudios críticos de y desde los cuerpos*, 77-91.

² Foucault, M. (2008). *La vida de los hombres infames*. Altamira.

como palabra adscrita al género femenino, porque una regla siempre es una medida exacta y la menstruación es la menos regla de las reglas”.

De esta forma se tiende a medicalizar el cuerpo de la mujer de un modo inmediato, donde pocos profesionales se toman el tiempo de escuchar ni indagar en el contexto de la paciente ni en su historia, pero ¿por qué se tiende a suponer el proceso natural de la menstruación como patológico en lugar de investigar las causas del dolor que provoca el mismo? Como consecuencia, algunas enfermedades como la endometriosis, que afecta a 1 de cada 10 mujeres, tardan de media unos 8 años en diagnosticarse. Partimos de una perspectiva médica con actitud paternalista que infantiliza nuestras experiencias vitales y decide lo que es mejor para nosotras sin contar con nosotras, lo que trae como consecuencia la pérdida de autonomía y la dependencia que genera. La relación con las profesionales de la salud debe ser siempre de cooperación, y no de sumisión o dependencia.

Para averiguar cómo funciona esta relación paciente-profesional de la medicina he diseñado una pequeña encuesta online, diseñada con formularios de Google Drive, y han participado un total de 330 mujeres en su mayoría con nacionalidad española. Iba dirigida a mujeres que estén o hayan estado tomando métodos anticonceptivos exclusivamente de tipo hormonal. El principal interés de la investigación ha sido conocer los motivos que han condicionado dicha elección, analizar los sesgos de género por los que está atravesada la medicina ginecológica y averiguar en qué medida las mujeres han sido partícipes en el proceso. Esta técnica permite una lectura desde la visión subjetiva de cada mujer ya que, como es anónima, les permite expresar sus experiencias y opiniones bajo un marco de completa privacidad. Para captar participantes he empleado redes informales como WhatsApp, correo electrónico y mi cuenta personal de Instagram. He proporcionado un enlace de acceso al formulario bajo la premisa de realizarlo si se cumple la condición de ser consumidora de productos anticonceptivos hormonales o haberlo sido en el pasado durante un tiempo relativamente largo (más de seis meses). El modelo de encuesta está compuesto por preguntas con opciones preestablecidas obligatorias añadiendo siempre una opción a rellenar y también incluye preguntas de respuesta abierta. Ha estado disponible en redes

sociales durante dos días completos. El análisis de los datos se ha realizado a partir de una revisión profunda de las respuestas proporcionadas por las 330 participantes. El rango de edad de las mismas oscila entre los 17 y los 47 años, siendo los 24 y 25 las edades con mayor índice de participación. El país de residencia de las personas que han participado han sido España (98%), Reino Unido, Italia, Tailandia y República Dominicana. Han participado activamente en la encuesta y he podido analizar la problemática desde la perspectiva individual de cada una.

Esta investigación ha sido del todo enriquecedora y nutritiva porque me ha permitido aprender de las propias experiencias vitales de cada una de las mujeres que han participado en la encuesta. Somos cíclicas, y vivir este hecho de manera consciente y plena con una visión positiva de nuestros procesos vitales es esencial. Y me produce una gran tristeza el hecho de pensar que esta sociedad no está hecha para nosotras, y pesa ¡vaya que si pesa! El sistema en el que vivimos no respeta a los cuerpos cíclicos y perpetúa el tabú de la menstruación con el objetivo de desconectarnos de nuestros cuerpos y de nosotras mismas. Lo que ocurre es que la desinformación sí que es poder (el patriarcal), y lo vivimos en nuestras propias carnes, no sabemos leer ni interpretar nuestros cuerpos, y menos nuestras menstruaciones.

El dolor no es normal, lo que duele es menstruar en una sociedad patriarcal pensada por y para el varón, y esto desemboca en graves problemas para nuestra salud, la de las mujeres, así se patologizan nuestros procesos vitales. Y es que, como dice Erika Irusta en su libro *Yo menstrúo: “el problema no es la menstruación, sino quién menstrúa en esta sociedad”*.

Concluyo con una cita de Miriam Al-Adib Mendiri en su libro *Hablemos de Vaginas*, que resume a la perfección el trabajo realizado:

“Necesitamos una atención sanitaria que integre el enfoque biopsicosocial y de género, que escuche a las pacientes buscando el problema real para poner a su disposición todas las herramientas disponibles. Nuestra labor como personal sanitario es dar información para que la paciente decida, más allá de la infantilización de las mujeres”.

Carmen Muñoz Vicioso
Máster en Sexología y Género
Fundación Sexpol
Psicóloga



Viaje desde Nigeria: mujeres resilientes

Como breve introducción al movimiento migratorio, destacamos el crecimiento de las cifras en los últimos años, según el informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR, 2019), los datos más actuales presentan que la población global de desplazamientos forzosos aumentó a un total de 79,5 millones de personas que se vieron obligadas a huir de su país natal en el año 2019, siendo en 2018 de 70,8 millones. Sin obviar la responsabilidad que tienen los intereses sociopolíticos occidentales en los motivos migratorios de otros países víctimas, entre las causas más relevantes destacamos: conflictos bélicos, crisis humanitarias, situaciones de violencia, discriminación y desprotección, persecución por motivos políticos o de género.

Nigeria es uno de los países que frecuenta las listas de desplazamientos forzosos a nivel mundial, siendo víctima de intereses tanto externos como internos y muy deteriorado con el conflicto entre el grupo armado BokoHaram y las fuerzas de seguridad del Estado, provocando una situación en el país insostenible, siendo las mujeres nigerianas principales afectadas y siendo, por otro lado, protagonistas del presente artículo.

“Ser mujer en Nigeria no siempre es fácil”

Muchos son los testimonios de mujeres y niñas, víctimas de violencia desde su nacimiento y criadas en extrema vulnerabilidad. Su admirable capacidad de resiliencia comienza en edades muy tempranas, siendo víctimas muchas de ellas de mutilación genital femenina y otras prácticas que amenazan su integridad física. Falta de escolarización, matrimonios forzados, situaciones de discriminación y violencia física o sexual, son muchas de las razones que llevan a mujeres tomar la decisión de

salir de sus hogares. Según ellas mismas indican, a pesar de tener fundadas razones, “dejar tu vida atrás sabiendo que probablemente no vuelvas, no es fácil”. También, es importante señalar que no todas las realidades representan una historia de violencia, sino que, existen vidas de mujeres nigerianas alejadas de malos tratos, que también deberían ser escuchadas.

La externalización y refuerzo de fronteras, hacen que el trayecto hasta llegar a Europa sea toda una carrera de obstáculos. En concreto, las rutas de Nigeria a Europa son de las más mortíferas del mundo; por un lado, la ruta del Mediterráneo Central, donde pasan por Libia que es uno de los lugares más peligrosos del mundo para personas refugiadas y, por otro, la ruta del Mediterráneo Oeste, cruzando por Marruecos mientras esquivan la policía y las concertinas de las vallas. El número de víctimas en estos trayectos es incontrolable, ya sea por mar o por tierra, la violencia, las mujeres usadas como monedas de cambio, las barcas en situaciones de hacinamiento inhumano, son ejemplos de la desprotección que existe en la actualidad con respecto al movimiento migratorio.

¿Es España el sitio seguro esperado?

Tras largos meses de trayecto, probablemente en su llegada a España la respuesta sea afirmativa, muchas son acogidas por equipos de salvamento, informadas del proceso de solicitud de protección internacional y derivadas a organizaciones especializadas. Muchas otras, sin embargo, seguramente sigan en su camino de lucha por sobrevivir, siendo perseguidas por redes de trata de explotación sexual o siendo víctimas de otro tipo de violencia que se desarrolla en países occidentales.



La carrera de obstáculos frecuentemente continúa en España, si bien es cierto, se han dado avances en la protección internacional y solicitudes de asilo por razones de género, además, se encuentran en territorio donde muchas de las situaciones anteriormente vividas están penadas, pero la realidad también es que muchas mujeres siguen recibiendo día a día discriminación en su nuevo país de origen. Observamos una tendencia en la sociedad occidental a imponer nuestras creencias por encima del resto de culturas y sociedades, manteniendo un etnocentrismo que las deja sin espacio y sin voz. Desde nuestra perspectiva, se defiende una mirada transcultural en todo contacto con persona extranjera y así poder entender los distintos funcionamientos y estilos de vida. Yendo un poco más allá, no sólo de poder entenderlos, si no también, tener la capacidad de aprender

de ellos y valorar los talentos que llegan diariamente a nuestro país. Desgraciadamente, el etnocentrismo hace que nos perdamos la maravilla de aprender de la crianza africana, de su capacidad de expresión artística, de las similitudes religiosas ajenas a la geografía o de brillantes conocimientos académicos. Nos perdemos una de las fuentes de información más ricas en el mundo; la que proviene de las personas.

Haciendo análisis de las situaciones de violación de los derechos humanos que sufren muchas de las mujeres que llegan a España, observamos que la mayoría están relacionadas con su sexualidad; violaciones, maltratos, discriminación por razones de género, matrimonios forzados, etc. y es sorprendente que apenas se haya incluido la especialización en sexología en muchos de

los servicios que trabajan en la acogida de la población migrante. La sexología, entendida de una manera muy estricta, sería la ciencia que estudia los sexos, pero la sexualidad va mucho más allá de algo estrictamente biológico, se considera sexualidad como la construcción, a partir del sexo, de un universo simbólico y único de cada persona (Marina, 2002). Este universo simbólico, único de cada persona, es eje transversal en la construcción de nuestra propia identidad, de ahí la importancia de incluir la sexología en las intervenciones, creando espacios de seguridad que favorezcan la confianza para la expresión y la recuperación de experiencias de naturaleza traumática.

En definitiva, el movimiento migratorio es una realidad que nos vincula a todo ser humano, ya sea como país de acogida o como país de huida, siendo conscientes de cómo los intereses de unos países influyen en las salidas de otros. Eventos o crisis como la del coronavirus que estamos viviendo en plena actualidad, nos

demuestran que la vida está en constante cambio y que el día de mañana, España puede estar en los primeros puestos de las listas de inmigración. Por esta realidad de cambios, sería recomendable empezar a cambiar conceptos relacionados con la población migrante, aceptar la idea de verlo como una oportunidad de aprendizaje y dejar de lado prejuicios que discriminen o fronteras que alejen. Por supuesto, sin olvidarnos de la necesidad de cambios previos a nivel político, con leyes que realmente protejan, acojan y que verdaderamente respeten los Derechos Humanos Universales.

Este artículo está dedicado a todas aquellas valientes que un día tuvieron que escapar y adentrarse en un camino desconocido. Gracias a todas aquellas que nunca pudieron salir o que no pudieron llegar, pero que su fuerza nos alienta. Gracias a todas aquellas que ahora forman parte de una nueva sociedad y que nos recuerdan cada día lo fuerte que podemos llegar a ser.

Gracias, a cada una de vosotras.

BIBLIOGRAFÍA

- ACNUR. (2019, enero). Travesías desesperadas. Recuperado de: <https://www.acnur.org/5c5110f94.pdf>
- Adichie, N. C. (2018). El peligro de la historia única. Literatura Random House.
- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (2009, octubre). Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria Recuperado de <https://www.boe.es/eli/es/l/2009/10/30/12/con>.
- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. (2010, marzo). Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Recuperado de <https://www.boe.es/doue/2010/083/Z00389-00403.pdf>
- Amnesty International. (2020, Abril). NIGERIA 2019. Recuperado de <https://www.amnesty.org/en/countries/africa/nigeria/report-nigeria/>
- CEAR. (2020, junio). INFORME 2020: Las personas refugiadas en España y Europa. Recuperado de https://www.cear.es/wp-content/uploads/2020/06/Informe-Anual_CEAR_2020_.pdf
- European Asylum Support Office. (2018, noviembre). Nigeria Security Situation. Recuperado de https://coi.easo.europa.eu/administration/easo/PLib/2018_EASO_COI_Nigeria_SecuritySituation.pdf
- Human Rights Watch. (2020, marzo). Nigeria: Army Restrictions Stifling Aid Efforts. Recuperado de <https://www.hrw.org/news/2020/03/04/nigeria-army-restrictions-stifling-aid-efforts>
- Marina, J. A. (2002). El rompecabezas de la sexualidad. Anagrama.
- Ministerio de Salud. (1999, agosto). Declaración de los Derechos Sexuales. https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/sexualidad/decladerecsexu.pdf
- Naciones Unidas. (1951, julio). Convención de Ginebra sobre el Estatuto de los Refugiados. Recuperado de https://eacnur.org/files/convencion_de_ginebra_de_1951_sobre_el_estatuto_de_los_refugiados.pdf
- Naciones Unidas. (1948, diciembre). Declaración Universal de los Derechos Humanos. https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf

Ainara Ciganda Goñi
Máster en Sexología y Género
Fundación Sexpol
Maestra de Educación Primaria



Medicalización de los procesos naturales de las mujeres

La medicalización o el hecho de solventar situaciones normales de la gente o procesos biológicos naturales que no son enfermedades proporcionando medicamentos, es un concepto poco conocido incluso por profesionales de la salud. La población cada vez es más exigente con su estado de salud, y por ello la idea de medicalizar aspectos de la vida que pueden parecer problemas médicos sin serlo, se hace aún más atractiva.

En la cultura occidental y capitalista, la gente ha desplazado al campo médico problemas de la realidad de las personas como los problemas sociales, y la obsesión por una salud perfecta se ha transformado en un factor patógeno predominante. De esa forma, aunque

pueda parecer paradójico, a la vez que mejora el nivel de salud de la población, aumenta progresivamente el número de enfermedades y enfermos. En la vida diaria por diferentes motivos, etiquetamos como enfermedades comportamientos o acontecimientos que no son más que componentes que definen el carácter o forma de ser de las personas, o bien se trata de reacciones saludables ante situaciones que se viven día a día como pueden ser los conflictos laborales, familiares, escolares o duelos.

El sentimiento de que cualquier prueba es mejor que la simple valoración médica, o de que la técnica más moderna y nueva es mejor que las que ya cuenta el



sistema médico va en aumento. Esta falta de confianza en los médicos y centros de salud ha causado que la relación médico-paciente se haya visto afectada seriamente. La tecnificación y los avances de la medicina a pesar de traer mejoras, han creado expectativas irreales, haciendo creer a la población que la ciencia encontrará la solución a todas las enfermedades y problemas, rechazando la enfermedad y la muerte como partes inevitables de la vida.

Es importante tener claro que el área terapéutica se ve afectada por el sesgo de género en el esfuerzo diagnóstico. Tal y como explicaban María Teresa Ruiz y María Verdú en su artículo *sesgo de género en el esfuerzo terapéutico* la probabilidad de que una persona que padezca cualquier enfermedad reciba el tratamiento adecuado es casi nula si por cualquier causa queda excluida del proceso diagnóstico, o bien, si al diagnosticar no se hacen las pruebas oportunas y necesarias. Si se hace un mal diagnóstico, es probable que el tratamiento que reciba no sea el adecuado y sin diagnóstico, como mucho se hará un esfuerzo terapéutico sólo sintomático, o una sobre prescripción de fármacos psicótropos.

El sesgo de género, en cuanto a los tratamientos de las enfermedades reales o supuestas se refiere, se manifiesta de tres maneras:

1. Ausencia de mujeres en los ensayos clínicos: La mayoría de los fármacos no han sido ni investigados ni probados entre las mujeres. Desde el principio las mujeres han sido rara vez incluidas o representadas en los ensayos clínicos a causa de esto, los datos sacados de dichos ensayos para el tratamiento de pacientes se han basado sobre todo en población masculina y se han extrapolado de forma inadecuada para el uso clínico de las mujeres.
2. Medicalización excesiva de procesos naturales, como la menstruación o la menopausia: En el caso de la menstruación, en los trastornos derivados de esta se ha recurrido a los anticonceptivos para enmascararlos causando que hayan permanecido invisibles para el diagnóstico médico. Sin embargo, en el caso de la menopau-

sia se recurrió a la Terapia Hormonal Sustitutiva (THS) como prevención del envejecimiento aunque ya no se recurre a ella apenas por el factor de riesgo que supone en enfermedades cardiovasculares y cáncer de mama.

3. No asistencia de los procesos biológicos o sociales que sean causa del malestar y la fatiga: la mayoría de causas de fatiga y de malestar entre mujeres y hombres se deben a un amplio abanico de interacciones entre condiciones biológicas, psicológicas, sociales y medioambientales que interactúan de forma distinta en hombres y mujeres.

Vivimos en una sociedad de culto a la juventud y a la belleza que niega el envejecimiento, la muerte, la ciclicidad de la mujer y que promueve como ideal femenino un modelo inalcanzable, el de una mujer lineal que nunca cambia, por eso procesos naturales como la regla, el embarazo, el parto, la menopausia, a menudo son tratados más como procesos psicológicos más que como procesos naturales. En resumen por un lado se invisibilizan muchas enfermedades de la mujer y por otro lado existe una patologización de los procesos biológicos de la mujer.

Existe amplia bibliografía hablando de la medicalización que sufren las mujeres en etapas vitales como son la menstruación, la menopausia y el envejecimiento, por lo que se puede afirmar que sí son dianas terapéuticas. La medicalización de los procesos biológicos de las mujeres es un proceso que se ha ido llevando a cabo desde hace décadas, y los motivos por los que se ha dado dicha medicalización han ido cambiando a medida que la sociedad ha ido avanzando. Como se ha visto, no hay un único factor que haya originado la medicalización, sino que ha sido un conjunto de ellos, se podrían englobar todos bajo el concepto de patriarcado: los roles de poder y el menosprecio hacia las mujeres propician la medicalización de sus cuerpos.

Otro punto a tener en cuenta es la gran influencia que el sector farmacéutico tiene en la medicalización. En sociedades capitalistas, como son la mayoría de sociedades occidentales, el papel de la industria farmacéutica en la economía repercute tanto en la política como en la sociedad en general, y al hablar de industria farmacéu-

tica hablamos de una de las diez potencias económicas más poderosas del planeta, que mueve cientos de millones de euros al año. Al medicalizar de esta manera los cuerpos de las mujeres, lo que se consigue es que la promoción de la salud y el bienestar de las personas quede por debajo de los intereses políticos y económicos de las empresas, que son los que conducen a la medicalización de las mujeres.

La medicalización de los cuerpos de las mujeres se ha dado de varias formas a lo largo de la historia: ya en la antigüedad surgieron supuestas enfermedades como la histeria, y en la sociedad actual el ejemplo más claro es el de las terapias de sustitución hormonal que, a pesar de haberse visto que los efectos negativos de estas no deberían ser pasados por alto, se han seguido pautando por médicos a las mujeres. Los supuestos beneficios de estas terapias también han ido cambiando: desde el “mantenerse jóvenes y atractivas” hasta la prevención de osteoporosis, cardiopatías o incluso Alzheimer.

Esta tendencia a medicalizar el cuerpo tiene efectos muy negativos no sólo físicamente, sino también psicológica y socialmente. Se las estigmatiza, se las silencia y se tratan estos temas como tabúes, provocando el aislamiento de las mujeres que los viven y la creencia de que sus cuerpos no son válidos. Así pues, el proceso es una rueda, ya que cuanto más inseguras se sientan las mujeres consigo mismas y con sus propios cuerpos, más recurrirán a la medicalización para intentar ser más bellas, más jóvenes, más atractivas para los demás, más válidas.

Las nuevas tecnologías en forma de métodos diagnósticos, análisis clínicos, vacunas, o fármacos diversos, son innovaciones que pueden mejorar la salud y la calidad de vida, y crear mejores condiciones para la igualdad, o pueden constituir fórmulas para empeorar la salud, embotar las mentes, y aumentar los riesgos de cáncer, incrementando las desigualdades en salud, dependiendo de su utilización sin sesgos de género.

También debemos luchar contra las desigualdades y los obstáculos que se interponen en nuestro camino para alcanzar la igualdad de derechos, oportunidades y trato en una sociedad que parece que se empeña en decirles a los colectivos desfavorecidos que no valen

lo mismo, que son inferiores. En este caso, hablando de medicalización del cuerpo de la mujer, se les hace creer que sus cuerpos no funcionan bien, que “necesitan arreglo”. Todo esto potencia la discriminación por género que ya está muy presente en la sociedad actual. Por ello, dada las graves consecuencias de la medicalización, deberíamos implicarnos en el proceso de concienciación.

Es importante tener clara, la necesidad de una atención sanitaria que integre el enfoque biopsicosocial y de género, que escuche a las pacientes, que busque el problema real para poner a su disposición todas las herramientas disponibles explicando los riesgos y beneficios de cada opción, para que, lejos de la infantilización de las mujeres, cada cual pueda decidir de qué manera quiere enfocar su salud aplicando el inalienable principio de autonomía de la paciente.

Aprender a aceptarse y aceptar los cambios no es lo mismo que resignarse, sino permitir con naturalidad que todo sea lo que es: el cuerpo cambia, la energía no es la misma. No se puede negar la evidencia de los cambios que supone esta etapa de la mujer, ya que, el negar todo cambio puede ser perjudicial. Cuando se acepta no se reprime, no se niegan los cambios que vive el cuerpo y hace más fácil dejar de lado los juicios que se hacen contra una misma.

Dejar de pensar de forma dicotómica y jerárquica bueno-malo, joven-vieja y pensar que somos, así sin más, más allá de las categorías o juicios de valor, aceptar es algo completamente compatible con cuidarse. Es imprescindible que empecemos a aceptarnos y a querernos tal y como somos, por mucho que esta sociedad quiera que nos medicalicemos para ser lineales y siempre jóvenes.

Mariona Guijarro Ferrer
Máster en Terapia Sexual y de Pareja con Perspectiva de Género
Máster en Sexología y Género
Fundación Sexpol
Técnica en Igualdad de Género



La identidad bisexual

La bisexualidad más allá de los estereotipos



“Veo a mi alrededor cómo cada vez son más diversas y complejas las formas en las que entendemos nuestra sexualidad o identidades de género. Las etiquetas no deberían ser cajas en las que tenemos que apretarnos, sino herramientas con las que comunicarnos y conversar”
RobynOchs

Vivimos en una sociedad que nos impone la heterosexualidad obligatoria y donde la bisexualidad pone en entredicho este sistema. Cuando no encajas en esta heterosexualidad (que implica un género, comportamientos y expresión de género concretos) se te posiciona en el “otro extremo”, la homosexualidad. Este sistema binarista necesita de géneros y orientaciones monosexuales bien delimitadas, opuestas y excluyentes. Esta dicotomía es necesaria para mantener los cimientos del sistema patriarcal y cualquiera que “traiciona” la monosexualidad los hace tambalear.

Las personas bisexuales salimos menos y más tarde del mal llamado armario que las lesbianas y gays. Tenemos una falta de memoria bisexual y una falta de referentes. Recibimos una **doble discriminación**, por parte de las personas heterosexuales y las homosexua-

les. Cuando la bisexualidad está presente ésta se encuentra llena de estereotipos considerados negativos. Para entender los elevados niveles de malestar psicológico y de la violencia sexual que recibimos las personas bisexuales tenemos que entender qué es la bifobia y cómo opera el sistema monosexual.

LA IDENTIDAD BISEXUAL

Nos falta una red y una identidad bisexual en nuestro imaginario. Por mucho que se invisibilice la bisexualidad, la bifobia impacta en nosotras y en todas las esferas de nuestra vida. Hablamos de identidad bisexual para entender la bisexualidad como algo que va más allá de la orientación del deseo.

El sistema monosexista nos hace creer que nuestros malestares, nuestras vidas y nuestras experiencias

no son válidas. Tenemos la necesidad de que se reconozcan nuestras violencias y que se entiendan las características particulares que tiene la bifobia difiriendo de otras opresiones dentro del movimiento LGTBQA+.

¿CÓMO IMPERA EL MONOSEXISMO? ¿QUÉ ENGLOBA BISEXUALIDAD Y PLURISEXUALIDADES?

Cuando hablamos de estructuras de poder (machismo, racismo, homofobia...) nunca aparece el monosexismo. A ninguna charla en las que he asistido hasta ahora, que cuestionaban el patriarcado, han mencionado nunca el sistema monosexual.

El **monosexismo** es esa estructura que supone que las personas por defecto somos monosexuales y, por tanto, privilegia a estas y oprime y discrimina a las personas que nos sentimos atraídas hacia más de un género. (Wuwei, 2017)

Se consideran orientaciones monosexuales la heterosexualidad y la homosexualidad. Ochs definió en el 2005 la **bisexualidad** como “la capacidad de sentir atracción romántica, afectiva y/o sexual hacia personas de más de un género; no necesariamente al mismo tiempo, de la misma forma, en el mismo grado ni con la misma intensidad” (Domínguez, 2007). Esta es la definición que en la actualidad ha cogido la FELGTB (Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Trans y Bisexuales).

Elsner usa el término **paraguas bi** en su libro para incluir las diferentes no monosexualidades. (Elsner, 2013) Según Natàlia, actualmente se usa el **paraguas plurisexual** para incluir estas realidades diversas. (Wuwei, 2017)

Plurisexual es un término paraguas que estamos utilizando últimamente en el activismo para referirnos a aquellas orientaciones o identidades donde hay una atracción hacia más de un género, como pueden ser la bisexualidad, la pansexualidad, la polisexualidad, skoliosexualidad, entre otras. (Wuwei, 2017)

Las estructuras de poder se entrelazan entre sí, es por esto que hablar de monosexismo es hablar de bifobia, de machismo, de transfobia, de homofobia... y de todas las violencias que surgen de esta estructura (el sistema patriarcal).

La bisexualidad en el imaginario colectivo está invisibilizada, y los pocos referentes que encontramos en los medios de comunicación son referentes negativos y que en su mayoría reproducen únicamente estereoti-

pos. Esta invisibilización genera mucha violencia, su gran mayoría simbólica.

Tanto socialmente como científicamente se ha hablado de nosotras desde fuera, desde arriba, desde el -poder-. En esta historia nosotras solo éramos meros objetos de estudio donde constantemente se nos definía sin que nosotras tuviésemos ningún poder en toda esta definición y explicación. (Wuwei, 2017)

Hablar de la bisexualidad desde el poder sigue siendo la tónica hoy en día. Nos siguen atribuyendo definiciones que no surgen de los colectivos bisexuales y nunca aparece explicada la monosexualidad como la estructura dominante.

Y yo me pregunto, ¿tan difícil es coger una definición que parta desde el activismo? Estas definiciones engloban a muchas personas que nos sentimos perdidas porque creemos que nuestra realidad no encaja debido al imaginario bisexual. Muchas tardamos tanto en definirnos porque solo conocemos los estereotipos asociados a la bisexualidad y nunca nos han explicado el monosexismo ni las diferentes realidades no monosexuales. La mayoría llevamos mucha bifobia interiorizada antes (y después) de definirnos de la que nos tenemos que ir desprendiendo poco a poco una vez la podemos identificar.

La bifobia es “el conjunto de sentimientos, actitudes y comportamientos negativos hacia las personas bisexuales y se encuentra presente en todos los niveles sociales incluidos los colectivos de personas LGT”. (FELGTB, 2013) Esta sería la parte visible de la violencia que sufrimos. La bifobia se encuentra en la punta del iceberg del sistema monosexista. “El monosexismo es una estructura muy simbólica y por eso cuesta tanto de mostrar o hablar de ella. [] Este tipo de violencia no la hace menos violenta sino más invisible y menos reconocible.” (Wuwei, 2017)

ESTEREOTIPOS, VIOLENCIA Y MALESTARES

De la invisibilización de la bisexualidad nacen los estereotipos que se nos asocian. La bisexualidad se define no por ella misma sino como la suma de las dos monosexualidades: la heterosexualidad y la homosexualidad. (Wuwei, 2017)

De esta suma surge el **estereotipo** de “si eres bisexual te tienen que gustar los hombres y las mujeres

por igual”, por tanto se nos lee como “50% homosexual y 50% heterosexual”. Si no, no somos “suficientemente bisexuales”. También surge el estereotipo de la promiscuidad, somos doblemente sexuales, por tanto, el doble de sexuales que las monosexualidades. Además se nos considera confundidas o inestables al asumir que únicamente existen dos “estados monosexuales”, se ve como que cambiamos de un estado a otro todo el tiempo; de aquí también deriva que se nos tache de traidoras o infieles. (Eisner, 2013; Wuwei, 2017)

Del mismo modo no solo recibimos la violencia que deriva de los estereotipos, también forma parte del monosexismo el **borrado bisexual** (*bisexual erasure*). Este se puede hacer de muchas maneras: diciendo que la bisexualidad no es una orientación/identidad como sí son las otras monosexuales, haciendo que en la historia no aparezcan personas bisexuales, cambiando la orientación de las personas bisexuales en los medios de comunicación según la pareja que tengan en ese momento, deslegitimando las personas que son bisexuales mediante la atribución de estereotipos considerados negativos... Otra forma es mediante la **explotación**, hacer uso de las personas bisexuales para finalidades que no son para su propio colectivo. Del mismo modo opera el **desempoderamiento**, la falta de autonomía y poder en la toma de decisiones que nos afectan a las propias personas bisexuales. Finalmente la **marginación** y la **exclusión**, que forman parte de la violencia contra las personas bisexuales. Estos últimos mecanismos surgen al vernos como demasiado disidentes para las personas heterosexuales y demasiado heterosexuales para las personas homosexuales. Por ello se nos margina y excluye de muchos espacios. (Eisner, 2013)

Aparte de estas formas de violencia, explicadas ampliamente en el libro de Eisner, quiero destacar otra: el **monosexismo o bifobia interiorizada**. Implica vernos a nosotras con la mirada del propio sistema monosexual que nos oprime. Es creer que no cumplimos con los requisitos para autoidentificarnos como bisexuales. De aquí sale el sentimiento de la impostora: *no soy suficientemente bisexual* y, por tanto, no reivindico, actúo ni busco red para señalar la bifobia que sufro.

Según un estudio realizado por *Pewresearch center* en Estados Unidos en el 2013 solo un 28% de las personas bisexuales le había dicho su orientación a la

mayoría de las personas importantes de su vida, frente a un 77% de los gays y el 71% de las lesbianas. (PewResearch, 2013) Otros estudios demuestran las altas tasas de malestar psicológico que sufrimos las personas bisexuales, siendo las más superiores de las analizadas. (FELGTB, 2016)

GÉNERO

La opresión que recibimos las personas bisexuales es diferente según nuestro género. La bisexualidad masculina se cree inexistente, en cambio la bisexualidad femenina se cree por defecto “todas somos bisexuales” (Eisner, 2013). Esto va de la mano con los roles asignados a ambos géneros.

Las mujeres bisexuales sufrimos doble discriminación. Como cualquier otra intersección, la discriminación no es la suma de las opresiones sino que se sufre una opresión específica como mujeres-bisexuales. En el artículo *Mujeres bisexuales, tierra de nadie*, Elisa Coll nos explica que las mujeres somos una “eterna fantasía heterosexual”. Se refieren a ellas como a unicornios; un unicornio es una mujer bisexual que tiene sexo con una pareja hombre-mujer. Se usa este término porque según ellos somos difíciles de “encontrar” y “atrapar”. La sexualidad queda claramente reducida a la fantasía masculina heterosexual (Coll, 2017).

Esta hipersexualización hace que se nos lea como promiscuas por defecto y que recibamos más violencia sexual. Según un estudio citado en el *Dossier año de la visibilidad bisexual en la diversidad* de la FELGTB, la mitad de las mujeres cis bisexuales habían sido violadas al menos una vez en su vida frente al 17,4% de las heterosexuales y el 17,1% de las lesbianas; el 75% habían experimentado otras formas de violencia sexual. (FELGTB, 2016)

EI PODER SUBVERSIVO DE LA BISEXUALIDAD

La bisexualidad tiene un poder subversivo frente al patriarcado que ha sido aplastado mediante toda la violencia vivida. La propia definición de bisexualidad y otras plurisexualidades ya nos permite, como mínimo, parar a pensar: ¿Cuál es mi género?, ¿qué géneros me atraen?, ¿qué quiere decir que me atraiga un género diferente?, ¿la orientación habla solo de atracción?...

En diversos espacios que he participado don-

de se cuestionan el género nunca pusieron en duda, al mismo tiempo, la fragilidad del sistema monosexista. Si estamos construyendo “nuevas” formas de entender el género, de expresarlo, de comunicarnos, también tendríamos que ver que toda esta nueva forma de construir nuestras vidas lleva a romper este sistema monosexista tan rígido y que no incluye otras maneras de desear, más amplias y menos monocentradas. Si desdibujamos el género, saliendo del binario, tenemos que desdibujar también la idea binaria de la orientación.

A todo esto, aprovechando los estereotipos que se nos presuponen a las personas bisexuales, podemos analizar porqué estos estereotipos duelen tanto al patriarcado y qué poder nos da apoderarnos de ellos. ¿Qué pasa si soy promiscua?, ¿Qué estructura rompe la promiscuidad? Exactamente nos podemos plantear lo mismo con cada uno: con que seamos viciosas, no monógamas, que estemos en una fase, que seamos indecisas, inestables, que podamos elegir, etc. Repensar y desgranar cada estereotipo puede ser una táctica para aprender cómo hacer una fisura al patriarcado.

Este sistema nos quiere decididas, estables y bien encasilladas. *La fase* es un elemento clave subversivo, ¿qué problema tenemos en ser fásicas? La bisexualidad es igual de fásica que las otras orientaciones, pero

no se les etiqueta así porque al sistema le conviene que las monosexualidades sigan siendo estables.

Como bien cita en su libro Shiri Eisner:

“La bisexualidad tiene un enorme potencial subversivo y disruptivo del patriarcado.[] La bisexualidad amenaza el patriarcado constituyendo la subversión al género y la disrupción de la continuidad del sexo-género-sexualidad; lo amenaza a través de la idea de la elección bisexual (la idea de que las personas bisexuales podemos elegir estar en un bando o en otro), empodera a las mujeres a unirse a los hombres solo mediante sus propias condiciones; la bisexualidad genera una visión de multiplicidad y de pluralidad que contrasta con los valores patriarcales de unidad y singularidad.” (Eisner, 2013)

Para ver estos efectos tenemos que entender la bisexualidad como algo político y hacer activismo con ella. El poder subversivo no es (solamente) crear otro sistema “opuesto” (dentro del binarismo) sino hacer más frágil el que se nos ha impuesto para poder terminar rompiéndolo. Si la bisexualidad se entiende como una amenaza, esta amenaza será reapropiada para convertirse en subversión.

REFERENCIAS

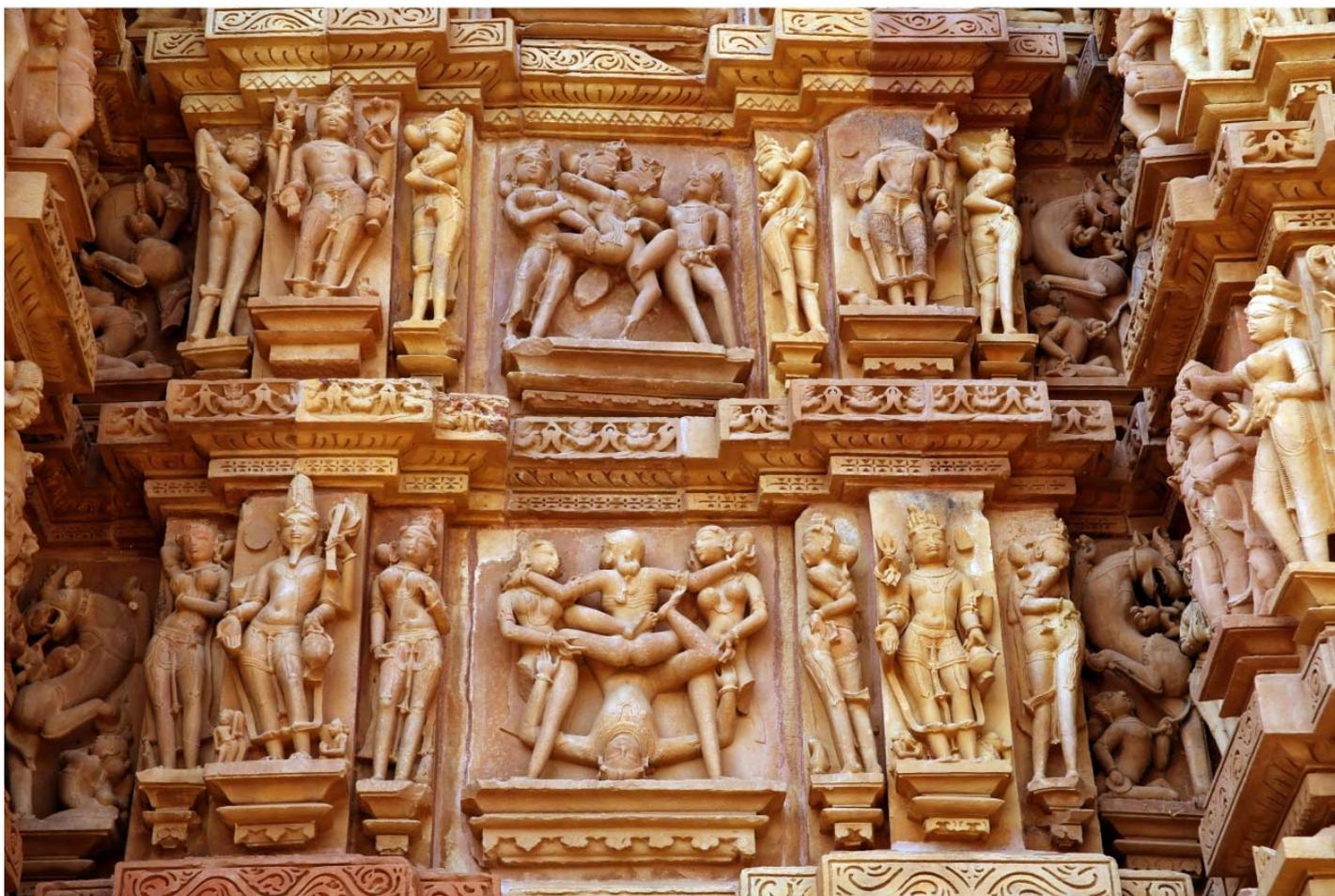
- Coll, E. (2017). Mujeres bisexuales, tierra de nadie. El salto diario. Recuperado el 28 de abril de 2020 de <https://www.elsaltodiario.com/revolutionontheroad/mujeres-bisexuales-tierra-de-nadie>
- Domínguez Ruiz, I.E. (2017). Bifobia: etnografía de la bisexualidad en el LGTB. Editorial Egales. Barcelona-Madrid, España: Egales.
- Eisner, S. (2013). Bi: Notes for a Bisexual Revolution (FirstPrinting ed.). Berkeley, California: SealPress.
- FELGTB. (2013). Decálogo de inclusión real de las personas bisexuales en el discurso LGTB. Recuperado de <http://www.felgtb.org/temas/bisexualidad/decalogo-por-la-visibility-bisexual>
- FELGTB. (2016). Año de la visibilidad bisexual en la diversidad. Recuperado de <http://www.felgtb.org/temas/bisexualidad/documentacion/i/11557/257/dossier-sobre-el-2016bisexual>
- PewResearch. (2013). A Survey of LGBT Americans. Recuperado de <https://www.pewsocialtrends.org/2013/06/13/a-survey-of-lgbt-americans/>
- Wuwei (Natàlia). (14 de febrer de 2017). Desconstruintels discursos hegemònics i científics de l'orientació sexual: desorientació, fluïdesa, inestabilitat i confusió com a actes revolucionaris (I - estructures de poder i monosexisme) [Entrada blog]. Estructura difractada. Recuperado el 30 d'abril de 2020 de <https://estructuradifractada.com/ca/deconstruint-els-discursos-hegemonics-i-cientifics-de-lorientacio-sexual-desorientacio-fluïdesa-inestabilitat-i-confusio-como-a-actes-revolucionaris-i-estructures-de-poder-y-monosexisme/>

Raquel Dueñas Pousa
Máster en Sexología y Género
Fundación Sexpol
Enfermera



Espiritualidad y sexualidad

En el presente artículo se relacionan y conectan las vivencias de los cuerpos y sexualidades con las religiones y creencias espirituales, especialmente el Hinduismo. Se indaga en cómo la forma de creerse en lo incorpóreo e intangible, influye en lo corporal y lo terrenal, en la forma de sentirse en la materialidad, y al contrario. La mística versus la sustancia, o la influencia de lo uno en lo otro. El trabajo es un sondeo y una exploración del cómo y dónde se sitúan las sexualidades en contextos de las creencias sagradas de la fe hinduista, y en sus contradicciones e incoherencias, especialmente respecto a la figura femenina, denigrada como mujer, empoderada como deidad. Se propone lo Espiritual como cuarta dimensión de la Sexualidad. Y ambas concepciones como inmersas la una en la otra: espiritualidad de la sexualidad y sexualidad de la espiritualidad.



La sexualidad, en la mayoría de las definiciones, integra los cuerpos, la mente y las relaciones sociales. Sexualidad es un proceso vital, cambiante, intrincado, indivi- tres dimensiones: biológica, psicológica y social. Desde

dual; es un fenómeno complejo que impregna todos los aspectos y esferas de lo humano. Existen tantas sexualidades como seres humanos.

Pero, ¿qué ocurre con la dimensión 'Espiritualidad' de la sexualidad?

¿Podría considerarse la espiritualidad la cuarta dimensión de la sexualidad?

¿Es lo mismo espiritualidad que creencias religiosas?

El viaje para responder a estas preguntas, comienza en **India**, con su mosaico cultural, tradiciones, creencias y valores religiosos, que es mayoritariamente hinduista (80%), a la que llaman 'Madre India' y es vista desde occidente como fuente de la espiritualidad y como la cuna mítica de la sensualidad y las artes eróticas, debido a la gran fama del conocido Kamasutra y del Tantra.

El Hinduismo está sujeto a un estricto sistema de castas. Cuando se nace en una casta no se puede modificar, y sólo pueden relacionarse entre miembros de una misma casta. Es un sistema muy jerarquizado, con un orden establecido, de enorme influencia en las relaciones entre clases y profesiones, incluso de género, pues fuera de este sistema de castas se encuentran los *dalits* o intocables, también llamados *parias*, que están excluidos del orden social, y más aún las mujeres *dalits*, con peor cualificación y remuneración, y víctimas de abusos y explotación sexual.

La visión del Hinduismo depende mucho de la rama de procedencia, y de la corriente que se estudie. La interpretación Tantra se conoce en occidente más por su conexión con los aspectos sexuales, con una visión dirigida casi en exclusiva a las relaciones sexuales, y la conexión con lo divino a través del sexo sagrado.

Lo divino se considera la unión de las partes femenina y masculina del ser humano, abrazadas en alquimia espiritual, en matrimonio sagrado dentro de cada persona: una unión sexual sagrada basada en la igualdad de ambas energías, con una amplia simbología vulvar y fálica (*yoni* y *lingam*) en templos de todo el país.

El término Tantra está relacionado con el concepto tejer, hilo, trama, tela, urdimbre. Los practicantes del yoga, como término que referencia al dominio de uno mismo y la meditación, utilizaron el concepto Tantra para representar la naturaleza entretejida del universo y

nuestras acciones, la interdependencia de todo lo que existe.

Al comienzo del Hinduismo se rendía culto al poder generador del universo como la Diosa Madre, como útero primigenio, vaso del huevo cósmico, de creación, la **Shakti** divina energía creadora. Como toda creación nace del útero femenino, se contempla el cosmos como procedente de la Diosa, que simboliza la conciencia del universo de lo material y los sentidos. Los textos tántricos se presentan en forma de diálogo entre Shakti (lo femenino) y Shiva (lo masculino), con objeto de elevar la energía cósmica por medio de ciertos rituales y prácticas de meditación. El Tantra utiliza el sexo como vehículo, que puede transformar y llevar a estados de trascendencia de libertad suprema, como un círculo meditativo.

El Kamasutra se conoce como el libro de las posturas sexuales, como un manual para los amantes, un 'Arsamandi', y se idealiza y mitifica como el texto por antonomasia del amor sexual.

Las expresiones del arte erótico en la arquitectura están muy patentes en los conocidísimos templos de Kahurajo, Ajanta y Ellora, en cuyo exterior se exponen imágenes talladas en piedra, de cuerpos desnudos en posiciones de aproximación sexual, sexo explícito, convertido en arte, lujuria y sensualidad, con todo tipo de detalles.

El Ayurveda, es el antiguo sistema de medicina india, el sistema de salud hindú, que reconoce el sexo como una de las necesidades básicas para una vida humana saludable. Los escritos ayurvédicos nos ayudan a poner la sexualidad en perspectiva. Se ve la unión sexual como una experiencia más allá del placer, con más implicaciones. Nos enseña cómo hacer que dicha unión sexual sea considerada como una conciencia sagrada que expande esa fusión y abre nuestro corazón para amarnos a nosotros mismos y a todos los seres con mayor pasión. El deseo sexual es un anhelo de relación amorosa incondicional entre nosotros y lo divino, una conexión espiritual que sacia todos nuestros deseos.

Sexualidad y Espiritualidad deben ser vistas como amigas. Siempre se concibieron como antagónicas, pero al contrario, son complementarias, interdependientes e inseparables. Una facilita el crecimiento

de la otra, se retroalimentan. Desarrollar una, implica desarrollar la otra. La espiritualidad lo engloba todo en cuanto a la vivencia de lo sobrenatural en la condición humana.

Bien sea como una concepción innata, natural e inmutable, o bien, como una construcción consciente o inconsciente, lo sagrado o lo espiritual de toda acción, se incluye como una de las dimensiones de todo lo que tenga que ver con el ser humano, incluida la sexualidad.

Sexualidades y espiritualidades como concepciones, deberían ser usados en plural, puesto que existen tantas de ambas como personas hay en la tierra. El lenguaje es importante, y en este caso, si se singulariza se tendería a generalizar, como si todas las personas tuvieran la misma vivencia en sexualidad, o la misma experiencia espiritual. La pluralidad incluye cualquiera de las variantes infinitas que se dan en las cuatro dimensiones entrelazadas de la sexualidad de cada ser humano de forma individual. Ambas, sexualidad y espiritualidad, van de la mano, son complementarias en el ser humano integral, y el factor espiritual explica la experiencia humana sexual.

En el Hinduismo, de donde parte este trabajo de ahondamiento en la relación entre sexualidades y espiritualidades, la relación de ambas, es paradójica, contradictoria, discordante e incluso incoherente.

El Hinduismo es androcéntrico, sexista y misógino, y la mujer ocupa un lugar secundario y sufre discriminación que llega hasta el punto de violación de derechos humanos. La pureza de casta, basada en la jerarquía de las castas, y la pureza de género, basada en el control de la sexualidad de las mujeres, son construcciones ideológicas que perpetúan el orden social establecido en la cultura India.

En contrapartida, contraposición, en pura contradicción, y como gran paradoja, en el Hinduismo existen y coexisten influencias eróticas y de alto contenido sexual, en los textos sagrados, gran simbolismo sexual, que forman parte de la misma religión donde se denigra la figura de la mujer, pero que sin embargo adoran la fuerza femenina de lo divino.

La diosa Kali, también llamada Durga, es un claro ejemplo de adoración a lo divino femenino. Es fuerte, está desnuda, es activa, creadora y destructora a la vez,

salvadora, es la diosa oscura, del sacrificio, se alía con otras diosas. Es el símbolo de la fuerza femenina.

La gran contradicción del Hinduismo, con deidades femeninas de grandísimo poder, nos impone una gran crudeza: la enorme desigualdad y trato discriminatorio en términos de violación de derechos humanos contra la mujer. La realidad en la esfera de lo privado, fuera de toda mística y toda espiritualidad, de la magia y los colores que desprende la Madre India, es otra completamente diferente, es depravante, horrible, denigrante y discriminatoria, hacia la mujer: aborto selectivo, infanticidio y abandono de niñas, matrimonios forzados, concertados y precoces, sistema de dote por el que se realiza un pago de la familia de la novia a la del novio ante un casamiento, el sati o autoincineración de la mujer viuda en la pira funeraria del marido difunto, la situación de las viudas que viven al margen de la sociedad porque son excluidas, la prostitución incluida la infantil y el tráfico de niñas.

Las mujeres en la India son objeto de una violencia y desigualdad generalizada. Las causas se remontan a creencias ancestrales, una de las cuales es su misión "natural" de vivir y morir por sus maridos. En una de las mayores democracias del mundo, con más de 1.150 millones de habitantes, en un gran mosaico de religiones, culturas y tradiciones, muchas de las cuales son contrarias a los derechos humanos de las mujeres, éstas viven atrapadas entre los valores de la tradición y siguen sufriendo en estado de opresión, en nombre de la religión y las costumbres.

La comunidad LGTBIQ no tiene mejor suerte, aunque hay avances, aún hay mucho camino por recorrer. En 2018 se despenaliza finalmente la homosexualidad, aunque la mayoría de la población india no lo aprueba y existen movimientos conservadores en contra. El matrimonio entre personas del mismo sexo sigue siendo ilegal en India. En la actualidad continua habiendo persecución, conflictos, vejaciones y una enorme presión por parte de la derecha y el fundamentalismo hindú hacia la comunidad LGTBIQ+, pero el colectivo continúa la lucha, el activismo, la reivindicación y visibilización.

CONCLUSIÓN

Las sexualidades y las creencias espirituales están íntimamente ligadas, se acompañan. Unas veces se complementan y se potencian, sin embargo, otras, las propias creencias espirituales en un contexto religioso/cultural pueden ser limitantes, bloqueadoras, incluso restrictivas, para poder vivir una sexualidad saludable, y más aún, en el caso de las mujeres, como bien ha quedado demostrado que ocurre en el Hinduismo, que adora a divinidades femeninas de gran poder, y que a pesar de los movimientos feministas, la figura de la mujer es discriminada, denostada, denigrada, desacreditada, despreciada, al igual que en el colectivo LGTBQ+, aunque con ciertos avances, aún continúa sufriendo opresión y trato discriminatorio.

En cuanto a espiritualidad, como proposición de una cuarta dimensión de la sexualidad, puede ser

un ecualizador, un potenciador, un aumentativo que se propone como suplemento para vivir una vida sexual en plenitud, satisfacción y llena de placer. Se plantea la sexualidad, desde este enfoque, como un camino hacia una vida espiritual, un trabajo consciente. Una sexualidad holística que aborda una visión más integral y amplia, una profunda conexión, a nivel interno y con el exterior, a distintos niveles, usando técnicas antiguas, meditación, rituales, o cualquier recurso que cada persona sienta que la conecta con lo sagrado.

Lo divino sagrado puede verse, vivirse y sentirse dentro y fuera de cada ser, como cuerpos sexuados, cada cual a través de sus aprendizajes y sus necesidades, eligiendo el camino que desee recorrer, un trabajo personal, de conexión con lo místico, de consciencia del Ser, como la experiencia desde un 'centro amoroso': el centro de la espiritualidad de la sexualidad.



Rocío Rivas Martín
Máster en Sexología y Género
Fundación Sexpol
Matrona

Aproximación a las experiencias sobre eyaculación femenina

Acercarse al tema de la “eyaculación femenina” sigue siendo una quimera. Es como buscar un unicornio: se dice que existe, algunas personas la han visto pero muchas creen que es sólo una fantasía.

La propuesta aquí fue llevar a cabo una aproximación a este fenómeno del que se habla cada vez más, pero del que aún se desconoce mucho.

En un primer lugar, nos cuestionamos si es correcto usar este término, eyaculación “femenina”, para denominar este proceso en el que personas con vulva y vagina expulsan líquido más o menos abundante durante la excitación y el orgasmo. Denominar el fenómeno de esta manera nos ubica en el binarismo de género, y teniendo en cuenta que hay hombres con vagina a los que también les sucede, se nos plantea aquí el conflicto de cómo llamarlo. Existen ahora mismo otras propuestas más inclusivas hechas a la Real Academia de la Lengua Española, como la que sugiere Patricia Rivas Lis, que sería llamarla “acuación”. Pero también existen otros nombres usados en otras culturas, con cierto componente emocional y/o espiritual que podríamos usar.

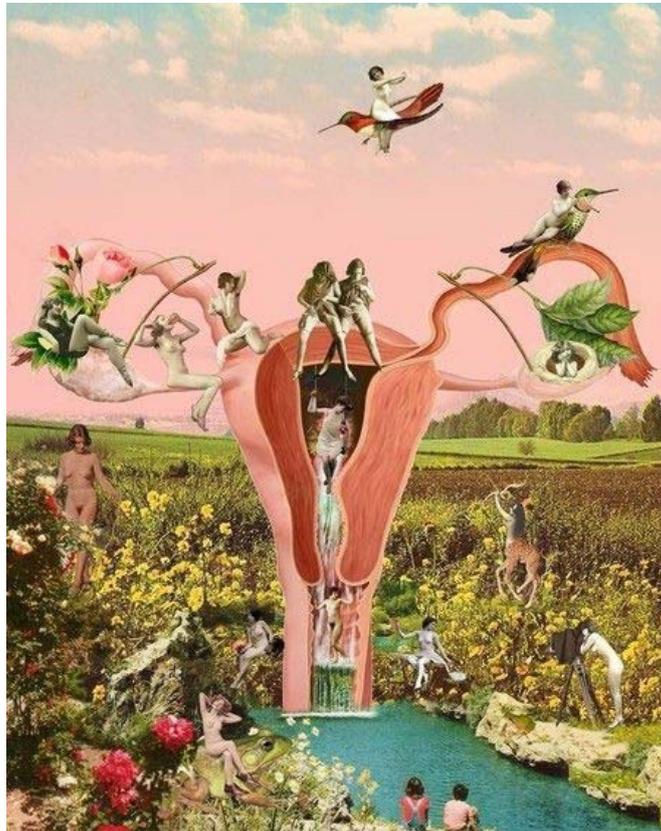
Primero de todo, y antes de realizar el cuestionario, hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre el estado de la cuestión. Tanto la próstata en los cuerpos con vulva como el concepto de eyaculación o expulsión de líquido por la misma, han sido invisibilizadas y minimizadas en Occidente a través de la historia. Desde hace miles de años, famosos anatomistas como Empédocles, Hipócrates o Reignier De Graaf (todos ellos

hombres, por cierto) ya habían estudiado y sugerido a la comunidad científica que la mujer “eyaculaba o emitía semen” y que entre la vagina y la uretra había una pequeña estructura compuesta por túbulos y glándulas que era “similar” a la próstata que hay cerca del pene.

No es hasta el siglo XX cuando Ernest Gräfenberg parece descubrir algo similar, pero tampoco sus estudios tuvieron mucha repercusión sobre la comunidad científica. Y ha sido recientemente, cuando los estudios de Berverly Whipple, Milan Zaviacic, Emmanuel Jannini y Florian Wimpissinger, entre otros, han confirmado que efectivamente, esta estructura prostática existe y la eyaculación o expulsión de fluidos también. Tanto es así, que el Comité Federativo Internacional sobre Terminología Anatómica (CFITA) estableció en 2001 que a partir de ese momento, los conductos parauretrales y la glándula de Skene debían pasar a llamarse “próstata femenina”. A día de hoy, casi 20 años después, y a pesar de este hecho, la información no ha llegado a los profesionales sanitarios y en las universidades se sigue estudiando anatomía sin tener en cuenta el verdadero nombre aceptado y la naturaleza de esta estructura.

El debate actual está en discernir si el líquido que eyaculan algunas vulvas en grandes cantidades es orina o no lo es. Los estudios de Francisco Cabello dejan claro que no: los componentes son diferentes, el eyaculado y la orina son dos cosas distintas.

Parece que lo que la ciencia occidental no sea capaz de demostrar con el método científico (único



método reconocido como válido para la investigación actualmente), es que no existe. Y si esto ha sucedido con la próstata, algo que puede verse en las disecciones anatómicas de cadáveres, podremos comprender que algo que se produce en la más estricta intimidad, y que muchas veces ocurre sin presencia de nadie, como es la expulsión de líquido por la vulva o “eyacuación femenina”, siga siendo aun más misterioso y desconocido, al menos en Occidente.

La erótica normativa impuesta a lo largo de los años, dominada por el patriarcado y controlada por la religión católica, ha negado, censurado, impedido y patologizado este fenómeno, convirtiéndolo en invisible.

Sin embargo, en otras zonas del mundo, hay escritos que desde hace siglos cuentan qué es y cómo se produce esta emisión de fluido. En la antigua China, en el libro “Secret Instructions concerning the Jade Chamber”, se recomendaba a las parejas (heterosexuales, eso sí), que primero, y antes de eyacular él, el hombre tenía que lograr que brotase de la vulva la “leche frutal”, diferenciando esto de la lubricación vaginal.

En la India, en el AnangaRanga, también en relaciones heterosexuales, se habla del “Kamasalila”, que es el agua de la vida o agua sagrada que emana de la mujer. También en el tantra se habla de esto, denominándolo “amrita”.

Y en algunas zonas de África, como en algunas tribus de Ruanda, Kenia y Uganda, hay una tradición que pasa de generación en generación que es el “Kumyaza”, para conseguir que las mujeres “rocíen las paredes” con su líquido.

¿Qué ha sucedido en Occidente para que todo esto haya quedado invisibilizado? La cultura occidental supremacista ha anulado e infravalorado todo este conocimiento sexual, porque toda la sexualidad que tenga que ver con el placer y que, además, no implique la reproducción obligatoria, considera que es inmoral. Nada mejor para controlar la libertad que establecer el control sobre la sexualidad de las personas.

Y la repercusión que esto ha tenido es que, cuando alguna persona con vagina ha expresado su experiencia al respecto, se la ha clasificado como “defectuosa” o “enferma”, y en ocasiones, ha sufrido una cirugía para extirpar ese problema y esa glándula que la hacía eyacular.

Porque de lo que no se habla, no existe. Y si esto que sucede en el ámbito privado no sale a la zona pública y no se comparte, queda escondido. Y dado que la heteronormatividad establece una serie de roles y un guión sexual que “hay que cumplir”, todas aquellas personas y todos aquellos actos que se salgan de la norma, son “grotescos” o “enfermizas” o cuanto menos “anómalas”.

Y las mujeres no eyaculan, sino que sufren incontinencia de orina.

En los últimos años, la industria del porno ha visibilizado un tipo de expulsión de fluidos, que ha denominado "Squirt", que en algunos casos (no todos), tampoco ha hecho mucho favor a las emisiones sexuales reales. En estas películas se expone una expulsión de líquido muy espectacular que, en ocasiones, es difícil de alcanzar y genera expectativas muy altas. Porque se sabe que las personas con vulva eyaculan y que la cantidad es muy variable, pero no todas las personas emiten chorros de forma intermitente, sino que algunas sólo unas gotas.

También desde algunos feminismos se reclama la visibilización y el estudio de este fenómeno. Reivindican el derecho al disfrute como cada vulva desee, sin ser clasificada la eyaculación como una anomalía o como "algo grotesco".

Por todo esto, y tras realizar esta revisión, decidimos llevar a cabo una encuesta online en la que preguntamos a personas con vulva sus experiencias en cuanto a prácticas sexuales, orgasmo y eyaculación. La encuesta fue respondida por 770 personas de diferentes edades y orientaciones sexuales. Las preguntas eran de respuesta múltiple y también se les hicieron algunas preguntas con opción de texto libre, para que expresaran lo que desearan respecto a la pregunta enunciada.

Los resultados de la encuesta coinciden con los estudios publicados hasta ahora.

Para empezar, y para confirmar una vez más que esta cuestión de la eyaculación es algo invisible, un porcentaje muy alto de encuestadas dijeron haber eyaculado alguna vez, alrededor del 50%. Pero lo sorprendente es que, en otra pregunta acerca de si alguna vez creían haber tenido una pérdida de orina durante una práctica sexual, un porcentaje también alto, 33,7% refirió que sí, y un 10% que no estaba segura. Esto nos hace pensar que probablemente la eyaculación, la expulsión de fluidos, y no solo unas gotitas, es más frecuente de lo que se cree.

La mayoría de ellas refería que le ocurría más estando en solitario mediante masturbación, aunque una buena parte no controlaba cuando ocurría o cuando no. Podían evitarlo en compañía "aguantando" la sensación

que les producía, pero en general, no hacerlo a propósito.

También confirman que no tiene que suceder necesariamente con penetración vaginal, aunque en la mayoría de los casos sí era necesaria la estimulación del clítoris.

En aquellos casos en que sucedía con penetración, no había una postura concreta para que ocurriera, aunque con más frecuencia marcaron las opciones "boca arriba" y "posiciones verticales".

Las respuestas de las personas participantes confirmaban que la eyaculación no tiene porqué coincidir con el orgasmo, puede ser antes, durante o después, y que la sensación que les causa suele ser placentera

Sin embargo, unido a este placer, muchas expresaron sensación de disconfort por vergüenza, por sorpresa, por mojar la ropa, por pensar que es una pérdida de orina, etc. Y en ocasiones, todo esto se veía potenciado si la respuesta de la pareja sexual era negativa, como por ejemplo, mostrando asco.

Por el contrario, muchas expresaron que a sus parejas sexuales les gustaba o excitaba esta emisión de fluidos, tanto es así, que parece haberse convertido en el nuevo objetivo a lograr. Y esto también es crear falsas expectativas, y en ocasiones difíciles de alcanzar, si convertimos la eyaculación en la panacea del sexo, en la representación más alta del orgasmo, puesto que puede conllevar frustración para muchas mujeres y más si se sienten presionadas por sus parejas.

Como conclusión final, decir que son necesarios muchos más estudios sobre este fenómeno, y estudios en los que se permita hablar y expresarse a las personas que experimentan este tipo de eyaculación. Los testimonios siempre son más ricos y más valiosos que los estudios cuantitativos. Y además, hablando en como se consigue construir la realidad y el conocimiento.

Demos visibilidad a la eyaculación de las vulvas.

Roser Ruiz Guinart
Máster en Sexología y Género
Fundación Sexpol
Trabajadora Social



Mujeres LBT y opresión sexual: aproximación y análisis desde la perspectiva de género

“La mujer no se define por sus hormonas, ni por instintos misteriosos, sino por la forma en que se percibe, a través de las conciencias ajenas, su cuerpo y su relación con el mundo; el abismo que separa a la adolescente del adolescente ha sido agrandado de forma deliberada desde los primeros momentos de su infancia; más adelante ya no es posible impedir que la mujer sea lo que ha sido hecha y siempre arrastrará tras ella ese pasado”

(Rivera, M., 1996, El cuerpo indispensable)

El testimonio de mujeres lesbianas, bisexuales y trans no encuentra cabida alguna en los relatos históricos: han sido voces reprimidas y silenciadas por una sociedad que se avergüenza y condena por doble este tipo de relaciones e identidades disidentes en mujeres. La opresión sexual de este colectivo de mujeres se legitima y se fundamenta en su reclusión en el ámbito privado, cumpliendo con las tareas del hogar y con la imposición de la monogamia y cisheterosexualidad normativa como el único modo correcto de relación, enajenándolas de su propia sexualidad y traspasando el control de esta al patriarcado como sistema de dominación y organización social, teniendo a las mujeres como objetos de violencia, abusos y humillación. Cabe destacar que, a pesar que el fenómeno de las mujeres trans está reflejado en todas las culturas a lo largo de los tiempos, no fue hasta mediados del siglo XIX que los médicos no empezaron a interesarse por los mal nombrados “trastornos de identidad sexual” como simbiosis de travestismo, hasta 1953 que Harry Benjamin acuñó el término transexualidad, por lo tanto, los estudios son prácticamente nulos además de patologizantes.





Llevamos cuatro siglos de disciplinamiento machista y capitalista donde el cuerpo de las mujeres, su trabajo, su sexualidad, relaciones y capacidades reproductivas han sido colocados bajo el control del Estado, que lo ha transformado en una herramienta para obtener recursos económicos y satisfacción exclusivamente masculina.

La sexualidad, igual que el género, es política y está organizada en un sistema de poder que otorga privilegios a ciertos individuos y actividades, mientras que, por otro lado, se castiga a otras por lo mismo. Rubin dijo que la sexualidad y el sexo es tomada demasiado en serio en el mundo occidental y que, por ende, hay represalias y ataques contra lo no normativo igual de graves. En los antecedentes históricos expliqué que, antes de la colonización, existían sociedades donde las mujeres vivían su sexualidad libremente, sin ser señaladas, sin castigos ni restricciones por no acatar lo que atañe a lo entendido socialmente como lo normal.

Durante la colonización se forjaron arquetipos, de figuras maternas, de castas y puras y la esposa dada a la familia, ideal, pero, asimismo, la de puta, la mujer lasciva, la bruja, la que peca. Las mujeres nos encontramos en constante vaivén a lo largo de toda nuestra vida para no encontrarnos en ninguno de los extremos de este dualismo, porque es lo que la sociedad pide de nosotras. Nos quieren puras, pero no mojigatas ni estrechas, seductoras y sexuales, pero no ramerías. Estamos en esta constante dicotomía, en un eterno juicio, sin poder vivir nuestra sexualidad como queremos.

El capitalismo ha terminado de consolidar estas ideas y prejuicios y de desarrollarlas. La división sexual del trabajo y su distribución de recompensas y poderes y la disputa entre trabajo y capital han sido moldeados y desvirtuados a lo largo de estos años de investigación, mientras que los conflictos sexuales que con ello conlleva quedan completamente camuflados. Nos fuimos de la revolución sexual al ideal de hombre gay, siempre blanco, de clase media o alta, cisheterosexual y neurotípico, en relación con el modelo familiarista tradicional. Por mucho que el colectivo LGBT haya tenido avances, sigue siendo monopolizado por el patriarcado y usado en la economía del mercado. El capitalismo instrumentaliza nuestras relaciones y las usa como una herramienta de control, nos quieren individualizadas, monógamas, con la finalidad de que el sistema y modelo familiar se siga repitiendo. Todo lo demás, no es aceptado, a no ser que sea para el consumo y placer masculino, como pasa con el porno. Porque la sexualidad de las mujeres lesbianas, bisexuales y trans solo es legítima cuando sirve para el beneficio de algún hombre. Este doble rasero de moral sexual nos ha condenado desde hace siglos y nos ha relegado a ser objeto de deseo sexual y no sujetos que pueden y tienen el derecho y capacidad de gozar de su propia sexualidad.

Existen muchos mitos y prejuicios en torno a la sexualidad de las mujeres queer, de nuestras identidades, de nuestras prácticas y relaciones, pero sobre todo hago hincapié en la invisibilización que sufrimos, a falta de datos, de recursos y estudios e incluso carencia de concienciación y sensibilización dentro de la propia población LGBT y de los movimientos feministas. Con esto

último me refiero a la ya mencionada monopolización del colectivo de hombres dentro de la propia comunidad LGBT y a las disputas generadas por las últimas corrientes del feminismo radical transexclusionista (TERF) y bifobo que se ha levantado en los últimos años, discriminando a mujeres trans y bisexuales del movimiento y repudiándolas por su condición. Esta invisibilización supone un grave problema, pues lo que no se ve, no existe, y acaba conformando un ciclo sin fin que perpetúa, de nuevo, la estigmatización mencionada.

En relación a esto, quiero recalcar a nivel académico la seriación de limitaciones con las que nos encontramos a la hora de llevar a cabo investigación del mismo talante que la presente, pues si bien es cierto que a estas alturas hay muchísimos estudios sobre mujeres, sobre sexualidad y sobre el colectivo LGBT, una minoría escasa junta las tres categorías y analiza los vínculos que hay entre ellas y mucho menos los hay con enfoque de género y perspectiva feminista, identificando las problemáticas, las realidades, las fortalezas y debilidades de las mujeres LBT y por ende dándonos voz en la investigación académica.

Por otro lado, cuanto a la medicina refiere, naturaliza a las mujeres y nuestros cuerpos, porque parte de la reproducción y de nuestra supuesta capacidad gestante, cosa que también es algo capacitista, teniendo en cuenta que, aparte de los cuerpos disidentes (mujeres trans e intersexuales), también existen las mujeres diversas funcionales. La medicina, sin embargo, sigue marcando nuestros cuerpos como si tarde o temprano fuéramos a ser madres, como si nuestra sexualidad se basara plenamente en nuestra capacidad reproductiva, nos reducen a úteros funcionales, encontrando los inicios de nuestro ciclo vital en la menstruación y su fin en la menopausia. Nuestras sexualidades, cuerpos, identidades, están medicalizadas y siempre que se hablan de ellas lo hacen desde un prisma clínico y no desde el deseo y el placer y la autodeterminación que sentimos como mujeres.

Por último, los movimientos sociales y políticos han girado en torno a temas como el aborto, la prostitución, la pornografía, la violencia sexual, etc, siempre desde el temor sexual como mujeres con identidades, cuerpos, expresiones disidentes. Hemos

concebido la sexualidad como peligrosa, inexplorada y que, por lo tanto, se nos presenta como una amenaza, en vez de interpretarlo como una fuente de autorealización de placeres, fantasías, deseos, intercambio de experiencias... A nivel personal creo que no son conceptos excluyentes entre ellos y que, con tal de abarcar completa y correctamente la sexualidad femenina queer, deberíamos empezar a encontrar la simbiosis en ambos aspectos: explorar el placer y la gratificación sin dejar de lado la estructura patriarcal en la que actuamos como mujeres, hablar de la opresión sexual como mujeres LBT sin ignorar las elecciones de nuestras sexualidades.

En definitiva, para empezar el proceso de reapropiación de las sexualidades que se nos han sido arrebatadas debemos ampliar nuestro prisma e ir más allá de la dicotomía de los cuerpos, géneros e identidades y romper con los límites de este imaginario colectivo que se ha creado a través de la historia de nuestra sociedad. Nuestra sexualidad es el resultado de la vivencia personal, relacionada asimismo con la sociedad y contexto en el que vive y, como se ha subrayado a lo largo del análisis de resultados, la propia interpretación de esta sobre las mujeres queer conlleva un largo etcétera de consecuencias que arremeten contra nuestra integridad como personas y vulneran nuestro bienestar a todos los niveles.

Como hice referencia desde un buen comienzo, la sexualidad tiene componentes naturales, pero fundamentalmente sociales y se organizan en una intrincada red de creencias, actividades sociales, conceptos, en un entramado que configura la historia compleja y cambiante. Por lo tanto, las sexualidades de las mujeres queer son agentes de cambio, se transforman. Partiendo de esta idea, la principal propuesta desde nuestro rol como sexólogas es la de planificar estrategias de actuación dentro de los sectores sociosanitarios, educacionales y políticas públicas que incluyan la reeducación y remodelación de nuestras sexualidades, dándole voz a las mismas mujeres lesbianas, bisexuales y trans, para redefinir el concepto de sexualidad femenina que el patriarcado y el capitalismo han desdibujado, controlado y manipulado a lo largo de toda la historia, con tal de poder retomar el control sobre nuestras identidades, cuerpos y deseos.

Sabina del Río Gozalo
Máster en Sexología y Género
Fundación Sexpol
Maestra de Educación Primaria



La educación sexual en los países de la Unión Europea



La educación sexual es muy diferente en los diferentes países del mundo. Sin saber mucho sobre el tema, casi cualquiera podría deducir que hay países en los cuales la educación sexual es inexistente, otros en los que la habrá, pero con objetivos muy básicos y otros en los que esté más avanzada. Al ser un tema que ha tardado en concebirse como tal (la historia no ha dado mucho pie a hablar de la sexualidad, mucho menos a educar en ella), hasta el siglo pasado no comenzó a impartirse. Aunque estas últimas décadas, sobre todo esta última (gracias a internet y su facilidad de acceso a la información), la investigación y divulgación en sexualidad ha aumentado considerablemente, hay

muchos países en los cuales la educación sexual es nula. Hay pocos estudios que ahonden en la educación sexual en los diferentes países de todo el Mundo, pero para establecer una comparativa como ejemplo de los diferentes tipos y niveles de educación sexual que existen voy a remitirme a un estudio que lo hace con los países de la Unión Europea.

El estudio

El Departamento por los Derechos de la Ciudadanía de la Unión Europea (Policy Department of Citizens' Rights and Constitutional Affairs of the European Union) publicó un estudio en el año 2013

en el cual evaluaba el estado de la Educación Sexual en los 24 estados miembros de la Unión Europea en dos ámbitos: la educación sexual en la escuela y en la planificación familiar. En el estudio también se habla no solo de la situación actual de cada país en materia de educación sexual, sino de toda la trayectoria de esta en el país: cuándo se introdujo, contenidos, por quién es impartida... Y de en qué punto se encontraban los derechos reproductivos y sexuales en el momento en el que se hizo el estudio (2013). Además expone la situación de los embarazos adolescentes y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), especialmente VIH / SIDA, que va muy ligada a la cantidad y calidad de educación sexual que reciben los niños y adolescentes. Si bien es un estudio de hace ya siete años, es de gran utilidad para saber la historia de la educación sexual en cada país, el trato que se le da y las diferencias que hay entre los países de la Unión Europea.

Algo a destacar es que la Unión Europea como tal no está a cargo de imponer un modelo de educación sexual en sus países, ya que la educación sexual está a cargo, en cada país, de los Ministerios de Educación y Salud, las asociaciones de planificación familiar, ONGs, profesores, educadores y familias. Sin embargo, sí que está en manos de la UE analizar la situación y dar consejos y estrategias para mejorarla.

Los datos que da el estudio están divididos por países, sin embargo, hay varios factores de los que se habla en casi todos los apartados y que exponen muy bien las diferencias que hay: la obligatoriedad de la educación sexual, las edades hacia las cuales se dirige y quién la imparte.

La obligatoriedad de la educación sexual

En el momento en el que se hizo el estudio (2013) la educación sexual era obligatoria en: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Eslovaquia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Letonia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal, Polonia, República Checa y Suecia. Esta obligatoriedad, realmente, es relativa, ya que, en muchos de estos países, aunque la asignatura se imparta, los padres pueden decidir si apuntar o no a sus hijos a esta. En Alemania, por ejemplo, los padres pueden hacerlo, pero está penado

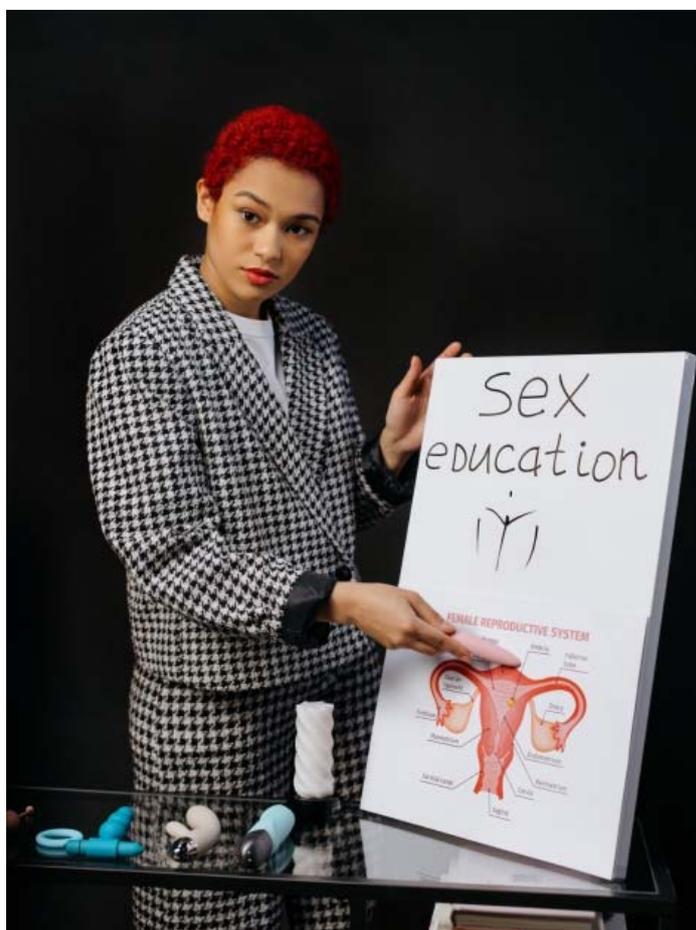
con multas. En Irlanda, uno de los países donde la educación sexual dentro del sistema educativo está más aceptada, las familias deciden si sus hijos e hijas reciben o no estas clases.

La metodología usada para impartir las clases

En la mayor parte de los países, como, por ejemplo, Austria, la educación sexual está incluida en el currículum de otras asignaturas. Estas suelen ser biología, filosofía y/o religión. En otros se incluye en los objetivos de cada escuela, como en la región de Valona (Bélgica), donde cada escuela tiene su EVRAS (educación para la vida social, sexual y emocional). En Luxemburgo forma parte de la asignatura de ciudadanía. En Dinamarca está incluida de manera transversal en todas las asignaturas, de manera en la que todos los profesores tienen que responder cualquier pregunta relacionada con la sexualidad que surja en cualquier asignatura. También pueden introducir estos temas para debate o simplemente para explicarlos cuando crean conveniente. Dinamarca fue también pionera en introducir la educación sexual en las aulas (comenzó en 1991) porque no solo la imparten profesionales de la sexología y la salud y profesores, sino que también dan importancia a las charlas e historias de activistas y personas anónimas LGTBIQ, con VIH/SIDA o relacionadas con la prostitución.

A veces, la educación sexual se concibe como sesiones independientes con un profesional (a veces de la sexología, pero en la mayor parte de los casos suelen ser los orientadores o profesores del propio colegio o instituto). En algunos casos, a los profesores que van a impartir estas sesiones se les imparten clases sobre cómo hacerlo, pero no es lo común.

Otro método que se fomenta para la educación sexual en países como Austria, República Checa o Estonia es lo que se llama peer education (algo así como educación entre iguales), en la cual las charlas de educación sexual son impartidas por jóvenes con conocimientos sobre sexualidad que también comparten sus experiencias propias. Estos jóvenes tienen edades similares a las de quienes reciben la charla.



¿A qué edad se recibe la educación sexual?

En la mayor parte de los países la educación sexual comienza en el instituto (12-14 años), pero a veces se introducen ya en educación primaria conceptos relacionados con la higiene, la salud y las relaciones interpersonales. Por ejemplo, en Países Bajos tienen dos programas diferentes de educación sexual: uno para primaria y otro para secundaria. El programa para educación primaria (en Países Bajos, dirigido a alumnado de edades entre los 4 y los 12 años) se llama R&S: Relationships and Sexuality (Relaciones y sexualidad) y el de secundaria se llama LLL: LongLiveLove (Larga vida al amor).

¿Quién imparte la educación sexual?

Ya se ha mencionado quién imparte la educación sexual en algunos países en los puntos anteriores, pero hay que destacar las diferentes tendencias que hay en los países de la UE. La primera es en la cual quienes imparten la educación sexual son los profesores de las asignaturas en cuyos currículums

está incluida. Como he dicho previamente, estas asignaturas suelen ser biología, filosofía o religión. De hecho, en Eslovaquia son los curas y las monjas quienes la imparten. Hay una segunda tendencia en la cual es el personal sanitario de la escuela o instituto, normalmente de enfermería, quienes lo imparten de manera específica. En otros casos son profesionales externos, y en Chipre, por ejemplo, los profesores de educación para la salud están educados en materias de sexualidad específicamente, además de programar visitas de otros profesionales y tener actividades organizadas por la Asociación de Planificación Familiar de Chipre (CFPA).

Datos interesantes del estudio

Hay varios datos interesantes que destacar de este estudio. Uno es que, en Polonia, las clases de educación sexual están segregadas por género y que, por lo tanto, los adolescentes polacos no aprenden casi nada sobre la anatomía y las funciones del género opuesto, además de perpetuar los roles de género y negar el debate en clase. De hecho, en la mayor parte de testimonios sobre la educación sexual recibida en Polonia aparecen los estereotipos de género e informaciones falsas sobre la contracepción.

Los objetivos de la educación sexual en el entorno académico en Bélgica son “el desarrollo de los roles e identidades de género, la aceptación positiva de la sexualidad y el físico propio, la orientación sexual como algo individual, la habilidad de conseguir intimidad con los demás, conseguir una moral en cuanto a la sexualidad y las relaciones y prevenir riesgos como las ITS, embarazos y abusos sexuales”. Estos, concretamente, son objetivos que faltan en casi todos los programas de educación sexual del resto de la UE, ya que la mayor parte de estos se enfocan a la prevención de embarazos no planificados e ITS y solo consideran las relaciones entre personas del sexo opuesto.

Casi ningún país incluye en sus objetivos temas relacionados con la prevención de los abusos sexuales, el consentimiento y temas relacionados con el colectivo LGTBIQ como la orientación sexual o la identidad de género. También es cierto que la visibilidad y la información sobre el colectivo ha aumentado mucho estos últimos años y posiblemente, se haya ido incluyendo en el currículum de algunos países desde 2013 hasta ahora.

Otro tema para destacar es que los objetivos específicos para la prevención del abuso sexual infantil solo aparecen en el currículum de educación sexual de Bélgica, República Checa, Hungría y Países Bajos.

Conclusiones del estudio

El estudio concluye exponiendo los cinco indicadores que aparecen cuando una educación sexual es efectiva. Estos indicadores son:

- El **enfoque comprensivo**: la educación sexual se enseña con una perspectiva biológica y emocional.
- La **implicación de las familias**: tienen el derecho a contribuir para que sus hijos tengan una educación completa en esta materia.
- La educación sexual es impartida en las escuelas e institutos por **profesores preparados específicamente** para ello.
- **Asistencia obligatoria** a las clases de educación sexual para todo el alumnado.
- Los programas de educación sexual hablan sobre una **gran variedad de temas** sin tabúes.

De todos los países de la Unión Europea, solo los siguientes cumplían al menos tres de estos cinco indicadores: Alemania, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Luxemburgo, Países Bajos y Suecia. Para resumir, el estudio afirma que la educación sexual más efectiva y de mayor calidad son los programas de Benelux (Bélgica, Países Bajos y Luxemburgo) y los Países Nórdicos. También recalca que los sistemas de educación sexual en Letonia, Chipre, Estonia y Eslovaquia están mejorando y que son de mayor calidad que los de España, Irlanda o Reino Unido.

Este estudio es útil para tener una idea generalizada sobre el avance de la educación sexual en los diferentes países, pero también para considerar su efectividad. En mi opinión, los cinco indicadores que proporciona son útiles, pero faltan objetivos concretos muy importantes. Personalmente, añadiría que los programas de educación sexual tienen que diseñarse para ser impartidos o incluidos a lo largo de la vida escolar, no únicamente en el instituto, e incluyendo dos de los objetivos olvidados en la mayoría: las relaciones sexuales por placer (incluyendo las de entre personas del mismo sexo), y la prevención de los abusos sexuales infantiles, además de ahondar mucho más en temas de diversidad de género y LGTBIQ.

BIBLIOGRAFÍA

- ‘Policies for Sexuality Education in the European Union’ del Policy Department C (Citizen’s Rights and Constitutional Affairs) del Directorate-General for Internal Policies of the European Union (2013). [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2013/462515/IPOL-FEMM_NT\(2013\)462515_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/note/join/2013/462515/IPOL-FEMM_NT(2013)462515_EN.pdf)
- “Sexuality Information, Education and Communication - Good practise in sexual and reproductive health and rights for young people”, de The Safe Project, IPPF European Network y WHO Regional Office for Europe and Lund University (2007): <http://www.ysafe.net/safe/page14/assets/SAFEsexualityinformationeducationcommunication.pdf>

Anna Blasco Serret
Máster en Sexología y Género
Máster en Terapia Sexual y de Pareja con Perspectiva de Género
Fundación Sexpol
Bióloga Medio Ambiental



Patologización de las dificultades en la penetración vaginal e influencias en el proceso terapéutico



Esta investigación se propone revisar la clasificación de las disfunciones sexuales femeninas basadas en el dolor asociado a la penetración vaginal o a la incapacidad de practicar la penetración vaginal para analizar qué influencias tiene la patologización en el proceso terapéutico relacionado con estas dificultades y para observar o determinar cómo el ordenamiento de estas disfunciones participa en perpetuar mitos en relación con el sistema patriarcal y la heteronormatividad. En sexología clínica estas dificultades son conocidas principalmente como dispareunia y vaginismo.

En este trabajo pretendemos poner de manifiesto como la patologización de las dificultades en la penetración vaginal, puede tener una clara influencia en la vivencia de esta dificultad por parte de las consultantes y que sobre todo, la jerarquía que se le otorga a dicha dificultad está descontextualizada si nos vamos a un marco no heteronormativo. El peso que recae sobre la incapacidad de practicar la penetración, ya sea por dolor o por impedimento físico debido a un espasmo muscular de la vagina, obedece a una lógica heteronormativa y coitocentrista. No existe, por ejemplo, ningún trastorno asociado a la incapacidad de realizar cualquier otra

práctica sexual. Es por estos motivos, que en este trabajo queremos poner de manifiesto las incongruencias de las clasificaciones actuales y la necesidad de aplicar ópticas feministas a nuestra disciplina, la sexología. Este trabajo quiere ser una herramienta para la despatologización del dolor asociado a la penetración vaginal y su objetivo es facilitar el trabajo de estas dificultades en consulta, en el ámbito de la sexología clínica.

Existen numerosas clasificaciones en sexología clínica para estudiar, comprender, resumir, trabajar y determinar las causas de las diferentes dificultades que pueden aparecer en la vivencia de la sexualidad de las personas. Uno de los manuales más utilizados en la disciplina es el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) en la que se incluyen los *trastornos sexuales*. Dicho manual, tiene una tendencia clasificatoria de las dificultades que es en cierto grado patologizante, no solo por el hecho de establecer que las dificultades en la sexualidad son trastornos de la salud mental, sino por poner en el mismo nivel dificultades que en el plano de la realidad pueden distar mucho de otras dificultades relacionadas con el campo de la salud mental. Estas herramientas son sin duda útiles ya que establecen unas pautas y unifican la disciplina para poder diagnosticar y trabajar en base a unos fundamentos, pero a su vez presentan contradicciones a la hora de trabajar en consulta sexológica con las dificultades que presentan las personas que acuden a ella. Otra clasificación de las disfunciones sexuales la encontramos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), editada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En estos manuales diagnósticos y en las propuestas clasificatorias en sexología surgidas a lo largo del tiempo a raíz del trabajo de diferentes autores, observamos cambios a medida que se actualizan las ediciones, la clasificación de los trastornos sexuales del DSM IV es distinta a la del DSM V. Aún así sigue habiendo conceptos arcaicos y moralistas. El desarrollo de la perspectiva feminista, por ejemplo, puede delatarlos estos manuales como perpetradores de una cultura heteronormativa y patriarcal. Lo vemos en el caso de las Dificultades en la Penetración Vaginal (DPV) o lo que comúnmente se

diría dispareunia y vaginismo. Más adelante veremos los cambios en la clasificación de estas dificultades. Vemos como en el caso de los trastornos por dolor asociado a la penetración, la clasificación de estos está a la altura de dificultades globales de la respuesta sexual como por ejemplo, la falta de deseo, la falta de excitación o la falta de orgasmo. ¿El dolor o la incapacidad de practicar la penetración, se equipara a un trastorno global de la respuesta sexual? ¿Afecta a toda la sexualidad?

La vara de medir que lleva a esta clasificación es patriarcal ya que niega una sexualidad sana donde no haya penetración, por tanto se centra en las prácticas funcionales a nivel reproductivo y le da más importancia a una práctica en la que el hombre experimenta mucho más placer, centrandó la sexualidad de la pareja en la figura masculina y reproduciendo una lógica falocentrista. Además, esta clasificación, otorga una importancia suprema al coito. No hay una clasificación en la que se determine un trastorno por el hecho de tener la incapacidad de practicar otra práctica erótica, por ejemplo el sexo oral. En cambio, si no se puede practicar el coito el factor limitante es tal, que se establece un trastorno para curar esta enfermedad.

Este trabajo se propone analizar cómo las distintas clasificaciones de los trastornos sexuales asociados a las dificultades en la penetración vaginal tienen una influencia a la hora de dirigir el tratamiento y proceso terapéutico y en gran medida se ven influenciadas por la heteronormatividad y el modelo sexual hegemónico. A través de esta revisión bibliográfica reflexionaremos sobre los cambios que se van incorporando en la clasificación de dichas dificultades y como tiene una clara influencia el cambio de modelo, la sexología con perspectiva de género y la voluntad de construir una sexualidad menos influenciada por las normas y dictados patriarcales.

Para algunos, la clasificación diagnóstica en psicología clínica o en psiquiatría es algo innecesario o, en el mejor de los casos, responde a un mero reflejo mimético de lo que durante milenios se viene haciendo en medicina. Para otros, por el contrario, la clasificación es una vía inexcusable para poder construir una ciencia y una práctica sólidas. Pero, sea eficaz o no, un innegable

punto de partida es que la tarea de clasificar es propia no sólo de cualquier actividad científica, sino de la misma necesidad humana de encontrar, o de imponer, orden en la realidad. Vázquez, C., Sánchez, Á., & Romero, N. (2014). Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos usos y limitaciones de los sistemas DSM y CIE.

Esta cita nos habla de la dicotomía entre obligatoriedad de la clasificación en psicopatología y en todas las disciplinas científicas así como la carencia de sentido de homogeneizar a base de clasificaciones una ciencia humanista como puede ser la psicología o la sexología. Es una realidad que los profesionales nos nutrimos de las herramientas clasificatorias y de los criterios diagnósticos que en ellas se recogen, pero también es un hecho lo inamovibles que se tornan nuestros criterios cuando trabajamos con pautas tan establecidas. Las clasificaciones en psicopatología pueden generar entonces la patologización de dificultades, que muchas personas se encuentran a lo largo de su vida, asociadas o no a la vivencia de sus sexualidades o de su género. Es el caso de la transexualidad, en que vemos cómo a raíz de la introducción de esta realidad en

el sistema público de salud en España, por ejemplo, uno de los criterios para acceder a tratamiento hormonal es tener un diagnóstico de disforia de género. En este trabajo pretendemos poner de manifiesto como la patologización de las dificultades en la penetración vaginal puede tener una clara influencia en la vivencia de esta dificultad por parte de las consultantes y que sobre todo, la jerarquía que se le otorga a dicha dificultad está descontextualizada si nos vamos a un marco no heteronormativo. El peso que recae sobre la incapacidad de practicar la penetración, ya sea por dolor o por impedimento físico debido a un espasmo muscular de la vagina, obedece a una lógica heteronormativa y coitocentrista. No existe, por ejemplo, ningún trastorno asociado a la incapacidad de realizar cualquier otra práctica sexual. Es por estos motivos, que en este trabajo queremos poner de manifiesto las incongruencias de las clasificaciones actuales y la necesidad de aplicar ópticas feministas a nuestra disciplina, la sexología. Este trabajo quiere ser una herramienta para la despatologización del dolor asociado a la penetración vaginal y su objetivo es facilitar el trabajo de estas dificultades en consulta en el ámbito de la sexología clínica.



Sarah Belén Olarte Pinzón
Máster en Sexología y Género
Máster en Terapia Sexual y de Pareja con Perspectiva de Género
Fundación Sexpol
Estudiante de Psicología

Masculinidad y percepción de desempeño sexual y responsabilidad de ejecución sexual en hombres: un estudio mixto



El género, como conjunto de conductas socialmente asociadas a un sexo, se construye a partir de la interacción entre un organismo y su ambiente. El género asignado al nacer ha demostrado ser una de las categorías sociales más relevantes en el proceso de construcción de la identidad individual. A su vez, ser categorizado dentro de la etiqueta “hombre” o “mujer” influye enormemente en la percepción de nuestro rol en las relaciones sexuales, repercutiendo directamente en nuestro comportamiento erótico. Simone de Beauvoir ya hizo referencia a la construcción de la feminidad en

1949 cuando expuso que *“no se nace mujer, se llega a serlo”*, lo cual nos lleva a preguntarnos, ¿también se llega a ser hombre? **¿cómo influye la masculinidad en las conductas eróticas de los hombres?**

Por mucho tiempo, se consideró el binarismo de género como algo que hacía parte de la naturaleza de los sexos. El cuestionamiento de este sistema ha impulsado a estudiar el género para comprender que la masculinidad, al fin al cabo, no hace parte de una esencia sino de una ideología donde el hombre se sitúa por encima de la mujer. Es por esto que la masculinidad

actual debe mostrarse, constantemente, dominante. Élisabeth Badinter (1992) menciona en su obra *“un hombre debe estar constantemente comprobando tres cosas a la sociedad: que no es mujer, que no es bebé y que no es homosexual.”*

El deseo sexual masculino se concibe como algo gobernado biológica, instintiva y evolutivamente. También, este se considera exacerbado y orientado hacia la figura femenina. Esto es reforzado homosocialmente, puesto que constituye una de las características fundamentales de la masculinidad. Además, el hombre como máquina, encargado de *cumplir* con su trabajo, también se le espera hacerlo en el ámbito sexual. El pene, como símbolo central de la masculinidad, no solo debe tener parámetros morfológicos óptimos (tamaño) sino también mecánicos (erección y eyaculación). La habilidad o maestría de una técnica sexual en hombres no está ligada únicamente a motivos egoístas de placer, sino que también van encaminadas a ser utilizadas para lograr la satisfacción sexual de sus parejas. A su vez, esta no parece estar relacionada por motivos meramente altruistas, ya que también se utiliza como instrumento para validar la masculinidad propia. Asimismo, y debido al *blogging* en internet y la denominada “cultura de la inmediatez”, nacen los *tips* sexuales para asegurar la pericia masculina y la obligación de saber, de antemano, las habilidades que lo hacen “bueno en la cama”.

Revisando la literatura previa, lo que significa ser hombre en la sociedad actual y como esto repercute en las relaciones sexuales, nace la pregunta principal de la presente investigación: **¿Las actitudes asociadas a la masculinidad influyen en la conceptualización del desempeño sexual y/o en la percepción de responsabilidad de rendimiento sexual que se atribuyen los hombres a sí mismos?** Para esto, se realizó una investigación mixta de dos estudios plasmados de manera secuencial.

El primer estudio fue de carácter cuantitativo, donde se pretendía evaluar si la afinidad a creencias tradicionales masculinas influía en la percepción de responsabilidad de ejecución sexual. Esta última se define como el nivel de carga que una persona se atribuye a sí misma en cuanto al éxito o fracaso de la relación sexual. Para esto, se hicieron dos escalas que

medían cada uno de estos constructos y se montó una encuesta, la cual respondieron un total de 936 hombres. Los resultados arrojaron que **las creencias más afines a aquellas la masculinidad tradicional**, cómo el hecho de que un hombre debe ser exitoso en su carrera o que debe ser duro emocionalmente, **correlaciona levemente con la carga de ejecución sexual que se atribuyen los hombres a sí mismos**, por ejemplo, pensar que son responsables del orgasmo o de la excitación de su pareja. Pero entonces, si la carga de rendimiento sexual que un hombre se atribuye a sí mismo no está sujeta, exclusivamente, a su afinidad con creencias tradicionales masculinas ¿a que más puede estarlo? ¿ocupación? ¿estatus socioeconómico? ¿filosofía capitalista? ¿las mujeres también presentan percepción de responsabilidad sexual?

Por otro lado, sorprendentemente, no se encontraron diferencias por edad en ninguno de los dos constructos. Sin embargo, en cuanto a orientación sexual, **los hombres heterosexuales mostraron índices de masculinidad más altos que los hombres bisexuales y heterosexuales**, quienes mostraron niveles similares entre sí. **No se encontraron diferencias significativas por orientación sexual en el grado de percepción de responsabilidad de rendimiento sexual** en función de la orientación sexual. Esto podría explicarse por el hecho de que la masculinidad se define en gran parte por su deseo sexual exacerbado y dirigido hacia la mujer, por lo que el simple hecho de ser heterosexual puede ser reforzar socialmente las actitudes afines a la masculinidad tradicional.

En el segundo estudio, de carácter cualitativo, se entrevistaron un total de 12 hombres: 4 heterosexuales, 4 bisexuales y 4 homosexuales. En esta parte de la investigación, se exploró la conceptualización del desempeño sexual que tenían los hombres (es decir, lo que creían que hacía a un hombre “bueno en la cama”). Se entrevistaron hombres de diferentes orientaciones sexuales puesto que esta variable cobró relevancia a partir de los resultados del primer estudio, con el fin de evaluar si presentaban afinidad con estudios similares encontrados en la literatura y en función de la orientación sexual.

Las diferencias por orientación sexual en cuanto a lo que significa para los hombres desempeñarse bien sexualmente fueron pocas, puesto que muchos estuvieron de acuerdo en varios puntos. Por ejemplo, **la mayoría de hombres coincidieron en que desempeñarse sexualmente de manera óptima consistía, principalmente, en satisfacer a su pareja sexual.** Sin embargo, **los hombres heterosexuales y bisexuales mostraron mayor ansiedad y dependencia por las señales de su pareja sexual para valorar su propio desempeño.** También, casi todos los hombres **consideraron crucial la comunicación**, tanto verbal y no verbal, pero sobre todo situándose a ellos mismos desde el punto de vista de quien *recopila* esa información y de quien *interpreta* las señales de su pareja. Muchos también **consideraron importante el “juego previo”**, pero este casi siempre se veía encaminado con el fin de lograr la penetración o, después del coito, lograr el orgasmo de su pareja sexual. Consideraban prácticas sexuales no coitales como importantes y que consolidaban también un acto sexual, la masturbación o el sexo oral, por lo que no se observó una tendencia tan fuerte de *coitocentrismo*. Sin embargo, sí se observaron esquemas de la “secuencia” que debe seguir una relación sexual al igual que la instrumentalización de estas prácticas para lograr objetivos (penetración y orgasmo, mencionados anteriormente).

A diferencia de los resultados observados en estudios similares, la mayoría de hombres **no consideraron el tamaño del pene tan importante** (solo que no tocara los “extremos” de “muy pequeño” o “muy grande”) sino que lo verdaderamente **importante era “saberlo mover”**. También, coincidieron en que su relevancia radica más en el hecho de ser una zona erógena, pero no en la valoración de su propio desempeño. Consideraron el tiempo de una relación sexual importante en tanto al placer que se pueda lograr durante él, al igual que manifestaron que **los coitos muy largos podrían ser un problema.** A modo de conclusión, la tendencia más fuerte que se observó fue la de valorar su desempeño en función de la percepción de satisfacción que tengan de su pareja sexual y esta, a su vez, era inferida casi exclusivamente en función de si tenía o no un orgasmo. Por lo tanto, aunque el coitocentrismo no fue tan marcado, el **orgasmocentrismo** sí lo fue.

El presente estudio responde a muchas preguntas y, a su vez, lanza muchas otras. La masculinidad y el rol del hombre en las relaciones sexuales son dos factores interrelacionados e inseparables entre sí. La necesidad de tener el control y mostrar pericia en todos los ámbitos incluyendo el sexual, el tener que demostrar constantemente su hombría a sí mismo y a la sociedad, el deseo sexual como valor central de la masculinidad, el valor mecánico asociado al hombre y al cuerpo masculino y la orientación de las relaciones sexuales hacia la consecución de objetivos y no el placer en sí mismo son solo algunos de los factores que ponen en evidencia la relación entre ser socializado como hombre en la sociedad occidental actual y lo que se concibe como el rol masculino en las relaciones sexuales. La masculinidad, aunque cambiante, posee características insensibles al paso del tiempo y presente en la visión occidentalizada de la misma. **Efectivamente, ser hombre tampoco se nace, sino que se demuestra serlo.**

REFERENCIAS

- Badinter, E. (1992). *XY: De l'identité masculine*. Odile Jacob.
- Bertone, C.; & Ferrero Camoletto, R. (2009). Beyond the sex machine? Sexual practices and masculinity in adult men's heterosexual accounts. *Journal of Gender Studies*, 18(4), 369-386
- Connell, R. W. (2005). *Masculinities*. Polity.
- De Beauvoir, S. (1981). *El segundo sexo*. Buenos Aires: Siglo XX.
- Hundhammer, T., & Mussweiler, T. (2012). How sex puts you in gendered shoes: Sexuality priming leads to gender-based self-perception and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103, 176-193.
- Hyde, A., Drennan, J., Howlett, E., & Brady, D. (2009). Young men's vulnerability in constituting hegemonic masculinity in sexual relations. *American journal of men's health*, 3(3), 238-251.
- Ridgeway, C. L. (2009). Framed before we know it: How gender shapes social relations. *Gender and Society*, 23, 145-160.
- Skinner B, F. (1938). *The behaviour of organisms*. Appleton-Century-Crofts, Nueva York.



FUNDACIÓN
Sexpol



Centro colaborador de:
Universidad Nacional de Educación a Distancia
Universidad Autónoma de Madrid
Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Universidad Rey Juan Carlos de Madrid
Universidad Complutense de Madrid
Universidad de Alcalá

formación especializada en Sexología desde 1982

Cursos de posgrado

Máster en Terapia Sexual y de Pareja con Perspectiva de Género

<http://www.sexpol.net/master-universitario-en-terapia-sexual-y-de-pareja-con-perspectiva-de-genero/>

Máster en Sexología y Género

<http://www.sexpol.net/master-universitario-en-sexologia-y-genero/>

Máster en Sexología Sanitaria con Perspectiva de Género

<http://www.sexpol.net/formacion-sexpol/master-en-sexologia-sanitaria-con-perspectiva-de-genero/>

Titulación de la U. Nebrija
/ Fundación Sexpol



Comienzan en octubre
Modalidad presencial y online

Curso de Monitor/a en Educación Sexual

<http://www.sexpol.net/monitora-en-educacion-sexual-perspectiva-genero/>

Terapia Psicológica y Sexual

Individual y de pareja, Previa cita, tel. 91 522 25 10
C/ Fuencarral, 18 - 3º izda. 28004. Madrid

Redes sociales:

Web: <https://www.sexpol.net>

Correo electrónico: info@sexpol.net

Instagram: <https://www.instagram.com/fundacionsexpol/>

Facebook: <https://www.facebook.com/fsexpol/>

Youtube: <https://www.youtube.com/user/FSEXPOL>

Telegram: <https://t.me/fundacionsexpol>

Twitter: <https://twitter.com/@fundacionSexpol>

¡NOVEDAD! Ahora puedes unirse a nuestro Canal de Telegram para estar informado/a de todas nuestras actividades, talleres, novedades, noticias... solo tienes que pinchar en el siguiente enlace: <https://t.me/fundacionsexpol>