



# Sexpol



REVISTA DE INFORMACIÓN SEXOLÓGICA  
Enero / Marzo 2023 · Número 148 · [www.sexpol.net](http://www.sexpol.net) · [info@sexpol.net](mailto:info@sexpol.net)



X JORNADAS

# SEXOLOGÍA

Vol. II

## TERAPIA SEXUAL, PAREJA Y GENERO

6 días

88 ponencias

1 exposición



1 lujoazo...



# Si puedes, lucha. Si lo necesitas, descansa

## Editorial

Llegó el mes de salir a la calle, de gritar y luchar, o recomponer fuerzas para seguir luchando. El mes feminista.

En realidad, este año ha sido “el más feminista” hasta la fecha porque no hemos tenido una sino dos manifestaciones en la capital. Pero, cuidado, porque evidentemente lo digo desde la ironía y la tristeza de ver, otra vez, una fragmentación perjudicial para el movimiento. No será este el lugar de señalar con el dedo ni de juzgar o castigar, pero sí de llamar al debate, a la reflexión y a la empatía; valores tan necesarios como escasos en los tiempos que corren. Valores que, además, servirían de trincheras común contra todas aquellas ideologías y pensamientos cuyo único objetivo es retraernos a tiempos antiguos y oscuros para las mujeres y la sociedad en conjunto. El primer gran movimiento desde la pandemia nos ha dejado sensaciones extrañas, agriadas para nosotras.

Nosotras, por nuestra parte, seguimos aportando conocimiento; la herramienta más eficaz de cambio social. Aunque no el más rápido, claro está. Porque, y en eso coincidimos todas (o eso espero) aún queda mucho por hacer, mucho por lograr y mucho por lo que pelear. Viendo cómo sufren los derechos ya adquiridos ante la más mínima dificultad o excusa debemos ser muy conscientes de que no será suficiente con seguir luchando. Al mismo tiempo, como los ojos del camaleón, debemos vigilar todo lo conseguido hasta el momento.

Desde otros países y continentes ya se barruntan tiempos retro. Leyes, ideologías y ensalzamientos que creía-

mos muertos y enterrados están volviendo a la vida cual zombis; así, medio descompuestos y malolientes, podridos, pero con un mayor peligro por su número y su capacidad de contagio. Partidos políticos vestidos de colores bonitos y flamantes, pero con discursos vacíos y programas en blanco. Consignas que se repiten como única vía de hacerse reales. Mentiras camufladas, argumentos por y para la confrontación y datos, muchos datos, fantásticos (RAE: adj. Quimérico, fingido, que no tiene realidad y consiste solo en la imaginación). Esa es la verdadera guerra que no hemos terminado y creo, sinceramente, que no debemos iniciar nuevas batallas cuando las viejas aún resuenan. Debate sí, enfrentamiento no. Porque si no somos capaces de hablarnos con respeto, de entendernos, de ponernos en el lugar de la otra, tenemos los días contados.

Ahora, volviendo al tema que nos ocupa, aquí os traemos la continuación de los trabajos realizados por nuestra más reciente familia de sexólogas, cada cual desde su propio espacio, interés y perspectiva, que pudieron plasmar en sus Trabajos Final de Máster. Un buen número de textos que esperamos aporten a la disciplina y al debate que líneas arriba mencionaba. Temas que van desde la gestación en hombres trans hasta la violencia obstétrica. Como es habitual, variedad de temas desde la calidad, la reivindicación, la investigación y el compromiso.

Esperamos que disfrutéis la lectura tanto como nosotras y que no dejéis nunca de aprender, reflexionar, debatir y criticar. El conocimiento-sexual- nos hará libres.

*Roberto Sanz Martín*

## S

### umario

Editorial / Roberto Sanz. Pág. 2

La realidad de la violencia obstétrica / Nerea Martínez Díaz. Pág. 3

Gestación y crianza en hombres trans / Patricia Carro Campos. Pág. 8

Búsquedas frecuentes en la web sobre feminismo y sexualidad: ¿Qué información nos da? / Marta Cejudo Sevilla. Pág. 13

El curriculum oculto / Marta Espía Muros. Pág. 19

Sexología y TCA / Paula Martínez Sánchez. Pág. 23

La sexualidad, más allá del coito programado / Vanessa Lorca Barchín. Pág. 28

# La realidad de la violencia obstétrica

**Nerea Martínez Díaz**  
Matrona  
Máster de Sexología Sanitaria con  
Perspectiva de Género  
Fundación Sexpol



A pesar de que no hay una definición consensuada al respecto, no hay ninguna duda de que la violencia obstétrica existe, y de que en España hay violencia obstétrica, como la hay en todos los países del mundo, aunque esta afirmación cause malestar e irritación entre el personal sanitario y genere debate en la sociedad.

Existen varias definiciones sobre el concepto de **violencia obstétrica** (en adelante, VO). Lo ideal sería que hubiera un consenso en su definición pero hasta entonces debemos tener en cuenta todas las existentes.

La VO es un tipo de violencia de género que se define en términos generales como los tratos crueles,

inhumanos y/o degradantes que se ejercen sobre los cuerpos de las mujeres en situación de embarazo, parto y postparto por parte del personal sanitario (durante todo el artículo se entenderá “mujer” y “hombre” como persona socializada en correspondencia a sus genitales).

Para su definición, es necesario conocer también el término que da la OMS a la salud sexual y reproductiva considerando, que no es solamente la ausencia de enfermedad, sino que va más allá de eso, se trata de un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación a todos los aspectos de la sexualidad y la reproducción. La materialización de la salud sexual y reproductiva en las mujeres se observa en los derechos sexuales (los cuales incluyen la posibilidad

de tener experiencias sexuales placenteras y libres de coacción, tener acceso a servicios de información y cuidados relacionados con la sexualidad y no ser mutiladas genitualmente, entre otras) y reproductivos (como son la oportunidad de escoger si se desea o no tener descendencia, la posibilidad de acceder a servicios de contracepción, tener acceso a los servicios de aborto seguro, el derecho a no ser esterilizadas de manera forzosa y a tener una atención del embarazo, parto y posparto de calidad, etc.). Por lo tanto, no se puede asegurar la salud sexual y reproductiva de las mujeres sin la garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

La OMS define la VO como *“maltrato físico, humillación y abuso verbal, procedimientos médicos coercitivos o no consentidos, no obtener un consentimiento informado, negativa a administrar medicamentos para el dolor, descuido en la atención o violaciones graves de la intimidad”*.

Se define también como *“cualquier práctica o actitud médica, expresada mediante el lenguaje o los actos, que durante el seguimiento gineco-obstétrico de las mujeres embarazadas, parturientas o lactantes, ignoran los derechos, deseos, decisiones, necesidades, emociones y/o dignidad de las mujeres, así como la de sus bebés”*<sup>1</sup>. Este último concepto de VO se contrapone con el término de **experiencia de parto positiva** que la OMS ofrece, entendiéndolo por ella como la experiencia que incluye dar a luz a un bebé sano en un entorno sin riesgos clínicos ni psicológicos y con apoyo emocional, y que incluye la presencia de personal clínico amable y técnicamente competente, pudiendo tener una experiencia de parto positiva aun cuando sean necesarias o deseables intervenciones médicas<sup>2</sup>. Desde esta perspectiva más amplia, no se contempla como VO únicamente las intervenciones innecesarias por acción u omisión, sino también las actitudes e incluso la comunicación. Por ello se habla de VO y no de malas praxis, porque incluye comportamientos actitudinales de falta de respeto a la dignidad de las mujeres y de sus hijas/os durante el embarazo, parto y puerperio. El concepto de violencia obstétrica es un concepto amplio donde se incluyen no solo la violencia física sino también otros tipos de violencia que tienen en común la negación de la libertad y de la autonomía.

La VO incluye prácticas que van desde la patologización y la medicalización de los cuerpos de las gestantes, así como su cosificación e infantilización: inducciones de parto injustificadas, cesáreas electivas sin causa médica, prácticas sin evidencia científica respaldada como episiotomías de rutina, rasurados de vulva, maniobra de Kristeller, tactos vaginales innecesarios... así como violencias verbales y psicoafectivas diversas: no tener en cuenta el plan de parto, falta de información y consentimiento informado antes de determinadas prácticas, etc. En definitiva, la mujer como sujeto pasivo, la parturienta sin capacidad de decisión sobre su propio cuerpo, ni sobre el de su hijo/a, la sumisión o el sometimiento ante la figura masculina del médico o, si se prefiere, ante una visión machista de la medicina ya que no necesariamente la VO es practicada únicamente por hombres.

Durante 2019 se llevó a cabo un estudio observacional transversal que incluyó a 899 mujeres que habían dado a luz en los últimos 12 meses<sup>3</sup>. Se distribuyó un cuestionario en línea a través de matronas y asociaciones de mujeres en España. El cuestionario incluyó variables sociodemográficas, clínicas y prácticas asistenciales. La variable de resultado primaria fue la violencia obstétrica y sus tipos verbal, físico y psicoafectivo. Los criterios de inclusión fueron el parto en los últimos 12 meses (en hospital público, privado o domiciliario) y que la madre tuviera un nivel suficiente de instrucción para leer y comprender el español. Los únicos criterios de exclusión fueron mujeres menores de 18 años. La edad media fue de 35,2 años (DE 4,25 años), el 63,7% (572) eran primíparas y el 60,0% (539) tuvo un parto vaginal normal. La atención del parto se brindó en un hospital público para el 81,9% (736), el 16,9% (152) en hospitales privados, el 0,3% (3) en centros de maternidad y el 0,9% (8) en el domicilio

Los resultados del estudio no dejan lugar a dudas: **la violencia obstétrica fue reportada por el 67,4%** (606) de las mujeres; 25,1% (226) verbal, 54,5% (490) físico y 36,7% (330) psicoafectivo.

Y, por supuesto, la VO tiene sus consecuencias. En el artículo realizado por Ibone Olza Fernández (psiquiatra infantil y perinatal, madre y activista, tal cual ella misma se define en su blog) y publicado en Midwifery

Today en 2013<sup>4</sup>, la autora sostiene que el parto puede ser muy traumático para algunas mujeres. Se estima que entre el 2 y el 6% de las mujeres desarrollan un trastorno de estrés postraumático (TEPT) completo tras el parto y que el 35% de las madres presenta algún grado de TEPT. Los estudios indican que dicho TEPT es consecuencia de las acciones y omisiones de matronas, enfermera/os y médico/as (Elmir et al, 2010). Estas experiencias de parto traumático se acompañan de miedo, terror e indefensión y suelen ir seguidas de pensamientos recurrentes en torno a lo vivido, flashbacks, pesadillas e irritabilidad. Muchas incluso, años después del parto. Probablemente en el momento del parto el impacto al maltrato sea mayor, debido a que el cerebro materno está bañado de neurohormonas que le preparan para recibir a su bebé y para generar el vínculo afectivo y el apego. La VO también repercute de forma negativa en los bebés, dado que en el nacimiento se les agrede con prácticas injustificadas, por ejemplo, cuando no se favorece el contacto piel con piel al nacer o se niega la posibilidad de estar en contacto estrecho con su madre en las primeras horas tras el nacimiento, momento especialmente vulnerable para los recién nacidos. También se ve afectado por la VO el entorno de la víctima y sus familiares haciendo que la VO se considere como un problema de salud pública, ya que el número de afectados por ella, de manera directa o indirecta, es mucho mayor de lo que parece a simple vista. También los/as profesionales sanitarios que conviven a diario con la VO, la ejerzan o sólo la visualicen en otros/as compañeros/as, sufren sus consecuencias. Según Eva García García en su tesis doctoral *“La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales”*, los/as profesionales sanitarios también sufren la VO, “porque también se ven obligados a ejercerla, porque forman parte de un sistema que la normaliza, la invisibiliza e incluso la legitima. Y porque llega un momento en el que se dan cuenta de que algo no funciona, de que después de turnos tan largos no se puede ofrecer una atención de calidad, y de que la atención obstétrica está mal construida desde su raíz. Después de darse cuenta de ese modo, muchos profesionales ya no pueden continuar trabajando como si tal cosa, ya que esta escisión emocional entre lo que hacen y lo que quisieran hacer les acaba pasando

una gran factura psicológica, teniendo que dejarlo por un tiempo o incluso cambiando de rumbo profesional totalmente”.

Según Desireé Mena Tudela, enfermera e investigadora del departamento de Enfermería de la Universidad Jaume I, la VO “se trata de una de las formas de violencia más arraigadas que existe en el sistema sanitario”<sup>5</sup>. La dificultad para atajarla residiría en que se trata de una forma de violencia **multifactorial** y **estructural**<sup>6</sup>, es decir, está incrustada en nuestra organización política, económica y sanitaria, y esto hace que el personal que la ejerce no sea consciente de ella, e incluso la tenga normalizada, porque la violencia obstétrica se deriva del machismo estructural y de una concepción hegemónica de la masculinidad. Ello se traduce en jerarquías en el ámbito sanitario y se transmite a las pacientes en forma de comportamientos patriarcales que persisten hoy en día en muchos paritorios. Se trata también de una forma de violencia **institucional** y **simbólica**. Institucional hace referencia a que la asistencia al embarazo y al nacimiento se enmarca fundamentalmente dentro del ámbito de instituciones públicas o privadas donde se llevan a cabo la atención, y dichas instituciones son un marco de reproducción del patrón cultural de la sociedad (cultura patriarcal) y simbólica se refiere a que se transmite a través de símbolos que pueden ser gestos, posturas corporales, etc...y es invisible, porque en la sociedad se transmite la idea de que es necesaria para “ayudar” a las gestantes y de este modo, estas se sienten “obligadas” a obedecer y a no cuestionar a las/os profesionales. Las parturientas son consideradas enfermas, alertando siempre de los riesgos, y usando con mujeres con un embarazo normal los mismos procedimientos que con aquellas que tienen embarazos de alto riesgo, impidiendo a las mujeres que confían en sus propias sensaciones, delegando el conocimiento en las mediciones de los aparatos y en los análisis.

Para darnos cuenta de la negación de la existencia de la VO por algunos colectivos sanitarios sólo hay que revisar el comunicado que el Consejo General del Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM) emitió en el mes de julio del 2021, contrario a las informaciones referentes a la **reforma de la ley de salud sexual y reproductiva** presentada por el Ministerio de

Igualdad del Gobierno de España y el Instituto de las mujeres. En dicha modificación de la ley estaba previsto que el texto incorporara un título específico en el que se abordaran las violencias en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos, y entre ellas se reconociera el término de violencia obstétrica en España. No todos los colectivos sanitarios estaban de acuerdo con el comunicado del CGCOM. A este respecto la FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España) quiso desvincularse de las declaraciones llevadas a cabo por el colectivo médico elaborando el “Manifiesto FAME contra la violencia obstétrica en España”<sup>6</sup> donde expone de manera contundente que *“queda demostrado que en nuestro país se ha ejercido, se ejerce y se seguirá ejerciendo violencia obstétrica si no actuamos de forma contundente y firme. Es hora de dejar de mirar para otro lado y que todos los/as profesionales implicados en la obstetricia atajemos de raíz el problema, llamando a la violencia obstétrica por su nombre, sin eufemismos”*. Tras esta controversia, finalmente, en junio del 2022 se ha presentado el Anteproyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria de embarazo. Pese a la intención manifiesta del Ministerio de Igualdad de abordar la violencia obstétrica en la reforma de la ley, considerándola como una forma de violencia de género y tomando medidas para evitarla, ésta no aparece definida en el texto del Anteproyecto. Parece que ha habido discrepancias con el Ministerio de Sanidad tras el comunicado médico del CGCOM, y que las presiones han tenido su efecto. La violencia obstétrica no se nombra como tal, pero si figuran en el Anteproyecto medidas para favorecer el parto respetado, y existe un título dedicado a la protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito ginecológico y obstétrico.

El Anteproyecto dibuja cuatro ejes de trabajo: la prevención, la formación, la recogida de datos y la creación de protocolos de actuación. Así, el texto alude a la voluntad de “disminuir el intervencionismo evitando prácticas innecesarias e inadecuadas que no estén avaladas por la evidencia científica” y un paquete de políticas orientadas a la prevención y formación de profesionales de modo que sea posible “reforzar las prácticas relativas al parto respetado y al consentimiento

informado de la paciente incluyendo a tal fin todas las medidas necesarias para incrementar el número de personal especializado”.

En el mundo, el reconocimiento de la VO que genera tanto debate a nivel médico en nuestro país, no es nuevo. Hay países como **Venezuela**, pionero en regular la denominada violencia obstétrica dentro de un marco jurídico, que ya lo tiene incorporado en su “Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”<sup>5</sup> desde el año 2007, siendo definido como *“la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”*. Con posterioridad, en 2009, en **Argentina** fue aprobada la “Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”. De acuerdo con esta nueva ley, la violencia obstétrica, es considerada como un tipo de violencia en la que incurren no sólo los y las profesionales que intervienen durante el momento del parto, sino también todo el personal que forma parte de un servicio y que tiene trato con la mujer gestante. Además, la norma referida especifica que la violencia obstétrica no sólo implica violencia física, sino también violencia psíquica. **México**, en 2014 introdujo también en sus leyes el término de VO recogiendo expresamente su erradicación como un avance a favor de la equidad de género.

A nivel de Comunidades Autónomas, en España, cabe mencionar la mejora en estos aspectos que se ha llevado a cabo en Cataluña, donde en 2020, ha sido aprobada una ley, la “Ley 17/2020 de 22 de diciembre, de modificaciones de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista” y donde se incluye una definición de violencia obstétrica que sería la primera en estar recogida en alguna ley del territorio español. En dicha ley, primera también en Europa en reconocer la VO como violencia de género, la VO quedaría definida de la siguiente manera:

“Consiste en impedir o dificultar el acceso a una información veraz, necesaria para la toma de decisiones autónomas e informadas. Puede afectar a los diferentes ámbitos de la salud física y mental, incluyendo la salud sexual y reproductiva, y puede impedir o dificultar a las mujeres tomar decisiones sobre sus prácticas y preferencias sexuales, y sobre su reproducción y las condiciones en que se lleva a cabo, de acuerdo con los supuestos incluidos en la legislación sectorial aplicable. Incluye la esterilización forzada, el embarazo forzado, el impedimento de aborto en los supuestos legalmente establecidos y la dificultad para acceder a los métodos anticonceptivos, a los métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual y del VIH, y a los métodos de reproducción asistida, así como las prácticas ginecológicas y obstétricas que no respeten las decisiones, el cuerpo, la salud y los procesos emocionales de la mujer”.

Las posibles soluciones que se plantean para mejorar la situación, pasan primero por su visibilización dentro de los servicios sanitarios de ginecología y obstetricia y su aceptación por el personal sanitario, algunos/as de los/as cuales actualmente son reacios a admitir que la VO forma parte de su trabajo diario. Además, es importante darle relevancia en la sociedad, para lo que sería necesario realizar desde los gobiernos campañas de divulgación de la violencia obstétrica, y que cambiara también la legislación, incluyendo el término de VO en ella.

Desde los hospitales, a pesar de que ya se han realizado muchas mejoras en los últimos años, habría que continuar implementando avances en la asistencia, realizando formación en VO y perspectiva de género al personal de salud y favoreciendo relaciones de respeto mutuo entre las/os propias/os profesionales y entre el personal sanitario y las mujeres. Sería fundamental también continuar investigando en violencia obstétrica, y ampliar estas investigaciones a todos los niveles como por ejemplo, la violencia ejercida a las mujeres en torno a sus ciclos reproductivos o la VO que existe alrededor de las Interrupciones voluntarias de embarazo (IVE) o abortos espontáneos. Es decir, adaptar la ciencia y su formación a la perspectiva de género para comenzar a

dar protagonismo y empoderar a las mujeres durante su proceso de embarazo, parto y puerperio.

El empoderamiento femenino alrededor del periodo perinatal actúa como un determinante positivo en la visibilización de la VO ya que les aporta herramientas y conocimientos sobre su autonomía y sus derechos. La enfermería y más concretamente las matronas, son las profesionales más adecuadas para garantizar este empoderamiento gracias a la relación de confianza que se establece durante la gestación y el posparto con las mujeres.

Para erradicar la VO el primer paso consistiría en nombrarlo y definirlo, y entender que su visibilización no pretende ser un ataque ni criminalizar a las personas que trabajan en el ámbito sanitario. Para las mujeres víctimas de dicha violencia, nombrarlo puede facilitar que revelen sus traumas como primer paso para la recuperación emocional; hay que visibilizar también el enorme sufrimiento emocional de muchos y muchas profesionales del parto que conviven con dicha VO y generar un debate serio donde las mujeres, sus derechos sexuales y su libertad, estén en el centro.

#### Notas / Bibliografía

1. Ricoy Olariaga J. Parto y feminismo. Cómo parir en una sociedad machista. 2nd Editio. Independently published; 2020. 87 p.
2. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization; 2018.
3. Martínez-Galiano JM, Martínez-Vazquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women Birth*. 2021 Sep.; 34(5): e526-e536. doi: 10.1016/j.wombi.2020.10.002. Epub 2020 Oct 17. PMID: 33082123.
4. “PTSD and obstetric violence”. Ibone Olza Fernández. Publicado en *Midwifery Today* issue 105 Spring 2013.
5. Mena-Tudela D et al. Changes in health sciences students’ perception of obstetric violence after an educational intervention. *Nurse Educ Today* [Internet]. May 2020; 88:104364. Available at: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0260691719311360>
6. Mena-Tudela D et al. Design and Validation of the PercOV-S Questionnaire for Measuring Perceived Obstetric Violence in Nursing, Midwifery and Medical Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(21):E8022.
7. Disponible en internet: <https://www.federacion-matronas.org/2021/07/19/violencia-obstetrica-fame/>

**Patricia Carro Campos**  
Médica especializada en Obstetricia y Ginecología  
Máster de Sexología Sanitaria  
con Perspectiva de Género  
Fundación Sexpol



## Gestación y crianza en hombres trans\*

\*Personas cuyo sexo asignado al nacer fue mujer, pero su identidad de género es hombre, con independencia de si realizan o no tratamientos médicos y/o quirúrgicos de modificación corporal

*“Toda sexualidad y toda educación es política. Toda ma/paternidad, también”.*

*Gracia Trujillo.*

Este artículo trata de visibilizar la problemática de los hombres trans con respecto a sus deseos de gestación, la vivencia de la misma y el desarrollo de una crianza en un modelo familiar no normativo, exponiendo los obstáculos y dificultades que encuentran en la sociedad y en la atención sanitaria.

El sistema patriarcal y cisheteronormativo en el que vivimos inmersas nos impone qué cuerpos son normativos y cuáles no, qué cuerpos son aptos para gestar, para lactar y para criar y cuáles no. Patologizando, rechazando y discriminando todo aquello que se aleje de la norma imperante, ya que cuenta con un sistema sanitario tradicional y conservador, cómplice de esa patologización. Esto lo podemos observar en manuales diagnósticos como el DSM, que clasifica los trastornos mentales; de hecho, la homosexualidad históricamente estuvo catalogada como trastorno mental en este manual, al igual que la identidad de género; y aunque han surgido ediciones posteriores que revisan la anterior,

actualmente persiste el trastorno de disforia de género como trastorno mental.

Hoy en día la formación en Medicina y su especialidad en Ginecología y obstetricia carece de una formación en sexología y todo se explica desde una perspectiva puramente biologicista, sin perspectiva de género. A esto se une una mala utilización de los avances científicos con más recursos tecnológicos, lo que ha provocado una comercialización y utilización de los cuerpos como negocio, como objetos de consumo y de beneficios económicos, como es el caso de los tratamientos de reproducción asistida o tratamientos quirúrgicos de modificación corporal; en muchas ocasiones con el apoyo de la financiación de la industria farmacéutica.

Pero es que además este modelo hegemónico no representa la realidad actual.

Establece que lo normativo es que sean las mujeres (refiriéndose únicamente a las mujeres cis) las que quedan embarazadas, contemplando la biología como único argumento y estableciendo de forma implícita que son mujeres aquellas personas con útero



y ovarios, legitimando un único modelo de gestación bajo una cultura del embarazo unida absolutamente a la feminidad.

Pero dicha cultura ni siquiera representa a todas las mujeres cis ya que determina unos cánones de corporeidad concretos en los que no encaja mucha de la población gestante. Además de fomentar un modelo capitalista consumista.

Se hace necesaria una formación con perspectiva de género en todas las escalas, a nivel social, cultural, desde las escuelas, instituciones médicas y desde la política, que creen legislaciones a nivel estatal ya que a día de hoy las competencias están transferidas a las comunidades autónomas, lo que crea una brecha de desigualdad entre la ciudadanía, potenciando más aún la interseccionalidad.

Todas las personas con útero tienen capacidad para gestar, independientemente de si son mujeres cis, hombres trans o personas no binarias. Gracias al avance de las teorías queer feministas se están proporcionando herramientas sociales, culturales y políticas, reivindicando una transformación social que integre la diversidad, fomentando la performatividad del género y de los cuerpos, desdibujando el binarismo del

género y multiplicándolo.

La forma en que se vive y se siente la transexualidad es diversa: las personas trans, al igual que las personas cis, tienen cuerpos diversos; y no necesariamente tienen el deseo de modificarlos. Pero el sistema incita a encajar en la polaridad del binarismo, hombre/mujer, masculino/femenino, por lo que el malestar o disforia que sufren muchas personas trans no es tanto por la sensación del cuerpo equivocado sino por la transfobia social. Esto hace que muchas personas trans decidan someterse a tratamientos de modificación corporal, hormonales y/o quirúrgicos. Por lo que se hace necesario fomentar la autoestima corporal y abandonar el argumento del cuerpo equivocado.

No todas las personas que reciben tratamientos hormonales o quirúrgicos tienen las mismas metas y por tanto es cada cual quien asume esa performatividad del género. Influenciados por la clase social y la etnia entre otras interseccionalidades. Al igual que existe diversidad a la hora de vivir la transexualidad, existe diversidad a la hora de vivir la gestación y la crianza. No hay un modo legítimo de ser y sentirse.

Independientemente de la identidad de género, existen maternidades deseadas más allá de la

norma cisheteropatriarcal, más allá del monopolio del binarismo. Cada persona gestante siente de manera diferente independientemente de si se trata de mujeres u hombres; no existe una única manera, legítima, de sentirse gestante. Los hombres trans que han gestado no han dejado de sentirse hombres a pesar de tener un cuerpo gestante. Porque la biología de la gestación no necesariamente va unida a la identidad de género.

Las voces críticas, en ocasiones desde sectores radicales del feminismo, no basan sus argumentos en evidencia científica, ya que no hay estudios que concluyan que existan repercusiones negativas por el hecho de que un hombre trans pueda gestar o pueda criar. Y los estudios realizados al respecto demuestran incluso aspectos beneficiosos en las crianzas no hegemónicas aludiendo a la mayor capacidad de adaptación, pensamiento crítico y más diverso. Determinan, no obstante, que aquellos casos en que la transición se ha realizado posterior a tener descendencia pueden requerir un tiempo de adaptación y de posibles cambios de roles, tiempo en el que es fundamental un acompañamiento adecuado tanto a nivel grupal, social, como profesional. Esto pone de manifiesto la necesidad de un sistema sanitario con formación en perspectiva de género, que sepa atender las particularidades de cada proceso y que se desempeñe en espacios amables, respetuosos y transinclusivos. Estos nuevos modelos sanitarios no sólo deben contar con personal adecuadamente formado, también debe revisar la forma en que se nombran dichos espacios, sobre todo en el caso de consultas de obstetricia y ginecología.

Cuando un hombre trans toma la decisión de gestar, se va a enfrentar a una serie de retos. El primero de ellos es si ha sido informado previamente a recibir algún tipo de modificación corporal hormonal o quirúrgica, sobre su posible influencia sobre la fertilidad. También debe ser informado de que la testosterona no es anticonceptiva y que si se emplea durante la gestación puede ser teratogénica (es decir puede afectar al embrión). Las profesionales de la salud deberían informar sobre la posibilidad de la congelación de óvulos (crio preservación de ovocitos maduros) o de embriones (crio preservación de embriones) o la crio preservación de tejido ovárico; es decir, extirpar tejido ovárico, congelarlo, y posteriormente reimplantarlo, para que

se pueda dar la posibilidad de tener descendencia biológica. Existen técnicas de reproducción asistida que ayudan en dicho proceso.

El Ministerio de Sanidad aprobó en noviembre del 2021 una orden para que el sistema Nacional de Salud sufrague los tratamientos de reproducción asistida a todas las mujeres, independientemente de su orientación sexual, así como a las personas trans con capacidad gestante, es decir, hombres trans. Negar estos tratamientos por la identidad de género no es ético. La Sociedad Americana de Medicina Reproductiva ha redactado una Declaración Ética donde se dice que no es éticamente admisible negar el acceso de los tratamientos de técnicas de reproducción asistida por identidad de género u orientación del deseo.

Si están recibiendo tratamiento hormonal, lo deben suspender meses antes para que se restaure la fertilidad; eso implica que se van a desencadenar nuevamente los ciclos menstruales; y hay que tenerlo en cuenta para acompañar el posible impacto psicológico que ello pueda conllevar en hombres trans.

Otro de los retos a los que se enfrentan son las modificaciones corporales fruto de los cambios hormonales durante la gestación, como van a vivir esa nueva corporalidad tradicionalmente tan unida a lo femenino, vuelven a su cuerpo biológico de mujer y la sociedad los identifica como mujeres sólo por el hecho de estar gestantes.

Estos cambios pueden generar sentimientos de inseguridad y de rechazo a la nueva figura corporal, exacerbándose en ocasiones síntomas de disforia de género. De hecho, ya de por sí hay mayor labilidad emocional durante la gestación y el postparto por las influencias hormonales, con sentimientos de tristeza y cambios de humor imprevisibles. A este fenómeno se le denomina tristeza postparto o maternity blues, y suele ser leve y transitorio. Pero si, además, contamos con la interseccionalidad de la transexualidad y la falta de apoyo social, la vivencia puede ser más negativa, derivando incluso en casos de depresión.

Con respecto a la lactancia, a pesar de estar considerada a nivel biológico el mejor alimento para les hijes, porque proporciona lo que cada lactante necesita en cada momento determinado, al adaptar su cantidad

y composición al mismo, es fundamental apoyar cada decisión tomada. Algunos hombres trans como consecuencia de la disforia de género, no se sienten preparados para la lactancia. Otros deciden que quieren participar en ese aspecto de la crianza y se necesitan herramientas para que lo puedan llevar a cabo.

Los que se han sometido a tratamientos hormonales y/o quirúrgicos pueden presentar una disminución en la producción láctea; pero en estos casos no se busca una lactancia exclusiva, sino fomentar el vínculo y el apego. El papel de las asesoras de lactancia es muy importante en este caso. Porque en realidad el mayor obstáculo no es la disminución en la producción de leche, sino un sistema sanitario heteronormativo desinformado. Incluso se plantea en ocasiones como acto reivindicativo anticapitalista, lo cual empodera a la población. Las voces críticas a este respecto han intentado aludir a la falta de apego seguro. Pero analizando la Teoría del Apego de Bowlby, el apego se genera con la persona de referencia o cuidador principal, que no necesariamente tiene que ser la madre, por lo que dicho argumento no tiene base científica.

Con respecto a la crianza, es bastante generalizada la crianza en espacios de seguridad compartida entre personas que llevan a cabo modelos familiares no hegemónicos, más disidentes. Porque criar desde la fluidez de género implica enfrentarse al rechazo y juicio social. En estos espacios de crianza con fluidez de género o diversidad trans es importante no recaer en estereotipos sexistas que han calado tanto en la sociedad y por tanto que la labor de los cuidados no siga recayendo sobre la figura socialmente entendida como femenina, sino que sean espacios más igualitarios de compromiso y cuidados.

Un aspecto importante en el que la sociedad debe evolucionar es a la hora de generar un lenguaje transinclusivo con respecto a la ma/paternidad. Debemos recurrir a la riqueza del lenguaje, o reinventarlo; para que todos los modelos de familia tengan cabida. Así algunos progenitores desean ser nombrados por el nombre de pila, ya que no encajan en lo binario madre/madre; otros se sienten más cómodos con el término MaPa, como madre y madre al mismo tiempo. Se trata de buscar nuevos paradigmas de parentesco y filiación.

Cuando la transición se ha realizado con posterioridad a tener descendencia, puede ser necesario un tiempo de transición en el que los roles pueden verse modificados. Aquí se hace especialmente importante el acompañamiento a las familias, poniendo el foco en las menores.

El lenguaje entorno a la lactancia también merece especial atención. Reflexionar con qué término hay mayor inclusividad, amamantar o dar teta.

Y los espacios deben ser revisados y renombrados; a día de hoy los cambiadores de bebés están en los baños de lo que socialmente se entiende como mujer, al igual que las salas de lactancia.

Los centros sanitarios donde se atienden aspectos relacionados con la obstetricia y la ginecología en algunos lugares se les conoce como Centros de atención a la mujer, o centros de maternidad. Ninguno de estos términos da visibilidad a personas con identidad de género trans o no binaria.

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental consagrado en 1946 en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Pero es necesario que toda la población sienta los espacios sanitarios como seguros, libres de rechazo y exclusión, en los que no se vulneren los derechos sexuales y reproductivos por cuestiones como la identidad de género. Si no se perciben como espacio seguros, aumenta la desconfianza, el absentismo y con ello la falta de control de algunas patologías que lo requieren, diagnósticos y tratamientos tardíos o la falta de seguimiento y atención adecuada durante la gestación, además de asumir riesgos como son tratamientos ilegales, fuera del sistema. Además de generar esos espacios, las profesionales que trabajan en los mismos deben tener formación sobre las realidades trans, generando proyectos integrales y protocolos de actuación.

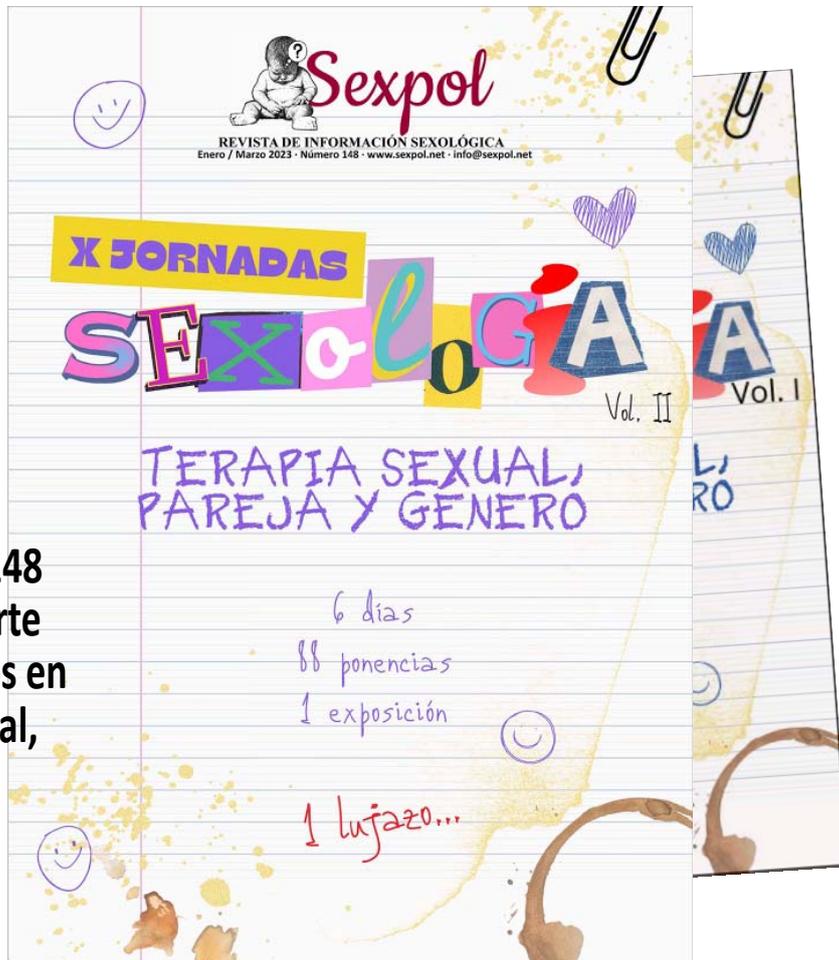
Aún queda mucho camino por recorrer y la lucha y reivindicación social tiene un papel fundamental en el avance del imaginario colectivo, incluyendo el sistema sanitario.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aparicio García, Marta Evelia; García Nieto, Isidro. Identidades Trans; Una aproximación psicosocial al conocimiento sobre lo trans. Editorial Egales. 2021

2. Missé, Miquel; Coll-Planas, Gerard; El género desordenado; Críticas entorno a la patologización de la transexualidad; Ed Egales . 2010
3. Missé, Miquel; Transexualidades: otras miradas posibles; Ed Egales 2013.
4. Missé, Miquel; A la conquista del cuerpo equivocado. Ed Egales 2018.
5. Rodríguez Magda, Rosa María; La mujer molesta; Feminismos postgénero y transidentidad sexual. Ed Ménades 2019.
6. Encinas, Sonia. Feminidad salvaje. Ed Penguin Random House 2022.
7. Llopis, María; Maternidades subversivas. Ed Txalaparta 2015
8. Green, Fiona Joy; Friedman, May. Buscando el final del arcoíris: una exploración de las prácticas de crianza desde la fluidez de género. Ed Bellaterra 2013.
9. Ekis Ekman, Kajsa. Sobre la existencia del sexo: reflexiones sobre la nueva perspectiva de género. Ed Cátedra 2021.
10. R. Lucas Platero Méndez; Esther Ortega Arjonilla. Investigación sociológica sobre las personas transexuales y sus experiencias familiares. Ed Transexualia 2017
11. Plasticidades corporales: una exploración a la experiencia trans del embarazo y (m/p)aternidad
12. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Control prenatal del embarazo normal
13. Documental El sexo sentido (Documentos TV)
14. Documental Vidas en trans (Crónicas)
15. La liga de la leche: transexualidad y lactancia: apoyando a hombres transexuales / Por Trevor MacDonald <https://laligadelaleche.eu/wp-content/uploads/Ayoyando-a-hombres-transexuales.pdf>. <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-2-como-superar-dificultades/como-relactar-o-inducir-una-lactancia/>
16. <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-2-como-superar-dificultades/como-relactar-o-inducir-una-lactancia/>
17. <https://laligadelaleche.eu/wp-content/uploads/Informacion-general-transgenero-transexual-y-genero-fluido.pdf>
18. Al Adib Mendi, M. Hablemos de vaginas: salud sexual femenina desde una perspectiva global. Ed Oberon. 2019
19. Trujillo, Gracia; Abril, Eva. Maternidad cuir. - Editorial Egales 2020
20. Williams. Obstetricia. - Editorial panamericana.
21. Esperoff. Endocrinología ginecológica clínica y esterilidad.

**Los artículos de este número 148 corresponden a la segunda parte (vol. II) de los TFM presentados en las X Jornadas de Terapia Sexual, Pareja y Género (núm 146).**



**Marta Cejudo Sevilla**  
Graduada en Antropología Social y Cultural  
Máster en Sexología y Género  
Fundación Sexpol



## Búsquedas frecuentes en la web sobre feminismo y sexualidad ¿Qué información nos da?

Siempre cuento la misma anécdota, y aunque este es un texto académico, les pido me permitan salirme un poco del guión en este pequeño párrafo. Recuerdo cuando empecé a moverme por círculos feministas en mi facultad, que utilizaban el término “feminismo de Facebook” para referirse a un feminismo que se queda en la superficialidad de las teorías feministas, y que no está fundamentado en libros que tienes que leer al menos dos veces para entender bien.

Desde entonces ando pensando que hay toda una generación que hemos creado nuestras convicciones – y están creando sus convicciones- en base al “feminismo de Facebook”, o dicho de otra forma, en base a sus búsquedas de información en Internet. Y sabiendo que esto es una realidad, sólo debemos preguntarnos cómo podemos utilizar eso para asegurarnos que la información recibida por Internet sea responsable y veraz.

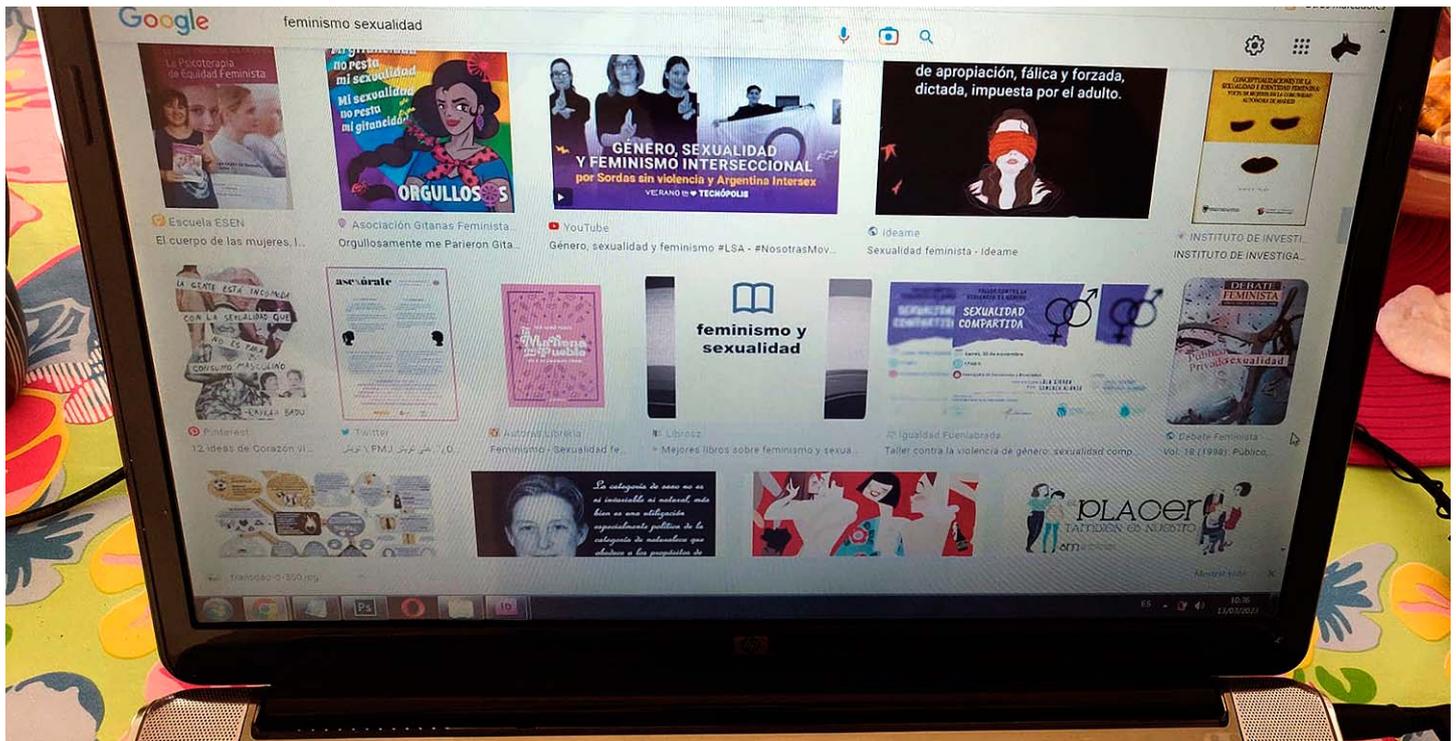
Internet es un arma de doble filo, y su mayor complejidad reside en que las personas receptoras y las creadoras de contenido son las mismas. Por una parte, podríamos ver esto como una ventaja, Internet garantiza que se puedan crear espacios en los que se genere un aprendizaje colaborativo y se pueda hablar de

igual a igual, además de poder poner en comunicación a personas que se encuentran a distancia, haciéndonos así conocedoras de nuevas realidades y visibilizando prácticas alternativas a la hegemonía dominante (Gas, 2019).

La creación de espacios on-line se ha convertido en algo tan importante que hemos creado un nombre propio para las reivindicaciones que se hacen a través de éste, el ciber activismo, con el cual se puede dar voz a muchas personas que en el activismo off-line podrían quedar invisibilizadas, y cuyo fin continúa siendo la movilización en el espacio off-line (Rosario, 2019).

También se encuentran muchas desventajas en el uso de Internet para la divulgación de movimientos sociales como el feminismo, o la promoción de una sexualidad consciente y sana, y estas desventajas se reducen sobre todo al peligro de la simplicidad y de la creación de contenidos de rápido consumo que eliminan los matices importantes.

El mayor problema de querer generar cultura on-line es que o sigues las normas del espacio virtual, o tu conocimiento no llega a un número significativo de personas. Es decir, acabamos adaptando la información



que queremos transmitir a unos modelos capitalistas, que buscan una información simplificada y rápida y un eslogan bonito y vacío de contenido (Medina-Vicent & Reverte, 2020).

Así se hace muy difícil encontrar la forma de generar un contenido sobre sexualidad y feminista que sea realmente responsable y que aporte una información realmente valiosa.

Quizá la mejor estrategia que podemos seguir es ser conocedores y conocedoras de esas herramientas y ser capaces de utilizarlas para una difusión profesional, interseccional y responsable sobre feminismo y sexualidad.

En este trabajo se ha pretendido realizar una aproximación a las principales búsquedas que se realizan en Internet sobre feminismo y sexualidad, viendo así si realmente las técnicas del marketing digital pueden aportarnos información valiosa para hacer un buen uso del espacio virtual del que cada día formamos más parte.

## 1. A propósito de la cultura ON-LINE

En 1984 William Gibson, ya escribía sobre el concepto de ciberespacio en su novela *Neuromancer*, y aunque fuera una ficción y dibujase un mundo

cyberpunk en el que la línea entre máquina y ser humano se difuminan, no estuvo muy alejado de la realidad con la que nos encontramos en el 2022. Realmente existe un espacio virtual en el que las personas se relacionan, generan sociedad, cultura, emociones, simbología común, etc. (Orellana, 2010)

Desde 1994 Escobar ya hablaba de la cibercultura y de la necesidad de generar un proceso investigativo que se adaptase a las nuevas tecnologías, y que pudiera reflejar una nueva cultura que comenzaba a tomar forma por aquel entonces, y que hoy en día ya está aquí, ya es presente (De Colsa & Espinoza, 2020).

Por primera vez en la historia atendemos a estímulos culturales comunes en cada rincón del mundo, esto cambia por completo nuestra forma de configurar la realidad y nuestra cosmovisión.

Si vamos a situarnos en la posición de informadoras -como sexólogas lo seremos- debemos contar con que toda duda que nos planteen, probablemente ya la hayan buscado antes en Internet, el INE calculaba que el 93,9% de la población española comprendida entre los 14 y los 75 años había usado Internet en los últimos tres meses de 2021 (INE, 2021). Por lo que debemos saber cuáles son las tendencias generales de búsqueda.

## 2. ¿Cómo hemos hecho la investigación?

Para realizar una aproximación a la cultura on-line, se ha seguido una metodología de investigación centrada en palabras clave en Internet, utilizando metodología del marketing digital, como el *keywordresearch*, se ha juntado esta forma de obtener datos relevantes sobre las tendencias en Internet con conocimientos de antropología lingüística.

Cada palabra clave la hemos pasado por 3 herramientas de análisis:

- Google Trends: una herramienta que visualiza el cambio de tendencia a lo largo del tiempo, es decir, con esta herramienta veremos en qué momento la Keyword es más buscada y cuándo lo es menos. (Hardwick, 2019)
- Answerthepublic: esta web te da los resultados de las búsquedas más frecuentes de tu palabra clave acompañada de ciertas preposiciones y de algunos pronombres interrogativos. También te muestra las palabras más comunes que se añaden después de tu palabra clave, y por último, puedes ver qué términos se buscan en relación, utilizando algunas conjunciones. (Hardwick, 2019)
- KeywordSurfer: es una extensión del buscador de Google que indica los volúmenes mensuales de búsqueda de los términos que pongas en el buscador. (Hardwick, 2019)

## 3. ¿Qué nos dicen las búsquedas más frecuentes?

### a. Las búsquedas más frecuentes sobre feminismo

Cuando se dividen las búsquedas más frecuentes en función de la inicial que le sigue, de 50 búsquedas más frecuente, 16 se refieren a la búsqueda de diferentes tipos de feminismo, queer, woke, liberal, etc. 5 se refieren a búsquedas de libros o artículos. 10 a la historia, origen o significado. Y 8 al feminismo de una región o cultura concreta.

Mayoritariamente se le añade un apellido al feminismo para realizar una búsqueda más concreta del tipo de feminismo del que se pretende obtener información, es decir, se parte de un conocimiento base sobre feminismo y se busca concreción. Aún así

lo segundo más buscado sigue haciendo referencia al significado u origen.

Juntando los datos de las tres herramientas, concluimos que las principales búsquedas que incluyen la palabra clave feminismo están formuladas desde la ignorancia del término, de su significado o su movimiento. Pues no sólo las búsquedas más populares se refieren a preguntar por su significado, sino que cuando se busca acompañada de conjunciones, preposiciones y pronombres interrogativos se relaciona con términos que son totalmente contrarios al feminismo, lo que determina una búsqueda de esclarecimiento acerca de esta ideología y movimiento social.

### b. Las búsquedas más frecuentes sobre sexualidad

En las búsquedas relacionada con la sexualidad se asocia directamente a test psicológicos, a enfermedades y a infecciones, es decir, no se asocia a palabras que susciten placer, bienestar, diversión, etc.

Sucede lo mismo con las consultas relacionadas, aunque la consulta que más puntos tiene es “la sexualidad”, lo que sugiere que se busca una definición de esta, a esta consulta le sigue “test de sexualidad” y “enfermedades de transmisión”. De nuevo, la sexualidad no se está asociando a algo positivo, ni fluido. Lo que muestran estos datos es que se busca una forma rápida y científica –como es un test- de saber sobre la propia sexualidad.

Es importante señalar que de las búsquedas más frecuentes relacionadas con la sexualidad, la que más volumen tiene con diferencia es “sexualidad femenina”, esto nos indica que existe una falta de información respecto a esto en la cultura off-line, y una necesidad por parte de las/os usuarias/os por conocer esa información.

No son búsquedas frecuentes términos como “sexualidad heterosexual”, “sexualidad y capacidad”, “sexualidad en adultos” o “sexualidad para personas entre 25 y 40 años”. Aquello que no tiene una búsqueda frecuente en la web es porque se tienen conocimientos de ello en el mundo off-line, o dicho de otra forma, referencias culturales al respecto.

### c. Las búsquedas más frecuentes sobre feminismo y sexualidad en conjunto

La primera búsqueda que nos encontramos

es “qué es la sexualidad feminismo”, el formato en el que está escrito nos lleva a intuir que esta búsqueda se refiere a una definición de la sexualidad desde el feminismo, es decir, indica un esfuerzo por alejarse de una teoría patriarcal.

Otra búsqueda frecuente que nos llama la atención que se relacione con el conjunto de estos dos términos es “sexualidad gitana”, esto puede deberse a que, en las webs, cuentas, blogs, etc. En los que se habla de sexualidad gitana también se habla de feminismo. Lo que nos indica que se trata la sexualidad gitana desde una perspectiva principalmente.

También cabe destacar que una de las búsquedas frecuentes es “feminismo prosexo”, que hace referencia a una corriente feminista que sitúa el sexo como herramienta de empoderamiento y no de opresión. Podemos llegar a plantearnos si no hay un volumen significativo de búsquedas que aúnen estos dos términos porque se considere que no tienen nada que ver, o porque se da por hecho que van unidos.

Si algo hemos visto al analizar las búsquedas que se realizan con sexualidad es que hay un número considerable de personas (que buscan en Internet) que no simbolizan el concepto de sexualidad como lo simbolizamos desde la sexología. Siguiendo esta línea, cabría plantearse si el uso de los términos sexualidad y feminismo en conjunto es tan poco frecuente por entender que el sexo ha sido utilizado como herramienta de opresión para las mujeres, y no como liberación. Lo que respondería a la duda planteada en el párrafo anterior.

## 4. Conclusiones

Existe una tendencia general a que las búsquedas relacionadas con el feminismo residan en su significado y trayectoria, además de la existencia de una confusión entre términos y significados. Partiendo de la base de que las búsquedas en la web se utilizan por norma general para adquirir conocimiento nuevo, no han sido las búsquedas más frecuentes un conocimiento en profundidad sobre feminismo, sino que estaban enfocadas a la adquisición de las nociones básicas, y se relacionaba con conceptos que distan mucho de cualquier tipo de feminismo.

Por otra parte, la palabra clave sexualidad nos ha llevado a conclusiones similares, no se tiene clara la definición de sexualidad, se utiliza en muchas ocasiones para referirse sólo a la orientación del deseo, y existe una curiosidad muy marcada por la sexualidad de personajes de ficción. También hemos podido ver que existe un interés por encontrar una sexualidad que se aleje de restricciones y binarismos, o el interés por mecanismos para explorar la sexualidad por una/o misma/o.

Debemos entender que las búsquedas on-line de sólo conceptos se realizan porque no se tienen referencias en la cultura off-line, por lo que la divulgación del feminismo y de la sexología debe hacer hincapié en estas dudas principales que se buscan con más frecuencia. Y debemos considerar un triunfo para la sexología el hecho de que parte de las búsquedas más frecuentes de este término estén asociadas a una sexualidad consciente y trabajada, significa que se ha conseguido generar ese interés, por lo que la divulgación de la sexología ha realizado un buen trabajo en este aspecto.

Sólo queda preguntarnos, ¿Estamos dando las respuestas necesarias en el espacio on-line a las preguntas que se realizan en el mismo?

Puede que la estrategia sea sencilla, sabiendo cuáles son las búsquedas más frecuentes y el uso de estas palabras clave, podemos utilizar estas estrategias de marketing digital para que el conocimiento responsable aparezca en los resultados sugeridos por los algoritmos, procurando así que las respuestas que se obtengan en las búsquedas on-line obtengan una respuesta fundamentada y profesional.

Además, este conocimiento también nos sirve para saber con qué se encuentra la población cuando busca estos términos, y qué le sugieren los algoritmos de Google, pues no podemos olvidar que el 70% del contenido que consumen los/as usuarios/as es contenido sugerido por algoritmos (Andiñach, 2021).

Los algoritmos de Google funcionan de tal forma que como primeros resultados no sólo te muestran los sitios web más visitados, sino que también tiene en cuenta la información más reciente, es decir, los espacios que actualizan su contenido con más frecuencia, lo que genera una necesidad de contenido frecuente con las

palabras adecuadas si quieres que tu espacio web sea visto por más gente.

Con esta información está claro que las cuentas, webs, blogs o espacios que se dedican a la divulgación tanto de feminismo como de una sexualidad responsable pueden empezar con una información básica de qué es la sexualidad o qué es el feminismo, o cómo se consideran desde ese espacio virtual concreto, pero a lo largo de su trayectoria va a ir profundizando en los temas, no se puede quedar simplemente en la superficie. Una solución sería la existencia de nuevas generadoras y generadores de contenido, para que constantemente se encuentre información, que no sólo sea profundizada, sino también la básica.

Para una futura investigación que sea más completa, se debería plantear qué se está promoviendo desde cuentas, webs o blogs especializados en la divulgación del feminismo y/o de la sexualidad, y comprobar si ese contenido concuerda con las inquietudes que muestran las búsquedas frecuentes.

Además, también sería relevante saber para qué consideran que usan los y las usuarias las búsquedas en Internet, a través de cuestionarios se podría realizar una investigación en la que podríamos ver cuál es la verdadera intencionalidad de las búsquedas, y si los resultados obtenidos tienen un impacto directo en las prácticas off-line.

## Bibliografía

- Andiónach, P. (2021). Todo el mundo puede ser antifa. Plaza Janés.
- Arrilucea, A. (29 de abril de 2022). Qué es el movimiento 'woke' y su herencia judeocristiana. Público. Obtenido de <https://www.publico.es/sociedad/movimiento-woke-herencia-judeocristiana.html>
- Canal Salud. (2021). Descubriendo nuevos términos sexuales: grisexual, demisexual y asexual. Obtenido de Canal Salud: [canalsalud.imq.es/blog/nuevos-terminos-sexuales#:~:text=En%20palabras%20sencillas%2C%20una%20persona,determinada%20característica%2C%20circunstancia%20o%20situación.](https://canalsalud.imq.es/blog/nuevos-terminos-sexuales#:~:text=En%20palabras%20sencillas%2C%20una%20persona,determinada%20característica%2C%20circunstancia%20o%20situación.)
- De Colsa, M., & Espinoza, V. (25 de marzo de 2020). Antropología Digital: de la cibercultura a la transformación digital. Obtenido de Antropología 2.0: [blog.antropologia2-0.com/es/antropologia-digital-cibercultura-transformacion-digital/](https://blog.antropologia2-0.com/es/antropologia-digital-cibercultura-transformacion-digital/)
- Duranti, A. (2000). Antropología Lingüística.
- Federicci, S. (2010). Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria.
- Gas, S. (2019) ¿En qué contribuye el feminismo producido en las RRSS a la agenda feminista? Dossiers feministes, 147-167.
- Grijelmo, Á. (27 de enero de 2019). La trampa de la palabra "hembrismo". El País. Obtenido de [elpais.com/elpais/2019/01/25/ideas/1548420907\\_376084.html](https://elpais.com/elpais/2019/01/25/ideas/1548420907_376084.html)
- Hardwick, J. (11 de julio de 2019). 10 Herramientas Gratuitas para hacer Keyword Research. Obtenido de Ahrefs.com: <https://ahrefs.com/blog/es/herramientas-gratis-keyword-research/#google-trends>
- INE. (2021). Población que usa Internet (en los últimos tres meses). INE. Obtenido de [ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259925528782&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLAYOUT](https://ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925528782&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLAYOUT)
- Las comadres púrpuras. (2019). El origen del término "feminazi". Obtenido de Las comadres púrpuras: <https://lascomadrespurpuras.com/el-origen-del-termino-feminazi/>
- Medina-Vicent, M., & Reverte, S. (2020). El feminismo en 35 hashtags. Catarata.
- Orellana, D. M. (2010). Cyberpunk: una deconstrucción de los mitos contemporáneos.
- Rios, D. A. (2022). Las múltiples posibilidades del error: Feminismo Glitch. Terremoto. Obtenido de [terremoto.mx/revista/las-multiples-posibilidades-del-error-feminismo-glitch/](https://terremoto.mx/revista/las-multiples-posibilidades-del-error-feminismo-glitch/)
- Rodiz, P. (2022). Fictosexualidad en Japón: cada vez más personas se están casando con sus personajes de anime favoritos. Los replicantes. Obtenido de [losreplicantes.com/articulos/fictosexualidad-japon-personas-casan-personajes-anime/](https://losreplicantes.com/articulos/fictosexualidad-japon-personas-casan-personajes-anime/)
- Rosario, M. d. (2019). Ciberactivismo menstrual: feminismo en las Redes Sociales. Paakat. Resvita de tecnología y sociedad.
- Sanz, R. (2021). Introducción. En F. Sexpol, Manual Máster en sexología y género. Tomo I (págs. 12-36). Madrid.



Encuentros SEXPOL  
**El conocimiento sexual nos hace libres**

CADA JUEVES NOS VEMOS EN LOS ENCUENTROS QUE ORGANIZAMOS DE ACCESO LIBRE Y GRATUITO, SIN INSCRIPCIONES\*, SIN COMPROMISOS SALVO EL DE CONTIGO MISMX...

SOLO ENTRAR, APRENDER Y COMPARTIR

**TODOS LOS JUEVES A LAS  
18:00**

ACCESO GRATUITO ONLINE A TRAVÉS DEL CALENDARIO DE NUESTRA WEB [WWW.SEXPOL.NET](http://WWW.SEXPOL.NET)

PUEDES CONSULTAR EL PROGRAMA DE LOS DEBATES EN INSTAGRAM: [HTTPS://WWW.INSTAGRAM.COM/FUNDACIONSEXPOL/](https://www.instagram.com/fundacionsexpol/)

# El curriculum oculto

**Marta Espía Muros**  
Bióloga Molecular e Inmunóloga  
Máster en Sexología y Género  
Fundación Sexpol



## Propuesta de intervención con el cuerpo docente desde una perspectiva feminista



La escuela es un elemento clave en el proceso de socialización de las personas, básico para adquirir los elementos socioculturales que le permitirán moverse en su grupo social. Esto quiere decir que funciona como transmisora de los valores hegemónicos que, en nuestra sociedad, crean un sistema de opresión y dominación que podemos describir como interseccional, donde cada dimensión se cruza con otra para conseguir nuevas experiencias opresivas. Este trabajo persigue la idea de

conseguir que las escuelas sean lugares donde transmitir pensamiento crítico y donde se adquieran los valores necesarios para convertir la educación en una práctica de libertad, en lugar de convertirlos en experiencias de transmisión del sistema de opresión.

Partimos de la idea que vivimos en una sociedad que es profundamente patriarcal, racista, colonialista, capacitista, edadista, binarista, que impone una socialización diferencial por género, que ensalza el

amor romántico monógamo y heterosexual y se hace necesario que estos valores predominantes opresivos sean eliminados de una vez por todas y para siempre. Ya que la educación se considera un derecho fundamental garantizado y, a la vez, controlado por el Estado, somos responsables de que los valores que se transmitan sean lo más igualitarios posible. En respuesta a los grandes cambios que han acontecido en la sociedad en las últimas décadas, con un auge del feminismo o del antirracismo, se han producido una serie de mejoras a nivel legal, que se han hecho notar en el campo de la educación. La normativa actual regula la educación para que incluya un “enfoque de igualdad de género a través de la coeducación y fomenta en todas las etapas el aprendizaje la igualdad efectiva de mujeres y hombres, la prevención de la violencia de género y el respeto a la diversidad afectivo-sexual, introduciendo en educación secundaria la orientación educativa y profesional del alumnado con perspectiva inclusiva y no sexista”, así como la “no discriminación de las personas por razón de nacimiento, origen racial o étnico, religión, convicción, edad, de discapacidad, orientación o identidad sexual, enfermedad, o cualquier otra condición o circunstancia” (LOMLOE, 2020).

Pese a la legislación vigente, esta investigación recopila pruebas para demostrar que esto no se ha hecho realmente efectivo y destaca la importancia del cuerpo docente en la aplicación del currículum oculto, una serie de normas y valores que se transmiten, muchas veces de manera inconsciente y que garantizan el mantenimiento del orden social. Para demostrarlo, se analizan ocho aspectos fundamentales en la creación de la identidad, la socialización del género y el desarrollo de la sexualidad en la infancia y la adolescencia y el papel que juega el cuerpo docente. También se detalla la importancia de las distintas materias y del material didáctico para la transmisión de este currículum oculto, pero la intención principal del trabajo es centrarse en el papel de docentes y proponer unos objetivos para establecer una formación obligatoria para cualquiera que quiera ejercer esta profesión. La intención de esta investigación no es desarrollar la propuesta formativa en sí, sino hacer una investigación de los principales temas a abordar y los objetivos que habría que conseguir en relación con estos.

Las categorías que se incluyen son: androcentrismo y sexismo, binarismo y mandatos de género, identidades trans\* e intersexualidades, amor romántico y modelos de familia, normatividad de los cuerpos, orientación del deseo, etapas del desarrollo de la infancia y la adolescencia y, para terminar, diversidad racial. Aunque el abordaje es principalmente sobre desarrollo de la sexualidad y del género, se incluye el apartado de diversidad racial por el gran peso que tiene en el proceso de socialización y creación de la identidad en las escuelas e institutos del estado español y debido a la confluencia de las opresiones que se generan.

A través del repaso de estas categorías, se evidencia como se socializa el género en la escuela, colocando en condición de desigualdad a las niñas y transmitiendo los roles principales de feminidad y masculinidad, orientando preferencias y definiendo qué es lo deseable en unos y otros. Las niñas se encuentran invisibilizadas y silenciadas desde el principio de sus vidas (Carreras, Subirats y Tomé, 2012; García, C.T., 2014), se las condiciona a un comportamiento más tranquilo (García, J. 2019), se presupone su esencia calmada y se tolera la agresividad de los niños y chicos a los que se presupone más activos o juguetones (Parga, 2008). También se pone de manifiesto que la visión binaria de la sociedad provoca la discriminación de las identidades trans\*, el desconocimiento y estigma de las intersexualidades y es responsabilidad de los centros educativos prevenir la discriminación. Para ello es fundamental un cuerpo docente formado, tanto en romper con los estereotipos de género, como con la visión androcéntrica y sexista. Otro de los valores que se analiza es el mito del amor romántico monógamo y heterosexual como destino. Es conocido como las creencias asociadas al amor romántico se pueden relacionar directamente con la violencia machista en las parejas (Ferrer, 2013, Martín-Salvador, 2021) perpetuando el ideal de la mujer entregada a la relación, esposa y madre, encargada de los afectos y el cuidado y el del varón distante de sus emociones, normalizando así el poder masculino y la dependencia entre hombres y mujeres (Herrera, 2011). Según la Unesco, la apariencia física, la raza o religión y la expresión de género no normativa (principalmente una masculinidad no normativa) y/o ser o parecer gay, lesbiana o bisexual son los principales motivos de burlas

y exclusión entre el alumnado. Es por esto que se analiza, por un lado, la problemática relacionada con la violencia estética que sufre el alumnado. La falta de satisfacción con la propia imagen empieza a ser diferente en niñas y niños entre los 6 y 8 años, donde las niñas empiezan a mostrar menos satisfacción que los niños con su cuerpo y un mayor deseo de estar delgadas (Ruble, 2006). Por otro lado, se hace un análisis de las discriminaciones homófobas que sufre el alumnado en el aula, viendo que hasta un 20% de docentes tienen constancia de agresiones por motivo de orientación o identidad sexual en secundaria (Pichardo y De Stéfano, 2015). Además, se destaca la importancia del papel del racismo en los centros escolares, constatando que están documentadas las faltas de expectativas por parte del profesorado hacia el alumnado de origen migrante o de minorías étnicas (Schofield, 2006) y todavía se encuentra un cuerpo docente impregnado por el imaginario reduccionista y estereotipado atribuido desde la sociedad a las minorías étnicas y procedentes de la inmigración, principalmente a las familias de origen africano y/o musulmanas (González, 2005; Oller, Vila y Zufiurre, B., 2012).

Con todos estos datos se puede constatar que todavía existe mucho trabajo por hacer y se hace urgente una formación hacia el cuerpo docente. La propuesta es que esta sea de carácter vivencial y profunda, pues el cambio necesario debe ser radical. Para ello, se proponen unos objetivos de trabajo que son necesarios para conseguir este cambio en el cuerpo docente. Se recogen aquí los objetivos principales propuestos para generar estas formaciones:

- Cuestionar el orden social del poder androcéntrico en el centro educativo para una práctica más ecuaníme.
- Cuestionar la visión binaria del género y los mandatos sociales de cada uno de ellos para poder ofrecer experiencias de aprendizaje menos encorsetadas.
- Entender las categorías sexo y género de manera menos rígida para dar cabida a la fluidez de estas en el aula y romper con prejuicios, mitos o discriminación.
- Desmitificar las propias creencias sobre el amor romántico patriarcal para poder ofrecer una visión crítica en el aula.
- Entender el papel de los agentes sociales sobre la

presión estética y la importancia de la autoimagen para el bienestar de una persona para crear entornos seguros para el alumnado.

- Desmitificar la cisheteronormatividad y encontrar herramientas de promover una aceptación de la diversidad y tener una actuación ante las agresiones homófobas.
- Entender las etapas del desarrollo de infancia y adolescencia y desterrar principales mitos y falsas creencias para ofrecer al alumnado experiencias acorde con las necesidades de cada etapa.
- Trabajar los propios estereotipos racistas para crear un clima antirracista en el aula y el centro.

Como se ha visto a lo largo de este trabajo, queda demostrado que la práctica educativa funciona como transmisor de los valores hegemónicos de la sociedad y, muchas veces, como instrumento de mantenimiento del sistema de privilegios y opresiones. Pero es cierto que es uno de los agentes de socialización que podemos controlar desde las políticas públicas y sabemos que todos los niños, niñas y jóvenes pasarán años en el sistema educativo. Entonces no podemos sino hacer todos los esfuerzos posibles para que este lugar se convierta en un espacio seguro, donde aportar lo máximo posible a todo el alumnado, sobre todo a aquel que tenga más dificultades por su condición de racialización, disidencia de género o estrato socioeconómico. Esto solo es posible si conseguimos una transformación verdaderamente efectiva.

Hemos visto que existen unas políticas públicas para conseguir que los centros educativos sean más inclusivos y respetuosos, pero también queda en evidencia que estas políticas son totalmente insuficientes. Por un lado, no son lo bastante ambiciosas, no hacen un verdadero análisis de las causas de todas estas discriminaciones, quizás porque es muy difícil que desde el Estado se cuestionen los valores hegemónicos de toda la sociedad. Por ejemplo, no veremos que se hable de acabar con el binarismo o la socialización de género, el colonialismo o la violencia estética. Está claro que el discurso que proviene de los movimientos sociales siempre será más radical que el que aparezca en una normativa estatal, pero hay que encontrar la manera de llegar a ese nivel. Es importante el activismo en la calle,

pues da la palabra a estas voces y genera discurso. A la vez, es necesario conseguir que los estudios de género, de raza, la sexología... lleguen a las esferas académicas, pues es ahí donde se consigue alcanzar el reconocimiento necesario para ser incluidos a nivel oficial.

Por otro lado, estas políticas son insuficientes porque no tienen una propuesta efectiva de implementación. No es suficiente con la declaración de intenciones, tienen que existir muchos más recursos para conseguir que objetivos lleguen a ser alcanzados.

Es por esto que es tan relevante el análisis que se hace en este trabajo. Por un lado, pone sobre la mesa una lista de temas necesarios para realmente conseguir una mejora en el aula en cuanto a respeto por el desarrollo de la identidad, la sexualidad y el género de nuestro alumnado y, por otro lado, hace una propuesta de acción con un colectivo que no ha sido suficientemente interpelado. El colectivo docente tiene que ser verdaderamente formado, pues su papel no es solo de transmisor de conocimiento, sino de acompañamiento en el desarrollo de la vida durante la infancia y la adolescencia y tiene que asumir que su actuación no termina en las aulas, mientras dura su hora lectiva, explicando el contenido preparado para ese día. Su papel va más allá, con lo que dice y lo que no, sus gestos y acciones y durante todo el tiempo que está presente, en las entradas y salidas del aula, los pasillos y los momentos de recreo. Es por esto que esta formación que se propone debe de ser de carácter obligatorio, no se puede tolerar que existan docentes que den la espalda a su papel como agentes de socialización y que no acepten que todos y todas estamos implicados en la mejora de la sociedad a través de nuestro papel en la transmisión de normas y valores.

Queda plantearse cómo y cuándo se realizará esta formación obligatoria, si en el año de prácticas en los centros o si en las mismas carreras de magisterio y en los másteres de profesorado. También queda por pensar de qué manera se aplicará, si igual para todos y todas o específica para cada etapa educativa o para cada centro concreto. Por tanto, a partir de este trabajo se puede desarrollar una o varias propuestas que ayuden a su implementación.

## Bibliografía

- Carreras, A., Subirats Martòri, M. y Tomé, A. (2012). La construcción de los géneros en la etapa 0-3: primeras exploraciones. *Diálogos en la cultura de la paridad: reflexiones sobre feminismo, socialización y poder*, 35-56.
- Ferrer Pérez, Victoria, Bosch Fiol, Esperanza (2013). Del amor romántico a la violencia de género. Para una coeducación emocional en la agenda educativa. *Profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado*, 17(1),105-122. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56726350008>
- García Ramírez, C.T. (2014). Permanencia de estereotipos de género en la escuela inicial. *Educere*, vol. 18, núm. 61, septiembre-diciembre, 2014, pp. 439-44. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3563977600>
- García Villanueva, J., Becerril Iturriaga, A., & Hernández Ramírez, C.I. (2019). Alumnas tranquilas: una categoría social para analizar la participación de las estudiantes en la escuela desde un enfoque de género. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 18, 41-54.
- González, B.B. (2015). De 'su cultura es muy fuerte' a 'no se adapta a la escuela': alumnado de origen inmigrante, evaluación y efecto Pigmalión en primaria. *Revista de la Asociación de Sociología de la Educación* 8(3): 361-379.
- Herrera, C. (2011). La construcción sociocultural del amor romántico. Editorial Fundamentos.
- Martín-Salvador, A., Saddiki-Mimoun, K., Pérez-Morente, M.Á., Álvarez-Serrano, M.A., Gázquez-López, M., Martínez-García, E., & Fernández-Gómez, E. (2021). Dating Violence: Idealization of Love and Romantic Myths in Spanish Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105296>
- LOMLOE, Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.
- Oller, J., Vila, I., Zufiaurre, B. (2012): Student and teacher perceptions of school involvement and their effect on multicultural education: a Catalanian survey, *Race Ethnicity and Education*, 15 (3) 353-378.
- Parga Romero, L. (2008). La construcción de los estereotipos del género femenino en la escuela secundaria. doi:10.47380/upnmx.liblpr01402008
- Pichardo, J.I. y De Stefano Barbero, M. (eds.) (2015) *Diversidad sexual y convivencia en los centros educativos: Una oportunidad educativa*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. <https://goo.gl/BH9uXZ>
- Ruble, D. N., Martin, C. L. y Berenbaum, S. A. (2006). Gender development. En N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol 3. Social, emotional, and personality development* (6th ed., pp. 858-932). New York: Wiley
- Schofield, J. W.; Alexander, K.; Bangs, R.; Schauenburg, B. (2006): Migration background, minority group membership and academic achievement: Research evidence from social, educational, and developmental psychology, *AKI Research Review* 5. Programme on Intercultural Conflicts and Societal Integration (AKI). Berlin, Social Science Research Centre.



**Paula Martínez Sánchez**

Ingeniera Eléctrica, esp. en Energías Renovables  
Máster en Sexología y Género  
Fundación Sexpol

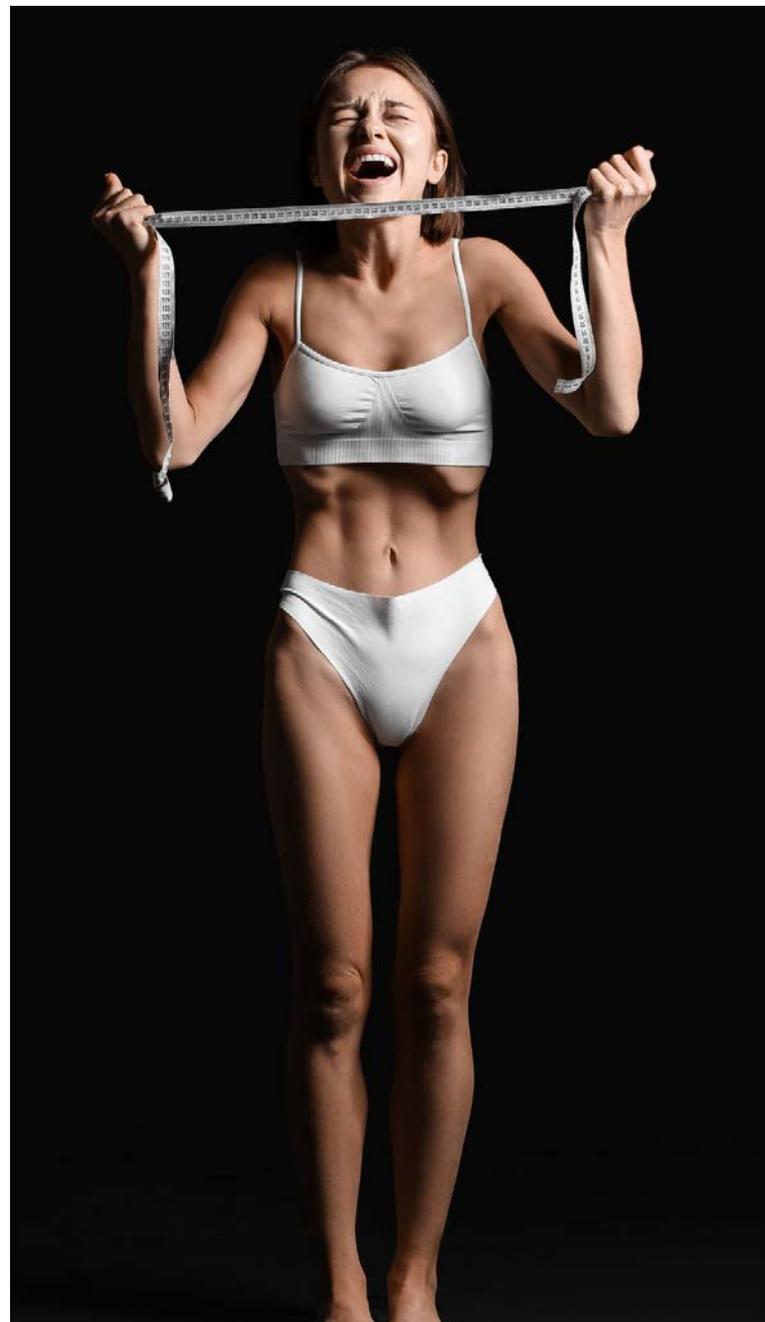
## Sexología y TCA

Los TCA son trastornos psicológicos que se manifiestan a través de la ingesta alimentaria, una obsesión por el control del peso y la imagen corporal. Las causas pueden ser de carácter biológico, psicológico, familiar y/o sociocultural. Provocan alteraciones físicas y mentales y es fundamental, teniendo en cuenta el entorno de la persona enferma, un tratamiento multidisciplinar con profesionales especializados.

Los TCA más comunes son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno por atracón (TA). Aun así, existen otros TCA no tan conocidos y reconocidos como la ortorexia, que se basa en una obsesión por la comida sana, y la vigorexia basado en la obsesión por conseguir un cuerpo musculado.

La anorexia nerviosa consiste en la restricción estricta de la ingesta de alimentos, además, existe un miedo intenso a engordar, ganar peso o masa corporal. Se dan alteraciones de la imagen corporal, que pueden incluir una autopercepción errónea de sobrepeso, un reconocimiento erróneo de la forma corporal en la autoevaluación.

A nivel cerebral también se dan alteraciones por la deshidratación, déficit de vitaminas y la reducción de la síntesis de proteínas, aunque no inducen la muerte celular. Los TCA son más comunes en las mujeres, siendo 9 de cada 10 casos. En España se dan casos de 4,1 a 6,4% en mujeres entre 12 y 21 años y el 0,3% en hombres (SEMG, 2022).



La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de atracones junto con un comportamiento compensatorio y una obsesión por el peso y la imagen en la autoevaluación. Los atracones se diferencian a la alimentación normal en que implica consumir una cantidad muy grande de alimentos en un tiempo limitado y experimentar una pérdida de control sobre la alimentación durante el episodio. Las conductas compensatorias inapropiadas incluyen el vómito autoinducido, el abuso de laxantes, el abuso de diuréticos, el ayuno y el ejercicio excesivo.

El trastorno por atracón se representa por episodios recurrentes de atracones en ausencia de un comportamiento compensatorio, vómito autoinducido o ejercicio excesivo entre otros. Los episodios de atracones en el TA se definen igual que los de BN y también se caracterizan por comer más rápido de lo normal, comer grandes cantidades de comida cuando no se tiene hambre, comer en soledad por vergüenza de la cantidad ingerida y sentirse disgustado, deprimido o muy culpable después de comer en exceso.

Las conclusiones de un estudio realizado en niños y adolescentes con obesidad de entre 9 y 16 años exponen que el 6% fue diagnosticado de TA y el 14% manifestaban formas subclínicas del mismo diagnóstico (Asociación TCA Aragón, 2020).

La ortorexia es una obsesión por la comida sana, hasta un nivel que cabe considerar patológico. Guarda mayor relación con el control psicológico que con determinados alimentos. La preocupación patológica por la comida sana lleva a consumir exclusivamente alimentos procedentes de la agricultura ecológica, libres de componentes transgénicos, sustancias artificiales, pesticidas, etc. La persona que sufre ortorexia no está preocupada por el sobrepeso, ni tiene ninguna percepción errónea de su aspecto físico, si no que su preocupación se centra en mantener una dieta equilibrada y sana. La OMS estima que la ortorexia afecta a 28% de la población de los países occidentales, mayoritariamente mujeres y adolescentes (OMS, 2022).

Para finalizar, la vigorexia se basa en el deseo obsesivo de ganar masa muscular, no grasa, y una alteración de la imagen corporal, por la cual se ven pequeños y débiles cuando realmente son grandes

y musculosos. Tienen pensamientos obsesivos sobre su cuerpo y realizan prácticas de ejercicio físico compulsivas para agrandarlo. Su vida psicológica y social se ve afectada por querer estar demasiadas horas en el gimnasio y por miedo a que los demás vean lo “poco” musculados que están. Además, siguen una dieta muy estricta y la suplementan con sustancias proteicas, quema grasas u hormonas anabolizantes. No es tanto un trastorno del comportamiento alimentario como la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, si no que más bien es un trastorno somatomorfo (Muñoz, 2007).

Existe un notable grado de coincidencia entre los trastornos de la alimentación y los problemas sexuales, tanto en lo que se refiere a las disfunciones sexuales como a las conductas sexuales de riesgo. Las alteraciones de la imagen corporal, y en particular la insatisfacción corporal y el trastorno de la corporalidad, son dimensiones psicopatológicas compartidas entre los síntomas de los TCA y las disfunciones sexuales.

Como los trastornos de la imagen corporal y la falta de conexión con el cuerpo pueden ser responsables tanto de las disfunciones sexuales como de las conductas alimentarias patológicas, una relación más sana con el propio cuerpo puede ser el último obstáculo en el tratamiento de los pacientes con trastornos alimentarios (Castellini et al., 2020).

Por consiguiente, recuperar una buena sexualidad debería considerarse una buena señal de un proceso de recuperación exitoso. De hecho, podría significar que el/la paciente ha recuperado un patrón hormonal fisiológico, que a su vez no sólo está asociado al IMC sino también a una dieta equilibrada.

Además, tener un buen funcionamiento sexual significa poder mirar el propio cuerpo, tocarlo, sentirlo y mostrarlo a otra persona sin vergüenza. Una relación sexual satisfactoria implica no asustarse por las emociones fuertes y el placer, y una confianza interpersonal recuperada. Poner el foco en la sexualidad de la persona es imprescindible para poder realizar un tratamiento exitoso en relación con el TCA.

Las disfunciones sexuales y los trastornos alimentarios tienen dos aspectos en común: la desconexión corporal y la alteración de la imagen corporal. Las alteraciones de la imagen corporal y la



alienación corporal se consideran criterios diagnósticos en los desórdenes alimentarios y los trastornos sexuales.

Los trastornos de la imagen corporal pueden ser de origen psicopatológico, sociocultural y/o familiar. Los modelos socioculturales difíciles de conseguir (mujer delgada, hombre musculado) repercuten en las cogniciones de las personas con sus cuerpos, crean distorsiones cognitivas y a su vez deseos de cambio. La influencia de la familia y la presión de los grupos cercanos es otro factor importante a tener en cuenta. Se ha observado que las mujeres cuyas amigas o madres hacen dieta son más propensas a sufrir TCA o disfunciones sexuales. La preocupación por la apariencia desencadena el deseo de perder peso y, por tanto, conductas de control de peso (Castellini et al., 2016).

La imagen corporal se divide en tres componentes. En primer lugar, la percepción de todo el cuerpo y de cada una de sus partes. Es la imagen interna que se tiene del cuerpo. Por otra parte, la imagen subjetiva se refiere a las actitudes, sentimientos, cogniciones y evaluaciones que tenemos sobre nuestro cuerpo. Las actitudes y los pensamientos son, por ejemplo, los miedos, las preocupaciones, etc. sobre la

imagen corporal. Las cogniciones, por su parte, pueden ser pensamientos positivos de satisfacción o negativos de insatisfacción sobre el cuerpo. Y, por último, los juicios serían la consecución o no, de objetivos basados en la imagen corporal. Para finalizar, el comportamiento que resulta de la percepción y los sentimientos asociados, es decir, lo que uno hace con lo que siente y piensa sobre el cuerpo (Liberal et al., 2003).

En la mayoría de los TCA, la percepción del cuerpo es errónea. En la Anorexia Nerviosa (AN), las personas que la padecen sufren un trastorno de la imagen corporal, creen que están más gordas de lo que realmente están. Esta circunstancia les lleva a tener sentimientos y evaluaciones negativas hacia su propio cuerpo y, como resultado, adoptan comportamientos compensatorios.

Varios aspectos de la psicología de los trastornos de la conducta alimentaria se ligan con el desgaste de todas las áreas del funcionamiento sexual, en particular la insatisfacción corporal se asocia con un menor deseo y la satisfacción sexual con una mayor angustia y dolor sexual y una menor excitación sexual (Dunkley et al., 2020). Las dietas estrictas están relacionadas con un

menor deseo sexual en pacientes con AN, lo cual no está asociado directamente con el bajo peso, sino con la desconexión corporal.

Estas personas se consideran objetos para ser mirados, consumidos, deseados, etc. por otros. El resultado de este proceso concluye en una autovigilancia de la apariencia externa. Esto interfiere con la satisfacción sexual al inducir vergüenza corporal y ansiedad. Teniendo en cuenta la obsesión de los pacientes con TCA con su imagen corporal, puede impactar negativamente en la sexualidad y en la experiencia sexual en todos los sentidos, incluida la capacidad de sentir, reconocer y conectar con el propio deseo (Cherkasskaya & Rosario, 2019).

Desde la perspectiva neurobiológica existen pruebas reveladoras. Al explorar el área de la intimidad en pacientes con AN mediante imágenes de resonancia magnética funcional, los pacientes reaccionan con menor intensidad y dominio ante los estímulos sexuales, en comparación con los controles, y con una menor modulación de las respuestas cerebrales en las áreas frontoparietales. Da la casualidad que estas regiones están implicadas en el procesamiento de los estímulos eróticos y en el control de las respuestas eróticas (Kaye et al., 2009).

Los traumas y, en particular, los abusos sexuales están profundamente relacionados con la psicopatología de los trastornos de la conducta alimentaria y con las disfunciones sexuales. Las experiencias traumáticas y las disfunciones sexuales en los trastornos alimentarios están relacionados con las experiencias adversas en edades tempranas, como los sentimientos de ineficacia y la desregulación de las emociones (Cherkasskaya & Rosario, 2019).

Existen conocimientos básicos de la sexología útiles y necesarios para la normalización de la sexualidad. De esta manera, se impulsa desde la sexología a tener una mejor relación con los cuerpos y con las propias sexualidades. Gracias a esto, los tratamientos de las personas con TCA son más exitosos.

La autora del libro *Come as you are*, Emily Nagoski, defiende la idea de que *“las personas estamos hechas de las mismas partes, organizadas de diferente manera”*. No existen dos personas iguales, por lo que no

existen dos vulvas iguales, o dos orgasmos iguales. Los genitales de las personas están hechos de las mismas partes, tejidos y organizados de diferentes maneras. Por lo tanto, fuera de tener dos tipos de genitales se normaliza la diversidad, teniendo en cuenta las intersexualidades.

Es imprescindible tener en cuenta unos básicos sobre la excitación para poder separar conceptos y así las personas no se culpabilicen por respuestas sexuales contradictorias. Cuando el flujo sanguíneo se dirige a los genitales es una respuesta a estímulos de carácter sexual.

Cuando el estado de los genitales de una persona no encaja con la excitación de la misma, ya sea porque no está excitada y está lubricando o el caso contrario, está ocurriendo la no concordancia. Este suceso es natural y existe una necesidad de normalizarlo. Las personas que se encuentran excitadas durante una relación sexual pero no lubrican, se culpan. Las personas que no están excitadas, pero sienten los genitales excitados, se culpan. Las personas que son violadas y han tenido una reacción sexual en sus genitales, se culpan.

La respuesta genital y la excitación subjetiva no siempre van de la mano y es algo totalmente normal. La no concordancia se basa en la relación entre el sistema periférico (los genitales) y el sistema central (el cerebro). Son dos sistemas separados pero interconectados. La relación que tienen estos dos sistemas varía en cada persona y en cada contexto (Nagoski, 2021).

El deseo puede ser espontáneo o receptivo. Algunas personas sienten deseo receptivo, lo cual implica que el deseo viene después del placer/estímulo. Otras personas sienten deseo espontáneo, sin haber tenido ningún estímulo/placer sexual previo. Otras sienten una combinación de los dos tipos. Cualquier tipo de deseo es natural y lícito.

Una realidad básica sobre el orgasmo es que sucede en el cerebro y no en los genitales. El orgasmo no es una respuesta genital y el placer no es lo que sucede en los genitales, sino en el cerebro (Cherkasskaya & Rosario, 2019). No existen dos orgasmos iguales, así como no existen diferentes orgasmos (vaginal, clitoriano, anal...), existen diferentes formas de llegar a ellos: orgasmo por estimulación clitoriana; orgasmo

por estimulación vaginal; orgasmo por estimulación de los pechos; orgasmo debido a que le chupen los dedos del pie; orgasmo por penetración anal; orgasmo por excitación al masturbar a otra persona...

Las sensaciones que tienen las personas siempre dependen del contexto. Una misma sensación, en diferente contexto concluye en diferente percepción de esa misma sensación. En los momentos o temporadas de estrés la mente interpreta casi todo como una amenaza, ya que bajo estrés la mente es más susceptible a ello. Por otro lado, durante los momentos de excitación, la mente puede interpretar casi todo como sexual. Darle importancia al contexto es básico para poder vivir la sexualidad en todo su esplendor.

Desde la sexología se quiere apostar por ayudar a las personas con TCA gracias a poner el foco en la relación de las mismas con su sexualidad. De esta manera, compartiendo información y herramientas las probabilidades de que el tratamiento de un TCA sea más exitoso son mayores.

Tener un TCA en la sociedad occidental es cada vez más común, aunque eso no rebaja el grado de importancia que tiene padecerlo. Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades muy duras y llevar un tratamiento multidisciplinar con profesionales especializados es imprescindible. Gracias a la investigación sobre el impacto positivo que tiene realizar un tratamiento paralelo de sexología se ha ilustrado la opción de ayudar a las personas con TCA desde el área sexual. El resultado es una vida sexual más satisfactoria y una recuperación del TCA más exitosa. Es hora de que el mundo abra las puertas a la sexología.

## Bibliografía

- Castellini, G., Rossi, E., & Ricca, V. (2020). The relationship between eating disorder psychopathology and sexuality: etiological factors and implications for treatment. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), 554–561. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000646>
- Cherkasskaya, E., & Rosario, M. (2019). The Relational and bodily experiences theory of sexual desire in women. *Archives of Sexual Behavior*, 48(6), 1659–1681. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1212-9>
- Dunkley, C. R., Gorzalka, B. B., & Brotto, L. A. (2020). Associations between sexual function and disordered eating among undergraduate women: an emphasis on sexual pain and distress. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 46(1), 18–34. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1626307>
- Kaye, W. H., Fudge, J. L., & Paulus, M. (2009). New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(8), 573–584. <https://doi.org/10.1038/nrn2682>
- Nagoski, E. (2021). *Come as you are*. Simon & Schuster paperbacks.

**Vanessa Lorca Barchín**  
Matrona  
Máster en Terapia Sexual y de Pareja con  
Perspectiva de Género  
Fundación Sexpol



## La sexualidad, más allá del coito programado

La sexualidad es, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. Ésta a su vez, puede estar influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales<sup>1</sup>. Como se puede apreciar, no es una etapa restringida a la época fértil, sino es una etapa prolongada en la que el ser humano se desarrolla, se expresa e interacciona con su entorno; en definitiva, se corresponde con su ciclo vital, desde la fecundación hasta su muerte. En este proceso influyen factores biológicos, psicológicos y socio-culturales, como la formación de la identidad sexual (conciencia de ser una persona sexuada), los roles femeninos y masculinos que se adoptan, las manifestaciones de la orientación homosexual o heterosexual y las diversas formas de expresión y comportamientos sexuales. De todo esto se desprende que “la sexualidad no se centra en las relaciones sexuales, sino que éstas forman parte de ella”

(Gómez, 2010), desterrando la mentalidad coitoflica en la que se asocia relación sexual y relación coital.

Yuca en 2016 dijo: “hoy en día en nuestra sociedad está naturalizada la opresión y el rol secundario de la mujer, el cual no solo se ve expresado en los trabajos más precarios, pensiones, salarios y prácticas machistas cotidianas, sino que también se ve reflejado en las relaciones sexuales”<sup>2</sup>. La sociedad vive presionada por dos sistemas: el sistema capitalista y el sistema patriarcal. El primero quiere que triunfemos en el mundo laboral, sin embargo, no para de poner obstáculos: el desempleo, el trabajo precario, el acceso a la vivienda, la consolidación laboral, las largas jornadas, los bajos salarios. Por otro lado, el sistema patriarcal, quien redujo la feminidad a la maternidad, y la mujer a la condición de madre. Su objetivo era considerar a la mujer como un cuerpo reproductivo y objeto de deseo masculino, negando así la sexualidad femenina y legitimando las relaciones sexuales al matrimonio, asegurando la descendencia y cuidado de su propio linaje.

En el presente, es una realidad tanto la disminución progresiva del número de nacimientos como el retraso en la edad de la maternidad. Así lo confirman los datos estadísticos. En 2021 en España hubo 336.811

nacimientos, un 1,3% menos que el año anterior (4.504 nacimientos menos). Además, la edad media para ser madre se incrementó hasta los 32,6 años, con una media de 1,19 bebés por mujer. También, el número de nacimientos de madres de 40 o más años ha crecido un 38% en los últimos 10 años y el 79,2% de las mujeres de 25 a 29 años aún no ha tenido hijos<sup>3</sup>.

Cada vez más familias postergan la descendencia buscando las condiciones familiares y materiales óptimas que hagan viable la reproducción. Una consecuencia directa de dicho retraso es la dificultad para lograr un embarazo<sup>4,5</sup>. La edad se considera uno de los factores que más influye en la fertilidad de una pareja. Así lo demuestra una investigación sobre infecundidad en España, la cual verifica que el motivo principal está asociado al retraso de la edad de la primera maternidad y a las condiciones materiales y conyugales que rodean la decisión de tener hijos entre los 25 y 40 años de edad. Eijkemans et al. mostró que la pérdida de la fertilidad aumenta lentamente del 4,5% a los 25 años, el 7% a los 30 años, el 12% a los 35 años y el 20% a la edad de los 38 años. A partir de entonces, aumenta rápidamente hasta alrededor del 50% a los 41 años, casi el 90% a los 45 años y acercándose al 100% a la edad de los 50 años<sup>6</sup>. Es decir, existe una relación directa entre edad y pérdida de la fertilidad. A pesar de ser un problema que afecta por igual a ambos géneros, las mujeres han sido y siguen siendo consideradas las responsables de la reproducción. Tanto la sociedad como las propias mujeres han internalizado la reproducción como algo propio y exclusivo que forma parte de ellas mismas y que constituye un elemento fundamental de la identidad femenina.

La mayoría de personas piensan que conseguir un embarazo es una tarea sencilla, sin embargo, se necesitan de seis meses a un año para lograrlo. La especie humana tiene una eficacia reproductiva muy baja, cercana a un 20 % por cada ciclo menstrual en condiciones perfectas. De modo que, si el embarazo no llega de forma rápida y sencilla, la pareja empieza a dirigir el coito a los días fértiles con el objetivo de mejorar su pronóstico reproductivo. El coito programado consiste en identificar de manera prospectiva la ovulación y, por lo tanto, el momento fértil para optimizar y aumentar la probabilidad de concepción. Aproximadamente entre el 14% y el 23% de parejas conseguirán un

embarazo frente al 13% de parejas que lo conseguirán sin dicha planificación<sup>7</sup>. Es importante no caer en este reduccionismo donde sólo importe el deseo de procreación.

Ciertos estudios dicen que identificar prospectivamente el periodo fértil de la mujer para guiar y programar el coito puede mejorar las tasas de concepción<sup>6,7,8</sup> sin embargo, esto puede ser un arma de doble filo. Centralizar y programar las relaciones sexuales convierte la sexualidad en pareja en un acto mecánico, genitalista y coitocentrista, con un único objetivo: el embarazo, privando a la sexualidad de su valor recreativo y erótico. Se retoma la sexualidad heteronormativa que durante muchos años nos ha transmitido el patriarcado, la cual considera el coito como la práctica sexual normal, frecuente, gratificante y deseada. Sin embargo, sólo hace generar presión que deriva en una excesiva focalización en el pene y la vagina. Además, toda programación lleva implícito un aumento de las expectativas en concebir, así como el riesgo de los siguientes efectos desfavorables: angustia emocional<sup>8</sup>, frustración, estrés, pérdida de placer e interés sexual. En cambio, otros estudios dicen: el simple hecho de mantener relaciones sexuales dos o tres veces por semana aumenta la probabilidad de que estas se realicen durante la ventana fértil. Esto debería ser suficiente para que las parejas con una fertilidad normal puedan concebir<sup>9</sup>.

En cada ciclo menstrual, una mujer es fértil aproximadamente cinco días antes de la ovulación hasta varias horas después de esta, debido al tiempo de supervivencia de los espermatozoides (hasta cinco días en el moco cervical) y el óvulo (como máximo 24 horas). A lo largo de este, las hormonas fluctúan dando lugar a un conjunto de signos y síntomas específicos que ocurren durante la fase fértil e infértil del ciclo.

Existen diferentes métodos prospectivos que identifican la ovulación<sup>9,10</sup>. Estos son:

- Moco cervical. Es una parte imprescindible del conocimiento de nuestra salud, del ciclo y de la fertilidad. Se forma en las criptas cervicales y va cambiando durante todo el ciclo menstrual dependiendo de los niveles hormonales. Existen dos tipos: el moco tipo E y el moco tipo G. El primero es claro, elástico y resbaladizo, aparece



*Nueve cosas que no sabías sobre el sexo en la Edad Media, según una experta. - 20 Minutos, 19 JUN 2021*

cuando los niveles de estrógenos están elevados, antes de la ovulación. El segundo es espeso, denso y de color opaco lo que indica que la ovulación se ha producido.

- Temperatura corporal basal. Tras la ovulación se forma el cuerpo lúteo que empieza a segregar progesterona (hormona termorreguladora), esto hace aumentar la temperatura corporal 0,3 a 0,5 °C.
- Posición del cérvix. Cuando se acerca la ovulación el cérvix experimenta cambios para favorecer el embarazo: se hace más blando, se abre y asciende de 2 a 3 cm en el canal vaginal. Complementa la observación del moco y la temperatura.
- Test de ovulación. Pueden ser interesantes cuando empezamos el aprendizaje de nuestro ciclo menstrual, sin embargo, no deben sustituir a los anteriores. El test detecta el pico de LH que se produce de 24 a 36 horas antes de ovular. La LH en orina es un marcador prospectivo preciso de la ovulación.

Además, es interesante saber que los niveles de deseo varían a lo largo del ciclo, siendo este mayor cuando los niveles de estrógenos alcanzan su punto más álgido, es decir, las hormonas moderan las condiciones que provocan el interés sexual y deseo. Es importante dejar claro que el deseo no depende

exclusivamente de las hormonas, sino que es producto de la interacción entre: procesos biológicos (mecanismos neurofisiológicos y bioquímicos); psicológicos (vivencias, emociones, historia sexual), sociales (normas, códigos, estereotipos...) e interpersonales. Estas dimensiones forman un todo interrelacionado dando lugar a una definición de deseo como constructo complejo. El deseo puede interpretarse como un impulso libidinoso o como un estado motivacional de incentivos. La primera definición interpreta el deseo como una energía interna que motiva la actividad sexual y sólo se logra eliminar con el sexo. La segunda perspectiva indica que son los incentivos los que motivan al organismo para actuar de una forma u otra, es decir, se dirige a objetivos que prometen resultados gratificantes. Este punto de vista busca explicar los cambios en el deseo sexual femenino, basándose en el argumento de que la motivación de las mujeres cambia a lo largo del ciclo. Cuando estas presentan mayor probabilidad de concebir, su interés sexual asume mayor prioridad, disminuyendo durante las fases no fértiles del ciclo. Esto puede producir una asociación positiva entre la probabilidad de concepción y el deseo sexual<sup>11</sup>.

La evidencia parece muy clara: en promedio, las mujeres presentan mayor probabilidad de

mantener relaciones sexuales durante la fase folicular/ periovulatoria que durante otras fases del ciclo<sup>12</sup>.

### Conclusión:

Optimizar el momento del coito aumenta la probabilidad de concepción, sin embargo, existe una gran diferencia entre dirigir el coito exclusivamente a los días más fértiles del ciclo y conocer las señales de fertilidad que hacen posible optimizar el momento de la relación sexual. Lo primero convierte la sexualidad en un objeto reproductivo que deja de lado la diversión,

juego y complicidad. Lo segundo permite conectar con tu propio cuerpo, de forma que puedas interpretar y conocer aquellas señales que emite el cuerpo femenino durante el periodo fértil. Gracias a esto, las relaciones sexuales se centrarán en los días más fértiles, de forma natural, sin necesidad de calcular, dirigir y programar coitos, ya que una consecuencia directa de tanta planificación es el principal factor generador de problemas sexuales durante la búsqueda de embarazo. Por ello es importante desligar el concepto sexualidad de genitalidad e ir más allá de la penetración.

### Notas / Bibliografía

1. WorldHealthOrganization. (2002). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January, 2002 [Internet]. Geneva: WHO Press; 2006. Chapter 3, Working definitions; [cited 2017 Jan 18]; p. 4-5. Available from: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf)
2. Yuca, M. (2016). La sexualidad patriarcal en nuestras camas. El derecho a educación sexual y a un orgasmo pleno. Recuperado de: <https://www.izquierdadiario.es/La-sexualidad-patriarcal-en-nuestras-camas-El-derecho-a-educacion-sexual-y-a-un-orgasmo-pleno-y>
3. INE, Movimiento Natural de la población (Nacimientos, Defunciones y Matrimonios). Indicadores Demográficos Básicos Año 2021. Datos provisionales, nota de prensa, 15 de junio 2022.
4. Esteve, A., Devolder, D., Domingo, A., (2016) "La infecundidad en España: tic-tac, tic-tac, tic-tac!!!, Perspectives Demographiques, 1: 1-4.
5. Vivas, E. (2019). Mamá desobediente (ENSAYO) (1.a ed.). Capitán Swing.
6. VanderBorgh, M., & Wyns, C. (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry*, 62, 2–10. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012>
7. Manders, M., McLindon, L., Schulze, B., Beckmann, M. M., Kremer, J. A., & Farquhar, C. (2015). Timed intercourse for couples trying to conceive. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011345.pub2>.
8. Jones, G., Carlton, J., Weddell, S., Johnson, S., & Ledger, W. L. (2015b). Women's experiences of ovulation testing: a qualitative analysis. *Reproductive Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0103-y>
9. Stanford, J. (2002). Timing intercourse to achieve pregnancy: Current evidence. *Obstetrics & Gynecology*, 100(6), 1333–1341. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(02\)02382-7](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(02)02382-7)
10. Sanz, X. (2021). La revolución de la menstruación (Fuera de Colección). Ediciones Martínez Roca.
11. Jones, B. C., Hahn, A. C. & DeBruine, L. M. (2019). Ovulation, Sex Hormones, and Women's Mating Psychology. *Trends in Cognitive Sciences*, 23(1), 51–62. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2018.10.008>
12. Gangestad, S. W., & Dinh, T. (2022). Women's Estrus and Extended Sexuality: Reflections on Empirical Patterns and Fundamental Theoretical Issues. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.900737>

Nº 148 - Enero / Marzo 2023

· Edita, Fundación Sexpol ·  
· Sociedad Sexológica de Madrid ·  
C/ Fuencarral, 18-3ª Izda.  
28004 Madrid  
Tel. 91 522 25 10  
<http://www.sexpol.net>  
[info@sexpol.net](mailto:info@sexpol.net)

Dirección  
Rosario Mora

Consejo de Redacción

Ana Márquez, Clara González,  
Roberto Sanz, Rosario Mora

D.L. M.41536-1982 / ISSN:0214-042X

Diseño cubierta: C. G. Mora

Revisión y maquetación: Fundación Sexpol  
La revista no se hace responsable de las opiniones  
expresadas por sus redactores y colaboradores

## Redes sociales:

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

Correo electrónico: [info@sexpol.net](mailto: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>

## Ref. ilustraciones:

Pág. 9: <https://sxpolitics.org/es/3945-2/3945> (13/03/23)

Pág. 30: Nueve cosas que no sabías... <https://www.20minutos.es/noticia/4736356/0/nueve-cosas-no-sabias-sexo-edad-media-segun-experta/> - 20 minutos, 19 JUN 2021 (24/03/23)

Otras il.: Colección Canva.

## En el número 146 se publicó el vol. I de los artículos/síntesis de la selección de trabajos presentados a las X Jornadas de Terapia Sexual, Pareja y Género

La sexualidad en el franquismo: experiencias de mujeres que participaron en la lucha antifranquista de Terrasa / Bruna Serra Puntí. Pág. 3

Las representaciones del placer, la masturbación y la relación con el cuerpo en libros álbum infantiles relacionados con la sexualidad / Belén Beatriz Cabrera Soto. Pág. 9

Reapropiación del placer de la mujer a través del conocimiento y aceptación del cuerpo propio y otros elementos / Patricia Manini Ramos. Pág. 16

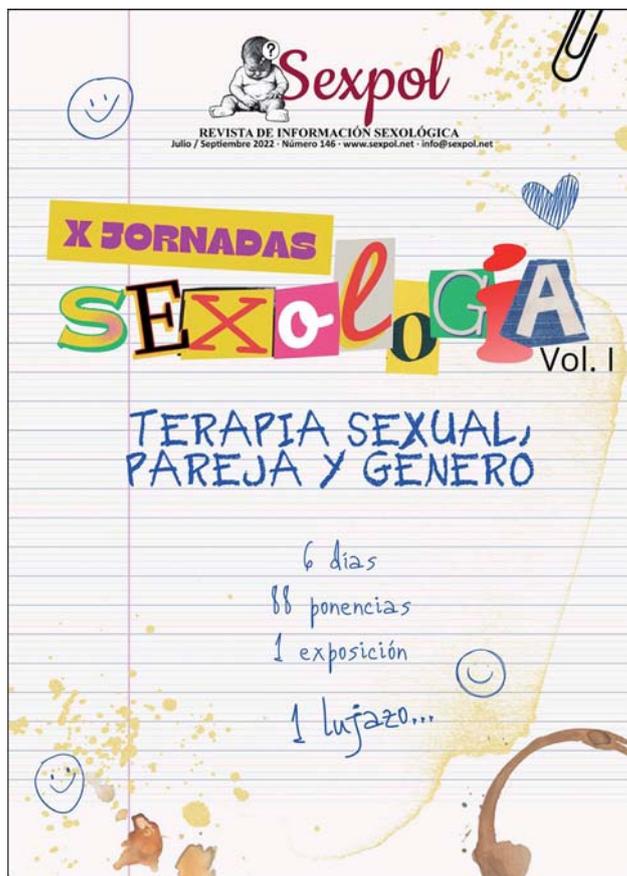
Género y cómic: análisis de la construcción de los roles, estereotipos e identidades de género de los personajes del cómic mainstream norteamericano de ciencia-ficción en los años 2005-2020 / Gorka Iparraguirre Díaz. Pág. 20

Diseño de un programa de intervención para trabajar el deseo sexual en mujeres víctimas de abusos sexuales / María Toribio Rvera. Pág. 25

Infidelidad: de dónde viene y hacia dónde podemos ir: una mirada psico-social de la infidelidad y propuestas para su abordaje en terapia sexual y de pareja / Eva Cañete Hernández. Pág. 30

Cariño, te ayudo: los micromachismos en la vida cotidiana / Patricia Medina García. Pág. 35

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



# ¿Quieres estudiar **Sexología** con perspectiva de **Género**?

## MÁSTER SEXOLOGÍA Y GÉNERO

Partiendo del concepto de Sexualidad humana y la estructura social marcada por el patriarcado y las limitaciones propias de los géneros, el máster pretende ofrecer no sólo los contenidos más representativos y centrales de ambas líneas sino también la constante interrelación entre ellas y las influencias y sinergias que se generan a nivel personal y social. Aprenderás y adquirirás las **herramientas** necesarias para trabajar con todos los **colectivos**.

+INFO

## MÁSTER TERAPIA SEXUAL Y DE PAREJA CON P. DE GÉNERO

Partiendo de un concepto saludable de la Sexualidad y una estructura social marcada por el patriarcado y las limitaciones propias de los géneros, el máster ofrece la posibilidad de revisar las variables implicadas en el la valoración e **intervención en sexualidad** y las relaciones. Aprenderás y adquirirás las **herramientas** necesarias para trabajar las diferencias individuales en consulta.

+INFO

## MÁSTER SEXOLOGÍA SANITARIA CON P. DE GÉNERO

Pretende ofrecer no sólo los contenidos más representativos y centrales de la Sexualidad sino también su **presencia e influencia dentro del ámbito sanitario** de atención primaria a nivel personal y social. Es una formación que les permita, bien introducirse en este campo de la sexología o bien complementar su formación o desempeño profesional.

+INFO

## CURSO MONITORA ED. SEXUAL CON P. DE GÉNERO\*

Al finalizar el curso serás capaz de **impartir talleres de educación sexual con perspectiva de género** para fomentar la salud sexual en diversas poblaciones. Pretende abarcar los contenidos más relevantes para la educación sexual en el ámbito público y privado.

\*250 horas (no titulación universitaria)

+INFO

## Másteres Propios de la U. Nebrija

60 ECTS - Inicio en octubre  
Modalidad presencial u online  
Amplia carga práctica



UNIVERSIDAD  
NEBRIJA