

AGENTES DE SALUD MUJER "CONÓCETE"



SALUD, SEXUALIDAD Y PERSPECTIVA DE GÉNERO.



LA RED DE ATENCIÓN
A LAS ADICCIONES

Agentes de Salud de la Mujer

“CONÓCETE”

Salud, Sexualidad y Perspectiva de Género



LA RED DE ATENCIÓN
A LAS ADICCIONES

Financiado por:



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

AGENTES DE SALUD DE LA MUJER

“Conócete” - Salud, Sexualidad y Perspectiva de Género
Cuaderno de formación

Co-autoría: Alexandra Segura Fernández (**GENERA: RED DE MUJERES FEMINISTAS POR LA IGUALDAD DE GÉNERO EN EL DESARROLLO**) y Joaquín Negro Abascal (**UNAD**)

Edita: UNAD (Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente).

Revisión de contenidos: Patricia Martínez Redondo

Portada y diseño creativo: Vera Yin Yang - <https://www.verayinyang.com/>

Año de publicación: 2019.

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial del contenido de este libro, sin la previa autorización la co-autoría.

Sumario

07 |

Bloque I

07 | 1.1. Salud sexual y reproductiva, consumo y perspectiva de género

09 | 1.2. Género: definición y ejemplos

17 | 1.3. Género y consumo

20 | 1.4. Perspectiva de género ¿qué es?

20 |

Bloque II

21 | 2.1. Perspectiva de género y salud

27 | 2.2. Salud y mujeres que consumen drogas

31 | 2.2. Salud sexual y reproductiva

32 | 2.2.1. Diversidad

33 | 2.2.1. Derechos sexuales y reproductivos

34 | 2.2.1. Cuidado

36 |

Bloque III

36 | 3.1. Genitales y cuerpos

39 | 3.1.1. Genitales

42 | 3.1.1. Aparato reproductor

46 | 3.2. Identidad sexual

52 | 3.3. Orientación sexual

57 |

Bloque IV

57 | 4.1. Fantasías, ideas, mitos, creencias

62 | 4.2. Placer

66 | 4.3. Relaciones/pareja

78 | 4.4. Reproducción/familias

81 |

Conclusiones

82 |

Bibliografía

CONÓCETE

Salud sexual y reproductiva, consumo y perspectiva de género

El siguiente material es la base del nuevo proyecto denominado “Agentes de Salud de la Mujer”, una iniciativa que sigue la metodología “bola de nieve”, la cual ya implementa UNAD a través de sus entidades miembro desde el año 2002 con el programa Agentes de Salud. Con estas formaciones se pretende multiplicar el efecto de las mismas involucrando a las personas participantes de forma que se conviertan en agentes activos del cambio en su comunidad.

En el material que tienes entre las manos vamos a trabajar nuestra salud, vamos a reflexionar sobre ella y lo que hacemos para mantenerla y mejorarla, en concreto vamos a centrarnos en la salud sexual y reproductiva, en el sexo, en la sexualidad de todas y todos. Vamos a hacerlo desde la diversidad de la experiencia humana, utilizando una forma de análisis que es la perspectiva de género. La idea que perseguimos es alumbrar tantas cosas de este tema que nos condicionan y marcan, pero de una forma invisible e inconsciente. Guían nuestra vida, nuestro estar en el mundo, sin que nos hayamos dado cuenta y por tanto, sin que tengamos todo el control sobre ellas. Alumbrar, tomar conciencia, nos permite saber que eso es parte de quien somos, una parte importante, nos permite conocernos mejor y comprendernos mejor y desde ahí ganar agencia, capacidad de decidir, sensación de control sobre nuestra salud y nuestra sexualidad. O por lo menos entender porqué no lo hago o lo he hecho hasta ahora y situarnos en ese punto de partida para futuros cambios elegidos en el camino de mejorar nuestra salud y nuestro estar en el mundo.

Para poder llevar a cabo este ejercicio de “iluminación” vamos a necesitar algunas herramientas:

- Interés por nuestra salud
- Curiosidad sobre el sexo y la sexualidad
- Capacidad para preguntarnos cosas y cuestionar nuestras creencias o modos de estar en el mundo
- Imaginación o ganas de jugar para buscar respuestas

Es posible que en el proceso haya cosas o ideas que no me cuadren, que me molesten o me hagan sentir incómoda. Por ejemplo, que me hablen en femenino si soy hombre. Simplemente piensa que estamos hablando para personas, y a las personas se les habla en femenino, siéntete incluido también en esos femeninos genéricos. Vamos a hablar mucho del cuerpo y eso puede hacer sentir incómodas a algunas personas, lo mismo puede pasar cuando haya preguntas sobre sexualidad, date una oportunidad y si te sientes incómoda, simplemente regístralo como una emoción más, no permitas que eso te aleje de seguir trabajando hasta el final, puede que otros ejercicios o temas más adelante te ayuden a sentirte mejor o a entender de dónde viene la molestia y la incomodidad al hablar de estos temas.

Este proyecto es como un viaje a través de nuestro cuerpo y nuestro estar en el mundo, cuando emprendemos un viaje nos vienen bien algunos mapas para no perdernos y poder aprovechar nuestro recorrido. Eso es lo que vamos a hacer entre todas, elaborar mapas para no perdernos. Los mapas no son sólo dibujos de calles, también hay mapas como las recetas de cocina, que me ayudan a mezclar cosas para obtener resultados increíbles; mapas como gráficos que me ayudan a entender y resumir ideas complicadas; mapas como dibujos de territorios nuevos; mapas como lluvias de palabras que me permiten hablar de algo que antes no sabía nombrar... Muchos tipos de mapas que tienen en común la misión de permitirnos recorrer nuevos territorios (como nuestro cuerpo o nuestra sexualidad) o recorrer territorios conocidos de otra manera, viéndolos y viviéndolos de maneras nuevas y quizás más placenteras o mejores.

Para empezar el recorrido será necesario que trabajemos sobre el concepto de género y qué significa “perspectiva de género”, ya que hemos dicho que va a ser nuestra vía de análisis y trabajo. Una vez que tengamos esta brújula a punto y sepamos manejarla con seguridad, avanzaremos por el territorio de la salud. Exploraremos qué entendemos por salud aquí y ahora y cómo eso nos afecta. Y ya familiarizadas con la salud y mi relación con ella, nos encaminaremos a nuestro objetivo: el sexo, el que soy y el que hago. Tierra a veces llena de dragones en nuestra imaginación, que cuando la alumbramos y exploramos con las herramientas adecuadas se convierte en un paisaje de autoestima y placer, nuestro objetivo final.

Si bien empezamos el viaje con ese objetivo final en el horizonte, os invito a no comportarnos como turistas que se lanzan a los objetivos en busca del ansiado selfi, sino como las viajeras que disfrutan de todo el trayecto, lleguen a donde lleguen, aventureras y exploradoras que saben que cualquier experiencia aumenta su conocimiento y les permite ampliar su forma de ver el mundo y de entenderse a sí mismas, y que ese es en verdad el objetivo de “viajar”.

Feliz viaje y buena cartografía¹

¹ Cartografiar: Elaborar mapas o cartas geográficas

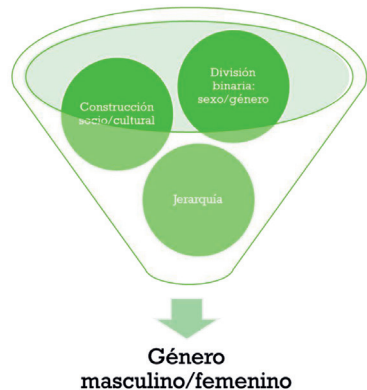
Mapa: Representación de un territorio o parte del mismo en una superficie plana. Por ejemplo, representación del cuerpo en una hoja de papel.

Género: definición y ejemplos

El concepto de género hace referencia a las diferencias socioculturales entre hombres y mujeres en cada sociedad. A partir de los trabajos de la antropóloga Margaret Mead (1935) estudiando distintos grupos humanos de Nueva Guinea, empieza a hacerse evidente que las diferencias entre hombres y mujeres en las distintas sociedades, no se deben exclusivamente a diferencias biológicas entre los cuerpos femeninos y masculinos. Esta idea había sido central hasta este momento en todas las ciencias que estudiaban a los seres humanos en nuestra cultura, de tal manera que se pensaba que los hombres estaban biológicamente determinados para realizar una serie de tareas vinculadas a la fuerza y el dominio de los demás seres vivos, incluyendo a las mujeres, mientras que las mujeres estaban determinadas por su capacidad reproductiva, y por tanto su papel en la sociedad, impuesto por su propia naturaleza, tenía que ver con parir y criar a los hijos de los hombres. Los estudios de Mead pusieron en evidencia que las formas de comportarse y las tareas asignadas a cada sexo, eran diferentes en los distintos grupos y culturas humanas, de forma que no pareciera que sólo estuvieran determinadas por componentes biológicos, similares entre todos los grupos humanos, sino que más bien parecían tener una influencia socio-cultural grande, es decir, las creábamos cada grupo social y por tanto eran fruto de la cultura y las interacciones sociales, más que ser biológicamente determinadas.

A partir de ese momento, otras personas investigadoras y estudiosas de la sexualidad humana, empiezan a usar el término “género” para referirse a las diferencias entre hombres y mujeres propias de cada cultura, para diferenciarlas de lo biológicamente determinado por el cuerpo y las hormonas, que siguieron denominando “sexo”.

Sin embargo, son algunas autoras feministas (Kate Millet, Gayle Rubin, Germaine Greer, etc.) durante los años 70 del s. XX, las que dotan el concepto de todo su significado y lo desarrollan hasta la forma en la que hoy lo usamos. Estas autoras, no sólo definen y ahondan en el estudio de las diferencias sociales y culturales entre hombres y mujeres, sino que se dan cuenta de cómo estas diferencias generan una jerarquía en nuestra sociedad mediante la cual el reparto de los recursos y el poder, se produce de manera desequilibrada, favoreciendo a unos (varones blancos de clase media y alta) en favor de las otras personas (mujeres, personas racializadas, personas con diversidades funcionales, cognitivas, sensoriales, etc.)



EJERCICIO: Realizar un mapa o esquema de lo masculino y de lo femenino como idea o construcción social (No piensen en una persona en concreto, sino en esas características que consideramos típicas de los chicos y de las chicas).

¿Valoramos igual las características de uno y otro mapa?

Realizar un mapa o esquema de mí misma según las características de los mapas anteriores que me ajustan, independientemente de cuál de los dos procedan.

Un ejemplo de mapa/cartografía de lo “femenino” lo podemos encontrar en un material elaborado por el colectivo Mujeres Públicas de Buenos Aires en el año 2004.



Foto: Utilizando el nombre de las tres carabelas que Colón usó en su viaje a América, simbolizan a la vez la colonización por parte de España de América latina y del cuerpo de la mujer por parte de los hombres: reflejando todos los mandatos de género que reciben los cuerpos femeninos.

Por lo tanto, cuando hablamos de género como categoría social, no estamos solamente haciendo referencia a las mujeres, sino que estamos hablando de mandatos que recibimos tanto unos como otras por el hecho de que se nos asigne un sexo en el momento del nacimiento (incluso antes, en las ecografías prenatales). De entre todos los factores que nos van convirtiendo en quienes somos, éste tiene mucha importancia, tanto que no podremos inscribir a la persona recién nacida en el registro civil sin haber determinado antes cuál es su sexo/género, ya que es uno de los tres datos obligatorios junto con el

nombre y los apellidos. En la actualidad, en nuestro país, esto se decide mirando los genitales de la persona: si posee un pene será inscrito como niño y si posee una vulva será inscrita como niña, en todos los casos intermedios, donde las características anatómicas de los genitales no corresponden exactamente con uno u otro (intersexualidad) será el personal médico junto con las personas progenitoras quienes determinarán cuál sexo/género consignar. En ocasiones recurriendo a la presencia de gónadas de uno u otro sexo o a un aparato reproductor que pueda llegar a ser funcional o al genital que sea más fácil de alcanzar por cirugía. En cualquier caso, siempre se nos asignará un sexo al nacer al que a partir de ahora llamaremos *sexo asignado*², ya que se decide por agentes externos a nosotras y sin consultarnos.

Una vez que hemos sido asignadas a uno u otro grupo, todos los agentes sociales y personas (familia, vecinas, cuidadoras, enfermeras, médicas, trabajadoras de la administración pública, amigas, etc.) empezarán a tratarnos según lo que se espera de dicho grupo, transmitiéndonos de manera más o menos directa los mandatos propios de nuestro género. Así mismo todos los productos culturales nos lanzarán ejemplos de cómo comportarnos, sentirnos y expresarnos.

Si hemos sido asignadas al grupo de las mujeres es posible que se nos transmitan mandatos sobre los siguientes temas:

- Las mujeres estamos encargadas del cuidado de las demás personas en nuestra sociedad (trabajo reproductivo o de cuidado, que no se refiere sólo a parir y criar criaturas, sino también al cuidado de todos los seres vivos de la sociedad, dependientes o no)
- La maternidad es fundamental en la vida de las mujeres, el instinto maternal se activa tarde o temprano
- Para las mujeres es importante el amor y los afectos en general, las mujeres estamos mejor si formamos parte de una pareja con un hombre.
- Es posible que no nos interesen mucho los temas relacionados con la sexualidad, salvo lo relacionado con la reproducción (información sobre cómo evitar quedarnos embarazadas o cómo propiciarlo, según convenga). Por lo demás nos gustan más los mimos y las caricias o los besos que los encuentros directamente genitales. Es posible que no sepamos cómo se llaman nuestros genitales o el aspecto que tienen.
- Es importante para nosotras estar guapas y atractivas. Cuidar nuestro físico y esforzarnos en ese sentido es importante, si no lo hacemos puede que nadie nos quiera o acabemos solas (“solterona”).
- Está bien si usamos nuestra belleza o nuestro cuerpo para conseguir cosas (capital erótico), pero con cuidado, si abusamos de ello podemos ser criticadas, mal consideradas o incluso agredidas.

² Si el sexo asignado y el sentido por la persona coinciden hablaremos de una persona *cis*, en caso contrario hablaremos de una persona *trans*, desarrollaremos este punto en el apartado de identidad sexual.

- A las mujeres no se nos da muy bien todo lo que tiene que ver con el pensamiento científico o racional, no es preocupante o extraño si no nos interesan las matemáticas o la ciencia.
- Es normal que desconfiemos de nuestro criterio a la hora de tomar decisiones, ya hemos dicho que no se nos da bien el pensamiento racional. Es habitual que consultemos todas nuestras decisiones o que necesitemos aprobación externa para tomarlas.
- Las mujeres solemos llevarnos mal con otras mujeres. Es habitual que peleemos por el amor de nuestros seres queridos y raramente nos ayudamos.
- Las mujeres estamos sometidas a cambios hormonales durante toda nuestra vida. Esto unido a la falta de racionalidad, hacen que sean frecuentes en nosotras los cambios emocionales con tendencia al llanto y los cambios de humor (llegando incluso a la histeria).

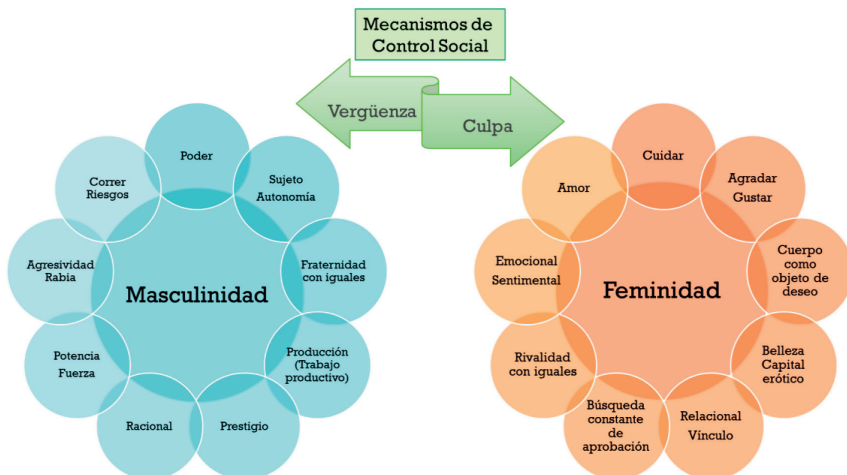
Mientras que, si hemos sido asignadas al grupo de los hombres, los mandatos irán más en esta dirección:

- Los hombres somos más fuertes y por eso debemos mantener el orden social y dominar la naturaleza.
- Los hombres estamos encargados de producir y ganar dinero.
- Los hombres somos autónomos e independientes.
- Nos interesa mucho el sexo con mujeres. Sabemos perfectamente cómo son nuestros genitales y cómo se llaman. Mi placer y el de mis parejas depende de la potencia y funcionamiento de los mismos.
- Para demostrar nuestras cualidades y ganar nuestra pertenencia al grupo de los demás hombres, es habitual que llevemos a cabo demostraciones de fuerza o de habilidades extremas, pelear, correr riesgos, etc.
- Los colegas son muy importantes y debemos apoyarnos siempre.
- Se nos dan bien las tareas racionales y científicas, somos buenos en matemáticas y en tecnología. Sabemos inventar máquinas y manejarlas. Interpretar la naturaleza para poder extraer beneficio de ella es una de nuestras tareas.
- Si triunfamos en las tareas anteriores tendremos éxito y prestigio social.
- Si algo sale mal podemos reaccionar expresando la rabia y el enfado, usando nuestra fuerza si es preciso para desahogarnos o intentar resolver el problema.
- Las emociones no van mucho con nosotros.

Que todas las personas hayamos oído, leído y visto estos mensajes muchas veces no quiere decir que los cumplamos todos. Por otra parte, los mensajes van cambiando entre las distintas culturas y también entre los distintos grupos dentro de una sociedad,

matizándose o contradiciéndose según otras características que nos afectan en nuestra construcción social: edad, clase social, grupo étnico, etc. Pero los cumplamos todos o no, la repetición machacona de los mismos por todos los factores sociales tendrá un impacto e influirá en la forma en que nos veremos a nosotras mismas, nos comportaremos y nos relacionaremos con las demás personas. Del mismo modo determinará nuestra salud y la manera en la que nos cuidamos o descuidamos a nosotras mismas. Y por supuesto será determinante del modo en que expresaremos y viviremos nuestra sexualidad.

Ya que estos mandatos regulan y construyen nuestra sociedad, tal y como es ahora mismo, existen mecanismos que se ponen en marcha para que los cumplamos en caso de que no lo estemos haciendo o no lo hagamos bien. En nuestra cultura es habitual que los mecanismos de control destinados a las mujeres se relacionen con la culpa. Nos sentiremos culpables si no cuidamos apropiadamente a las otras personas (mala madre, mala hija, etc.), si nos descuidamos físicamente (culpa al comer ese pastel que tanto nos gusta pero está lleno de calorías, ir sin depilar, etc.) o si decido hacer lo que yo quiero sin consultar a las demás personas o sin pensar en ellas. Mientras que los mecanismos de control para los hombres suelen relacionarse más con la vergüenza. Nos sentiremos avergonzados o humillados si nuestro pene no se pone erecto en un encuentro sexual o si la erección no dura el tiempo que nos parece suficiente, nos sentiremos avergonzados si no podemos mantener a nuestra familia, nos sentiremos avergonzados o humillados si no podemos ganar una pelea o defender a puñetazos a nuestra pareja, nos sentiremos avergonzados o humillados si no conseguimos mantener el orden en mi familia o pareja...



Viendo las características y mandatos de uno y otro género, ya podemos darnos cuenta de que la valoración que cada uno tendrá socialmente es diferente. Por lo general en nuestra cultura tienen más prestigio social las tareas y funciones que se consideran propias del género masculino. Por ejemplo, si tomamos como referencia el trabajo veamos si se cumple esta premisa o no:

Sistema productivo total en una sociedad industrial (Modificado de la "tarta con glaseado" de Hazel Henderson, 1982)



EJERCICIO: ¿Dónde estamos situadas? ¿En qué parte de la pirámide creemos que hay más hombres y en cuál más mujeres? ¿Qué hombres/mujeres puedo encontrar en capas más bajas de la pirámide y en las altas? (Introducción al concepto de interseccionalidad que se desarrollará más tarde)

Es posible que al hacer el ejercicio nos hayamos dado cuenta de que las partes superiores de la pirámide están más relacionadas con lo masculino, mientras que el trabajo de cuidados que soporta, de manera invisible, este sistema productivo, está mayoritariamente desempeñado por mujeres. Por tanto, nos habremos percatado de que los empleos que reportan más derechos y recursos económicos suelen estar masculinizados, mientras que los que no reportan derechos ni recursos están feminizados. De esta forma se establece

una jerarquía clara que nos lleva a considerar que alguien trabaja sólo si recibe un salario por el desempeño de la actividad o si media un contrato, invisibilizándose todo el trabajo de cuidados que permite que esas personas salgan a producir en el mercado. Para que una persona salga a producir alguien tiene que ocuparse de mantener su vida y la de las personas que dependen de ella. Esta jerarquía no sólo invisibiliza, sino que produce una distribución de los beneficios, que hace que se queden en las partes altas de la pirámide, precarizando la vida de todas las personas que se encuentran en las capas basales de la misma.

EJERCICIO: ¿Qué valor le damos al trabajo de cuidados en nuestra sociedad? ¿Pensamos que es posible alcanzar la igualdad si el trabajo que mantiene todo el sistema es desvalorizado de forma generalizada? ¿Pueden ser iguales las personas que realizan este tipo de trabajo sin derechos ni salario que las que realizan un trabajo con derechos (seguros, cotización, subsidios por despido, maternidad o enfermedad) y salario? ¿Se podría mantener la sociedad si nadie realiza este trabajo de cuidados?

Como consecuencia de esta distribución de las personas en los sistemas de trabajo se produce un reparto de los espacios en los que transcurre la vida:

- El espacio público queda asociado a lo masculino porque es donde se ejerce el poder público y donde se produce.
- El espacio doméstico o privado queda asociado a lo femenino porque es donde se cuida y se reproduce la vida (trabajo de cuidados).

El impacto que esto tiene en la consideración social de los distintos tipos de trabajo y en los recursos económicos y su distribución, va a determinar:

- la salud y las posibilidades que tendremos para atenderla y cuidarla.
- las formas de consumir sustancias con potencial adictivo.
- la manera de vivir y expresar nuestra sexualidad.

Por otra parte, debemos tener en cuenta que no sólo se jerarquiza el tipo de trabajo, también se jerarquizan los modos de hacer las cosas: competir y ganar son mecanismos mejor valorados socialmente que pactar o cooperar. En nuestra sociedad ganar tiene un alto prestigio social, pensemos en los deportes. Es un mecanismo que asociamos a algo masculino: los hombres compiten para demostrar su fuerza y potencia, incluso de alguna manera lo asociamos a la conquista romántica. Todavía mucha gente piensa que es el hombre el que debe dar el primer paso e iniciar el cortejo, si un hombre consigue una pareja femenina joven y guapa eso le hace ganar popularidad o ser visto como un hombre afortunado. Si una mujer consigue estar con un hombre joven y guapo no tiene la misma devolución social. Cuando hay que pactar o cooperar,

EJERCICIO: ¿A qué nos suena economía colaborativa? ¿Hemos oído hablar de ella antes? ¿Nos parece igual de eficaz que la economía de mercado para conseguir beneficios? ¿Nos parece que tienen las dos el mismo valor?

en nuestra sociedad todavía se valora como una debilidad o señal de que no se ha podido vencer y tener todo el poder; pensemos por ejemplo en resultados de elecciones a cargos políticos. Solemos referirnos a esta forma de conseguir cosas como un tipo de manipulación más propia de las mujeres, que de alguna manera no pueden conseguir las cosas por la fuerza y se ven obligadas a usar la “mano izquierda”, por lo cual muchas veces se las tilda de “manipuladoras”, característica mal valorada en general.

Si bien las características que se han considerado masculinas están mejor valoradas y eso otorga privilegios sociales a los hombres, el sistema de género no deja de imponer, sobre la diversidad humana (de cuerpos, experiencias, expresiones, comportamientos, etc.) dos modelos estereotipados, binarios, de obligado cumplimiento. Todas estamos presionadas e impelidas a cumplir en menor o mayor medida los mandatos de género que hemos visto y otros muchos. Seremos penalizadas socialmente de una u otra manera si no los cumplimos:

Por ejemplo: llamar, de forma despectiva, *marimacho* a mujeres que trabajan usando su fuerza o en tareas consideradas masculinas o llamar *nenaza*, también de forma despectiva, a un niño que decide no hacer uso de la violencia para defenderse de una agresión

Estas diferencias han sido evidentes para las mujeres de distintas épocas a lo largo de la historia, nuestra posición en la parte oprimida de la jerarquía hacía ésta más evidente para nosotras. A pesar de la tendencia del sistema de género de mantenernos divididas y enfrentadas, según la tradicional máxima “divide y vencerás”, muchas consiguieron reunirse, apoyarse y ayudarse a reflexionar sobre esta situación y emprender una lucha por la igualdad de derechos y oportunidades. Este movimiento que pretende la verdadera igualdad social de hombres y mujeres, y de otros colectivos oprimidos por inequidades del sistema, se conoce como feminismo. Las luchas que ha enfrentado el feminismo han ido desde las desigualdades más evidentes (derecho al voto y la participación social) hasta las más invisibles y desapercibidas dentro del sistema (micromachismos³). Dado que las formas de enfrentarse a estas desigualdades han sido diferentes en distintos colectivos, que se han elaborado distintas teorías para explicar cómo se ha construido e implantado el sistema de género y, por tanto, distintas formas de intentar modificar esta situación para conseguir la igualdad, hoy en día hablamos de los *feminismos*, en plural, para visibilizar la diversidad dentro del propio movimiento. Todos tienen en común la lucha contra este sistema de jerarquía basado en las diferencias de género⁴ y la solidaridad entre mujeres, para terminar con la división que nos hace vulnerables y nos expone a la desigualdad.

EJERCICIO: ¿Qué formas de micromachismo conoces? ¿las has ejercido alguna vez? ¿te las han hecho alguna vez? Si no se nos ocurre ninguna podemos aprovechar a buscar algunas en internet.

³ Maniobras o estrategias sutiles y difíciles de percibir que mantienen y aseguran la distribución injusta de poder y funciones en nuestra sociedad, manteniendo a las mujeres en posiciones de desventaja y falta de autonomía recortando sus derechos y oportunidades. Forman parte de las habilidades y actitudes automatizadas que se transmiten en el sistema binario de género, con lo que se hacen pasar por “normales” o “naturales” invisibilizando su efecto y consecuencias.

⁴ Este sistema se conoce como sistema patriarcal, muchos colectivos se refieren a él como sistema heteropatriarcal, en el apartado de orientación sexual veremos porqué.

Género y consumo⁵

El consumo de sustancias con potencial adictivo, igual que cualquier otra actividad humana, está determinada por el género de la persona que consume. Los mandatos de género influirán en qué se consume, cuándo se consume, cómo se consume o las consecuencias que el consumo tendrá en la vida de la persona.

Como en muchos otros temas, en particular muchos de los relacionados con la salud de las personas, esta influencia del género ha sido invisibilizada y no tenida en cuenta a la hora de analizar o abordar estas situaciones. Este fenómeno ha sido llamado por Marcela Lagarde⁶ el “velo de la igualdad” o por Gemma Altell⁷ el “espejismo de la igualdad”, haciendo referencia a una interpretación de la realidad, compartida por muchas personas en nuestra sociedad, de que ya todas somos iguales y que las desigualdades por motivo de género son cosa del pasado o de otras sociedades menos “avanzadas” que la nuestra. De esta manera, la invisibilización de este mecanismo sociocultural de desigualdad, permite que esa desigualdad persista, se ahonde y tome nuevas formas y maneras de actuar sobre las personas. En ocasiones la forma en la que este espejismo actúa es haciéndonos pensar que el género no tiene nada que ver con este hecho del que estamos hablando. En este caso debemos recordar que en nuestra sociedad no se puede ser humano sin tener un sexo asignado al nacimiento y, por tanto, sin que nos hayan criado según los mandatos del mismo; así que no es posible que haya nada relacionado con las personas humanas que no esté afectado por, y relacionado con, el género.

En el caso de las sustancias adictivas, durante muchos años se consideró que eran cosa de hombres, relacionadas con la vida pública y con la fascinación de la masculinidad por correr riesgos. Se pensaba que las mujeres no consumían o que lo hacían muy pocas, sólo aquellas con patrones de vida muy desestructurados. Lo que estaba pasando es que como las formas de consumo de hombres y mujeres eran distintas, no sabíamos ver cómo era que las mujeres consumían sustancias adictivas:

Por ejemplo: Ahora sabemos que las mujeres consumimos más drogas legales, o que se consiguen con receta, que drogas ilegales, que son más típicas de los hombres (esto no quiere decir que los hombres no consumamos también drogas legales y las mujeres ilegales, sólo nos dice cuál consumimos más cada uno). Esto puede ser porque las mujeres estamos educadas para exponernos menos a ciertos riesgos asociados a la masculinidad y las drogas legales nos pueden parecer más seguras, pero también puede tener que ver con que las mujeres solemos tener menos poder adquisitivo, por eso de encargarnos de trabajos menos valorados y peor pagados, con lo cual tenemos que recurrir a drogas más accesibles económicamente. De hecho, tal como señala la Dra. Carmen Valls “A igualdad de condiciones económicas se está comprobando que las dependencias pueden ser iguales entre mujeres y hombres, o incluso superiores en las mujeres”⁸

⁵ Existe muchas referencias para trabajar este tema, algunas están citadas en la bibliografía. Por su interés práctico e integrador señalamos el texto de Patricia Martínez Redondo *Extrañándonos de lo normal*, 2009.

⁶ <https://www.vitoria-gasteiz.org/wb021/http/contenidosEstaticos/adjuntos/es/28/83/32883.pdf>

⁷ https://www.eldiario.es/catalunya/donesenxarxa/feminismo-patriarcado-adolescente__6_533756647.html

⁸ Valls-Llobet, C. (2019) *Género y adicciones. Infonova* 35:11-22.

Por otra parte, las mujeres pasábamos la mayor parte de nuestra vida en las casas ocupándonos de las tareas de cuidado, por lo que era más fácil que recurriéramos a sustancias que se podían encontrar más fácilmente en este entorno (casa, tiendas, etc.) y nos era más difícil adquirir drogas que fuera de estos espacios. Esto también está cambiando con la igualdad de acceso a los espacios de ocio nocturno. Así mismo las mujeres que consumimos drogas somos peor valoradas socialmente, incluso por los compañeros también consumidores, evidentemente esto tiene mucho que ver con lo que esperamos social y culturalmente de una mujer y un hombre, o sea con el género.

Desde que hemos empezado a incluir el género como un factor importante al analizar el consumo de sustancias en la población, nos estamos dando cuenta de muchas diferencias. En algunos casos todavía no tenemos clara la explicación de por qué se producen, pero en otros muchos ya empezamos a tener claro cuáles son los motivos diferenciados de ellos y ellas. Por ejemplo, existía la opinión generalizada de que las mujeres consumíamos menos drogas porque acudíamos menos a los espacios de desintoxicación, así que no estábamos representadas en las estadísticas de personas consumidoras. Recogiendo datos de las profesionales de atención primaria y de las urgencias hospitalarias, así como de las causas de enfermedades crónicas y fallecimiento en la población, hemos ido viendo que sí había mujeres consumiendo, con dependencia y con efectos secundarios del consumo. Al preguntarnos por qué no acudíamos entonces a los servicios específicos para la población que consume, empezamos a darnos cuenta de que no estaban diseñados para nuestras necesidades, sino para las necesidades de los hombres consumidores:

- Muchas mujeres tenemos personas a nuestro cargo, hijos o hijas, padres, parejas, hermanos o hermanas, etc. por lo que no podemos ausentarnos de casa todo el día para estar en los centros de desintoxicación, mientras que los hombres tenemos mucho más fácil la posibilidad de hacerlo ya que siempre hay alguna mujer de nuestra familia que se puede ocupar de nuestro cuidado y del trabajo de cuidado que nos corresponde a nosotras mismas.
- Si las mujeres acudimos a estos servicios nuestro entorno nos juzga mucho peor de lo que hace si el que acude es un hombre. Que un hombre se quiera desintoxicar se ve como un paso adelante, una mejora en su vida; si una mujer acude a desintoxicación muchas veces sólo se la juzga por estar consumiendo y por cómo eso estará afectando a las personas que dependen de ella. Muchas mujeres no acudimos a estos centros para no enfrentarnos a la opinión que las demás personas van a tener de nosotras por consumir. Ya hemos visto en el apartado de género que las mujeres estamos educadas para estar más pendientes de las opiniones que las demás personas tienen de nosotras.
- Otro de los mandatos que recibimos las mujeres es que nuestra vida será mejor si estamos en una relación con un hombre y que el amor es muy importante y algo “que lo

resuelve todo”. Es habitual que las mujeres no acudamos a desintoxicación si nuestra pareja no lo hace, o que abandonemos el tratamiento cuando nuestra pareja lo hace. Así mismo muchos programas de desintoxicación prohíben las relaciones entre las personas asistentes o desaconsejan que se inicien relaciones durante el mismo. Si llega el momento de elegir entre una posible relación y seguir en el programa, es probable que nosotras pensemos que el amor y la relación nos ayudarán más o que son más importantes que el propio tratamiento. Es probable que pensemos que nuestra vida será mejor si estamos en una relación con un hombre.

Los hombres no estamos libres de los mandatos de género en nuestra relación con las sustancias de consumo: presión del grupo de amigos (en ocasiones la aceptación por el grupo de colegas pasa por consumir juntos o por demostrar que puedo seguir el ritmo al resto); necesidad de demostrar que puedo correr riesgos y me gusta; necesidad de demostrar mi fuerza; aguantar de marcha toda la noche y luego ir a trabajar; etc. (Ver en http://www.asecedi.org/?page_id=84 el vídeo sobre el corto *El aspirante* de Juan Gautier)

EJERCICIO: ¿Cuáles de los mandatos de género que hemos visto en el capítulo anterior crees que influyen más en el consumo de sustancias de hombres y mujeres? ¿Crees que alguno de esos mandatos ha influido en tu caso a la hora de consumir, acudir a programas de desintoxicación o completar los mismos?

Perspectiva de género ¿qué es?

Decimos que usamos la perspectiva de género cuando analizamos la realidad poniendo en evidencia ese sistema de clasificación y construcción que nos atraviesa y que hemos llamado género. Se trata de trabajar e intervenir en los distintos problemas que enfrentamos sabiendo que, tanto las personas profesionales que intervengan como las personas usuarias de los servicios, estarán influidas, en mayor o menor medida, por los mandatos de género que han recibido. Como ya hemos visto en los apartados anteriores, el género implica una jerarquía social y una desigualdad en el reparto de recursos. La perspectiva de género nos permitirá poner esto también en evidencia. Muchas estaréis pensando que el género no es el único sistema que genera desigualdad en nuestra sociedad, y es completamente cierto, se nos jerarquiza y clasifica atendiendo a muchos otros factores también, ya lo hemos nombrado más arriba: edad, capacidades, clase social, etnia, procedencia nacional, ... Será necesario tener en cuenta todos los factores que puedan estar afectando a cada caso y la forma en que se relacionen. Esto se llama interseccionalidad⁹.

El objetivo más importante de utilizar esta perspectiva es poder aplicar medidas que vayan poniendo fin a estas desigualdades, desarrollar acciones que se encaminen hacia la verdadera igualdad de todas las personas que forman parte de nuestra sociedad. Por lo tanto, la perspectiva de género no persigue sólo describir la sociedad y lo que en ella pasa a las personas, sino que pretende transformarla y convertirla en un lugar mejor para la vida. En apartados anteriores hemos visto como muchas veces los mandatos de género son invisibles, aunque estén ahí. También nos puede pasar que nos resulte difícil ver aquellos que nos influyen a nosotras mismas como personas o los que afectan a las otras personas cercanas que nos rodean. Por eso puede resultar complicado aplicar la perspectiva de género. Pero si hacemos un esfuerzo por ponernos las llamadas “gafas violeta”¹⁰ poco a poco nos irá resultando cada vez más fácil identificar la influencia que el género tiene en todos los aspectos de nuestra vida social. Una vez que podamos identificarlo, ya estaremos preparadas para empezar a trabajar por una sociedad más igualitaria.

EJERCICIO: ¿Crees que puede ser útil aplicar esta forma de analizar la realidad para las personas drogodependientes? ¿En qué aspectos crees que puede ayudar? ¿En qué aspectos crees que no será útil o que podría ser perjudicial? ¿Crees que te puede ayudar a nivel personal?

⁹ A finales de los años ochenta varias autoras feministas que estaban trabajando sobre el cruce entre raza/etnia y género en la opresión que sufrían las mujeres racializadas acuñaron este término: Interseccionalidad (Kimberlé Williams Crenshaw, 1989), para hacer referencia a como cada persona en la sociedad sufre opresión o tiene privilegios según la interacción entre las distintas categorías sociales a las que pertenece (edad, clase social, raza, capacidades, género, etc.). Hablaremos más de esto en el apartado sobre identidad sexual.

¹⁰ Hablamos de “gafas violeta” porque ese color hace referencia a los feminismos. Ahora ya sabemos que los feminismos pretenden desenmascarar el sistema inequitativo de género y terminar con las desigualdades que de él se derivan, para conseguir una verdadera igualdad social.

Perspectiva de género y salud

Ahora que ya sabemos lo que es el género y la perspectiva de género podemos intentar aplicar esta nueva manera de mirar el mundo a distintas facetas de nuestra vida. Por ejemplo, con relación a la temática de este cuaderno de trabajo, podemos intentar analizar si el género se relaciona con nuestra salud y si la perspectiva de género puede ayudarnos a mejorarla.

Lo primero para trabajar con la salud será pensar qué consideramos salud. Esto es importante, ya que dependiendo de cuál sea nuestra idea sobre la salud, nuestras expectativas y nuestra percepción de la misma serán unas u otras.

EJERCICIO: ¿Qué es la salud para mí? Elabora una definición. ¿Estar sana es lo normal? ¿Qué factores son importantes para la salud? ¿Depende de mí? ¿Qué hago para cuidarme? (Mapa de la salud)

Definiciones de salud hay muchas, probablemente para cada persona tenga un significado y una importancia en nuestra vida. Además, puede ir cambiando según las cosas que nos vayan pasando. Es muy frecuente que no nos demos cuenta de lo importante que es el buen funcionamiento de nuestro cuerpo hasta que no empieza a fallar.

Por ejemplo: no nos damos cuenta de lo importante que es el olfato en nuestra vida hasta que no lo perdemos durante una gripe o catarro y todo deja de tener sabor para nosotras. Lamentablemente la alegría de recuperarlo dura unos instantes, hasta que vuelve a parecernos “normal” que simplemente funcione.

Algunas definiciones de salud la presentan como un objetivo a conseguir (más o menos realista):

OMS: «La **salud** es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

Mientras que otras se centran en unas expectativas mucho menores:

La **salud** es la ausencia de enfermedad.

Y otras no ven la salud como un estado o un objetivo a conseguir, sino como un proceso:

Dr. Jordi Gol i Gurina (X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana, 1981): “La **salud** es una manera de vivir cada vez más autónoma, solidaria y feliz.”

Por tanto, para cada una de nosotras tendrá un significado en este momento concreto de nuestra vida, y un valor o importancia. Pero en todos los casos la manera en la que

nos sentimos y actuamos en relación con ella tendrá componentes relacionados con el género. Vamos a ver algunos ejemplos de esto:

- **CUIDAR:** Como ya hemos visto anteriormente, los mandatos de género que recibimos con relación a este tema cambian si estamos en el grupo de las mujeres o de los hombres. Las mujeres recibimos el mandato de cuidar a todas las personas de nuestro alrededor que dependan más o menos de nosotras, mientras que si estamos en el grupo de los hombres recibiremos un mandato mucho más elástico en este sentido, que puede centrarse exclusivamente en proveer dinero. Por tanto, es habitual que las mujeres gastemos mucha de nuestra energía en cuidar a otras personas, incluso por encima de nuestras propias necesidades, y que dediquemos a ello mucho de nuestro tiempo (esto se ha denominado doble o triple jornada laboral, porque además de los trabajos remunerados y reconocidos como tal, las mujeres invertimos otra gran cantidad de horas en ese trabajo de cuidados invisible y no reconocido con un salario).

Por ejemplo: no nos damos cuenta de lo importante que es el olfato en nuestra vida hasta que no lo perdemos durante una gripe o catarro y todo deja de tener sabor para nosotras. Lamentablemente la alegría de recuperarlo dura unos instantes, hasta que vuelve a parecernos “normal” que simplemente funcione.

Mientras que los hombres nos sentimos más legitimados a despreocuparnos de los cuidados y abandonar esa responsabilidad si no podemos llevarla a cabo, es muy posible que alguna mujer del entorno la asuma por nosotros.

Por supuesto que también hay mujeres que abandonamos los cuidados porque no podemos o no queremos asumirlos. En este caso es muy posible que tengamos que enfrentarnos a ser juzgadas como “mala madre” o “mala hija”, con lo que todo ello conlleva. Si somos hombres este juicio social se aplica con menos rigidez o con menores consecuencias.

Por ejemplo: En ocasiones oímos en las noticias que un bebé recién nacido ha sido abandonado en unas u otras circunstancias, inmediatamente todas emitimos un juicio sobre esa madre que después de parirlo ha sido capaz de “abandonarlo”, pero en ningún caso, o con mucha menos frecuencia, nos acordamos del padre que abandonó previamente a esa mujer embarazada y por tanto también a su criatura.

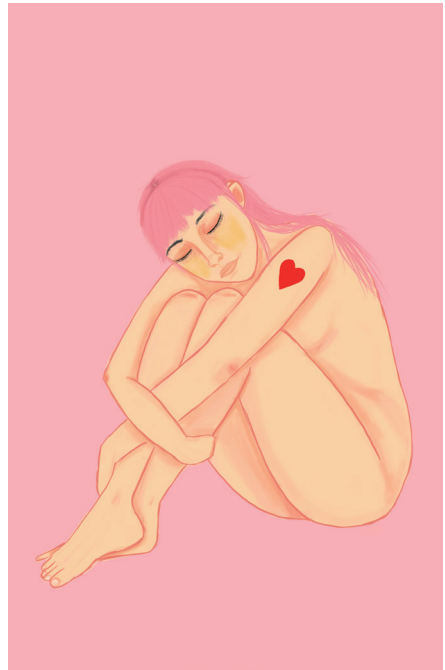
Es frecuente, que la mezcla de mandato de género y juicio social haga que las mujeres que no podemos o no queremos asumir los cuidados, lo hagamos con sentimiento de culpa por no cum-

EJERCICIO: ¿Cuál es mi relación con el trabajo de cuidado?
 ¿Cuido más o me cuidan a mí?
 ¿Puede estar afectando esta circunstancia de manera positiva o negativa a mi salud? ¿Cómo puedo mejorar mi relación con el cuidado y convertirlo en un factor beneficioso para mi salud?
 Mapa de trabajo de cuidados

plir con lo que se espera de nosotras o con lo que consideramos nuestra obligación. Puede pasar que nos juzguemos, incluso peor de lo que nos juzgan las demás personas de nuestro entorno, y que eso afecte a la imagen que tenemos de nosotras mismas, nuestra autoestima y nuestra salud. Incluso puede que nos sintamos culpables por buscar ayuda o por dedicar tiempo a cuidarnos y ocuparnos de nuestras necesidades. Si consumimos sustancias nos costará más pedir ayuda, tendremos miedo a que eso suponga desatender nuestras obligaciones o que no encontremos el tiempo o las fuerzas para hacerlo. Si estamos en prisión puede que consideremos que estamos abandonando nuestras obligaciones fuera y que eso afecte nuestro estado emocional y mental para enfrentar cambios en nuestra vida.

Pero el cuidado también puede ser un factor de protección en nuestra salud, de tal modo que podremos hacer cosas para que así sea, quizás algunas de ellas ya las estamos haciendo, si todavía no lo estamos usando de esta forma, podemos iniciar de alguna de estas maneras:

- o **Entender que las personas somos interdependientes unas de otras y que todas tenemos la obligación de cuidar y el derecho a ser cuidadas:** asumir mi responsabilidad en este terreno si no lo estoy haciendo.
- o **Dejar que me cuiden:** pedir ayuda, aprender a recibirla, poner límites, expresar asertivamente lo que quiero y necesito.
- o **Cuidarme yo:** aprender a reconocer mis necesidades, protegerme de situaciones que me exponen a riesgos, hacer y buscar aquello que me hace sentir bien, tomar conciencia sobre mi necesidad de cuidados, hacerme responsable de mis necesidades y no dejarlas en manos de otras personas.
- o **Asumir que el cuerpo necesita cuidados y que siempre puedo hacer algo para ganar mayor autonomía y bienestar:** en ocasiones parece que



como no voy a conseguir ese completo estado de bienestar físico, mental y social, no merece la pena hacer nada por mi salud o mi cuerpo, pero en cada decisión que tomo sobre mi salud y mi cuerpo tengo un margen de maniobra para estar algo mejor o algo peor.

- o **Repartir las tareas de cuidado con todas las personas de mi entorno**, todas podemos cuidar dentro de nuestras capacidades (criaturas, personas mayores, personas con diversidades, etc.) y nos hace sentir responsables y parte importante de nuestro sistema. Así mismo de esta forma todas recibiremos los cuidados con gusto y sensación de justicia.
- **RIESGO:** Sin duda correr riesgos es algo que influye en nuestra salud. Todas entendemos que consideramos una actividad riesgosa precisamente porque supone la posibilidad de alterar nuestra salud o nuestro cuerpo de una manera negativa.

Por ejemplo: Consideramos un riesgo ir en moto sin casco o en coche sin cinturón porque en caso de sufrir un accidente esto hará que las consecuencias sobre nuestro cuerpo y nuestra salud sean mucho peores.

Así mismo algunos deportes son considerados “deportes de riesgo” porque si algo sale mal durante su práctica el impacto sobre nuestro cuerpo o salud puede ser grave.

Por todo esto es habitual que las personas que corren más riesgos puedan exponer su salud y su integridad y acaben sufriendo consecuencias derivadas de esta exposición. Ya vimos en los mandatos de género que a los hombres es habitual que se nos incite a correr este tipo de riesgos: demostrar la masculinidad, pasar pruebas de paso a la etapa adulta, como la manera de pertenecer al grupo de iguales. Si somos hombres es habitual que en algún momento nos encontremos llevando a cabo alguna de esas actividades consideradas de riesgo, para demostrar a los demás del grupo que somos tan machos como ellos o más: consumir drogas para demostrar que yo controlo o aguanto, participar en carreras o peleas para competir con los otros hombres y demostrar que soy mejor que ellos, practicar sexo sin protección para demostrar que controlo y que mi cuerpo no enferma, etc. Por tanto, los mandatos de género que he recibido harán que con frecuencia exponga mi salud.

EJERCICIO: ¿Has corrido o corres algún riesgo habitualmente? ¿Crees que tiene relación con alguno de los mandatos de género que hemos visto en el primer capítulo? ¿Tiene algún impacto en tu salud? Mapa de riesgos

En el caso de las mujeres podría parecer que al no recibir estos mandatos no estamos expuestas a este tipo de riesgos y que en este caso las normas de género nos protegerían frente a estos peligros. En la mayoría de los casos no ha sido así, las mujeres nos

hemos enfrentado, todavía lo hacemos en algunos casos, a estas situaciones desde la prohibición o la clandestinidad, sin información y sin poder recurrir a ninguna ayuda si la precisábamos, ya que se exponíamos a una fuerte crítica social. También debemos considerar que muchas de estas actividades o comportamientos “riesgosos”, tradicionalmente asociadas a la masculinidad, han gozado y gozan de prestigio en nuestra sociedad por lo cual es lógico que al ir ganando mayor igualdad y teniendo más oportunidades, las mujeres estemos adquiriendo estos hábitos.

Por otra parte, existen riesgos que las mujeres asumimos influidas por nuestros mandatos de género: relaciones desprotegidas para demostrar el amor o la confianza en la otra persona o como señal de que esta relación es especial; descuido de nuestra salud por invertir nuestro tiempo y energía en el cuidado de los otros; exponernos para conseguir drogas o dinero para nuestra pareja o para conseguir dinero o alimentos para las personas que dependen de nosotras; etc.

Como vemos los mandatos de género que recibimos influyen en la forma en la que las personas nos arriesgamos más o menos ante determinadas situaciones, lo cual tendrá un impacto directo e indirecto en nuestra salud.

- **IMAGEN SOCIAL Y CUERPO:** En muchas ocasiones antepone la imagen social que causamos en las otras personas a nuestro cuidado o nuestras necesidades. El tener una imagen social apreciada por los grupos a los que pertenecemos es importante tanto para los hombres como para las mujeres. En este caso rápidamente nos daremos cuenta de que esa imagen social va a depender en gran medida de nuestra capacidad para cumplir las normas sociales asociadas al género.

Por ejemplo: En las mujeres la belleza, entendida como el cumplimiento de los códigos estéticos imperantes en cada momento en nuestra cultura, será un factor decisivo en su valoración social. Mientras que en los hombres se valorará más la fuerza o el cuadrar con lo que en nuestra cultura se considera ser exitoso o ganador.

De tal manera que todos aquellos esfuerzos y medidas que tomemos para cumplir con los mandatos asociados a nuestro cuerpo o nuestra imagen social tendrán un impacto en nuestra salud: bien como factor protector si potencian la misma, bien como factor de riesgo si la sacrificamos para cumplir con modelos de belleza o imágenes sociales insalubres.

Así las mujeres, en muchas ocasiones, arriesgaremos nuestra salud para permanecer delgadas o con unas medidas determinadas: seguiremos dietas desequilibradas, consumiremos sustancias que se asocian con la pérdida de peso de forma real o imaginaria, llevaremos a cabo conductas purgativas como vomitar o usar laxantes de forma inne-

cesaria. La presión sobre nuestro peso y nuestras medidas como ideal de belleza es muy fuerte en todas las imágenes sociales y mandatos que nos rodean. Por otra parte, es frecuente que pensemos que la forma de conseguir una pareja o mantenerla es cumplir con los modelos de belleza sociales, ya que se nos repite hasta la saciedad que uno de los valores más importantes en la mujer es la belleza. Las bestias o las ranas de los cuentos pueden ser príncipes que serán rescatados por el amor de una bella joven, pero no hay cuentos en los que el príncipe se enamore de una rana o monstrea femenina por su “interior” y menos que invierta todo su esfuerzo y amor en intentar cambiarla o hacer que esa belleza interna aflore al exterior.

EJERCICIO: ¿He expuesto mi salud alguna vez para intentar conseguir una imagen determinada de belleza o para modificar mi cuerpo? ¿Cuáles de las cosas que hago relacionadas con mi imagen corporal son factores de riesgo y cuáles factores protectores para mi salud? Mapa de salud y belleza.

Además de los ejemplos que hemos visto hasta ahora ¿qué otros factores, de los que vimos con relación a los modelos de feminidad y masculinidad, son factores de riesgo para la salud y cuáles son factores de protección? ¿Puede cambiar esto según la circunstancia o el contexto? ¿Cuáles de estos factores me han afectado o me afectan en mi salud?

Los hombres también pondremos en riesgo nuestra salud para mantener nuestra imagen social de ganadores, como ya vimos en el apartado anterior; o nos exponemos al consumo de sustancias para aumentar nuestra musculatura, haremos dietas insanas con la finalidad de aumentar el volumen de la misma o practicaremos ejercicios excesivos para nuestras capacidades.

Como hemos visto y reflexionado en estos ejemplos, nuestra salud se relaciona de una manera directa con los mandatos de género que nos han afectado y afectan en nuestro día a día. Por tanto, aplicar un análisis y medidas desde la perspectiva de género nos ayudará a despistar esta influencia y poder corregir sus efectos sobre nuestra salud. Es muy importante que a la hora de relacionarnos con nuestro cuerpo y nuestra salud nos demos cuenta de cuáles de esos mandatos me están influyendo a mí aquí y ahora, para poder tenerlos en cuenta y actuar sobre ellos si no quiero que su influencia, sobre mi cuerpo y mi manera de relacionarme con él, persista.

Salud y mujeres que consumen drogas

En este apartado vamos a abordar algunos factores que pueden tener importancia en la salud de las mujeres consumidoras de sustancias adictivas. Como ya hemos visto a lo largo del texto, la perspectiva de género y el estudio de cómo los mandatos de género y las normas socioculturales influyen en nuestra vida, es importante para poder actuar sobre su influencia. También nos resulta evidente que la diferencia sexual de los cuerpos humanos se sustenta en diferencias orgánicas que atribuimos a uno u otro sexo (hormonas, aparatos reproductores, etc.) y sospechamos que estas diferencias pueden hacer que la respuesta de nuestro cuerpo ante las distintas sustancias de consumo sea distinta. Esta evidencia que ahora nos parece lógica, durante muchos años no ha sido tenida en cuenta; es normal que los estudios médicos y las afirmaciones científicas sobre el impacto de las sustancias en los cuerpos, se hayan hecho basándose sólo en estudios y datos recogidos sobre grupos de hombres cis¹¹, que han sido generalizados a toda la población consumidora, como si el género y el sexo no tuvieran ninguna influencia o no introdujeran variación ninguna entre las distintas personas consumidoras. Por este motivo, gran parte de la información y los textos de los que disponemos, que han sido utilizados como información para trabajar con cualquier persona que consuma drogas, deben ser matizados y completados al aplicar la perspectiva de género.

En general las afirmaciones sobre salud, hasta hace pocos años, se basaban en estudios relacionados con grupos de hombres cis. No se incluían personas trans y tampoco era habitual incluir mujeres cis en los estudios por distintos motivos: dificultad de las mujeres para seguir las indicaciones y acudir a las citas por su precariedad y por tener que cuidar a otras personas, alteración de los datos por sus ciclos hormonales, riesgo de afectar a su fertilidad o posibles efectos negativos sobre el feto si estaban embarazadas. Se sabía que las reacciones y los síntomas podían ser distintos, por eso no se incluían, pero luego se generalizaban los resultados como si las diferencias pudieran enturbiar el resultado de los estudios pero no tuvieran importancia en la vida real de las personas. Esta forma de mirar al mundo a través de unos resultados obtenidos sólo estudiando los hombres cis, pero pretendiendo que esos resultados fueran universales y aplicables para todas las demás personas se llama *sesgo androcéntrico*, y ha sido propio de las ciencias humanas y médicas durante muchos años; todavía muchas personas que se dedican a la investigación incurrir en él al no aplicar la perspectiva de género en sus estudios. Toda la información que recibimos de los estudios en los que si se ha aplicado esta perspectiva permite que vayamos identificando las diferencias que pueden afectar a los distintos cuerpos y a las distintas personas que han sufrido la influencia del género en nuestra sociedad, y de esta manera vamos aprendiendo a actuar sobre los distintos factores que afectan a cada persona y a intervenir de una manera más orientada para recuperar su salud o conservarla.

¹¹ Llamamos hombre cis a aquella persona a la que se asignó el sexo hombre al nacer y ese es el sexo con el que él se identifica. Profundizaremos más en estos conceptos en el apartado de Identidad sexual.

Esto no quiere decir que el género o el sexo sean los únicos factores que introducen diferencias de salud entre las distintas personas, como ya hemos mencionado en otras ocasiones a lo largo del texto, será necesario tener en cuenta muchos otros factores también: edad, etnia, clase social, procedencia migratoria, etc. Todos estos factores se mezclan de forma diferente en cada persona, haciendo que nuestras maneras de sentir, reaccionar y situarnos en el mundo sean diversas. Así mismo en cada persona unos factores u otros tendrán mayor o menor impacto en su salud y en su consumo de sustancias, y tendremos que valorar en cada caso cuáles de estos factores tienen importancia y cómo interactúan entre ellos para poder actuar de la mejor manera posible.

Por ejemplo: Es habitual que en toda la información sobre alcoholismo podamos leer que los hombres consumen más alcohol que las mujeres, lo cual es cierto. Pero también es cierto que ahora sabemos que las mujeres hemos consumido y consumimos de manera diferente a los hombres y puede que nuestro consumo haya pasado desapercibido en gran medida, ya que tradicionalmente las mujeres hemos bebido solas en casa, en la intimidad de nuestros hogares donde estábamos menos expuestas al juicio público. También por ese motivo hemos acudido menos a pedir ayuda a espacios de atención al alcoholismo.

En la actualidad vemos dos tipos de consumo que, sin ser las únicas formas de consumo de alcohol posibles, se repiten con frecuencia en las mujeres, resultado de la interacción de la influencia del género y la edad:

- o Chicas jóvenes (<20 años) que hemos superado el consumo de los chicos de nuestra misma edad. Practicamos consumos intensos de forma esporádica: borracheras o botellón. Es habitual que mezclemos el consumo de alcohol con tabaco o cannabis.*
- o Mujeres más mayores (>40 años) que consumimos a diario. La mayor parte del consumo lo seguimos haciendo en nuestras casas solas. Es habitual que mezclemos este consumo crónico de alcohol con fármacos hipnosedantes o tabaco.*

Algunos de los factores relacionados con el sexo y el género que pueden afectar la salud de las mujeres que consumen drogas se resumen en el siguiente cuadro:

Factores biológicos asociados al sexo: mujer cis y hombre trans (sin tratamiento hormonal)

- Menor cantidad de enzimas detoxificadoras de sustancias
- Menor masa corporal. Variaciones en porcentajes de masa magra y grasa
- Interacciones entre sustancias y hormonas

Factores asociados al género femenino

FACTORES DE RIESGO

Trabajo doméstico y de cuidados obligado e invisibilizado
 Conflictos con familia, pareja o hij@s
 Falta de actividades de ocio o tiempo libre
 Menor acceso a estudios o formación
 Precariedad económica o laboral
 Violencia física, psíquica o sexual
 Presión sobre imagen corporal, mala relación con cuerpo

FACTORES DE PROTECCIÓN

Trabajo externo remunerado
 Acceso a formaciones o estudios
 Actividades de ocio o tiempo libre
 Existencia de redes de apoyo (grupos de mujeres, amigas, etc.)
 Imagen corporal positiva, conocimiento de cómo funciona el cuerpo, conocimiento sobre sexualidad y placer
 Aplicar autocuidado vs agotarse en cuidado de otr@s

Los factores biológicos/orgánicos afectan tanto a las mujeres cis como a los hombres trans¹² que no están recibiendo tratamiento hormonal: esto corresponde con cuerpos humanos que han estado sometidos durante su desarrollo a la acción de las hormonas consideradas femeninas (estrógenos y gestágenos) y que continúan estándolo. Esta condición determina que su porcentaje de masa magra y masa grasa sea diferente al de los cuerpos expuestos a niveles más altos de hormonas consideradas masculinas (testosterona y otros andrógenos), así como variaciones en las enzimas hepáticas encargadas de metabolizar los tóxicos que entran en contacto con el organismo. Es evidente que los cuerpos humanos son diversos y que los niveles hormonales variarán considerablemente entre los cuerpos asignados al grupo mujer al nacer. Incluso genéticamente se trata de un grupo heterogéneo, en este grupo encontraremos personas con dos cromosomas X (XX, es la combinación de cromosomas sexuales considerada femenina en la especie humana), pero también personas intersexuales¹³ con vulva. Con todo esto queremos poner en evidencia que los cuerpos humanos no son biológicamente binarios, es decir, en los humanos no sólo hay dos posibles tipos de cuerpo: el de hombre y el de mujer. Pero la diversidad no contradice la influencia que los genes y las hormonas tienen en algunas de nuestras funciones corporales y en nuestra capacidad para responder orgánicamente a distintas sustancias, incluidas las drogas; por tanto es importante que tengamos información sobre cómo ciertas enfermedades pueden manifestarse en unos y otros cuerpos.

¹² Hombres que al nacer fueron asignados al sexo mujer, identificándose ellos como hombres.

¹³ Hablamos de personas intersexuales en aquellos casos en los que se mezclan en un mismo cuerpo características anatómicas, genéticas y hormonales consideradas características de ambos sexos. Veremos con más detalle la intersexualidad en el apartado de Cuerpo y genitales

Por ejemplo: El consumo de alcohol crónico produce un pico de mortalidad por distintas causas relacionadas con él entre los 60 y los 64 años en los hombres cis y entre los 50 y los 54 años en las mujeres cis. Este adelanto de 10 años en el caso de las mujeres se debe a diferencias en el metabolismo del alcohol, que hacen que aumente su toxicidad en ellas. Además, su uso crónico produce un aumento de los estrógenos circulantes que se asocia con alteraciones de la menstruación y con una mayor incidencia de tumores asociados a estas hormonas.

En el caso del tabaco la mortalidad asociada al mismo ha aumentado un 12% en los hombres y un 30% en las mujeres, son el doble de sensibles al cáncer de pulmón tanto si son fumadoras activas como pasivas. El tabaco activa el paso de estrógenos a catecolestrógenos, una molécula que se parece a las hormonas del estrés y produce ansiedad e irritación¹⁴.

Así mismo será necesario tener información sobre cómo los tratamientos de reasignación sexual con hormonas en las personas trans, pueden interaccionar con otras sustancias como las drogas. Es conocida la presencia de efectos secundarios cardiovasculares al usar estrógenos y derivados de los mismos, estos efectos se multiplican al mezclar estos con el tabaco o el alcohol, por lo que habrá que tenerlo en cuenta al mezclar ambos. Otras drogas como la cocaína o fármacos como el sildenafil (Viagra®) también pueden tener efecto sobre el corazón y la tensión arterial, que se sumarían a los anteriores. El uso de las hormonas para este tipo de tratamientos es relativamente reciente, por lo que todavía necesitamos más información y estudios para conocer todas las posibles interacciones. Lamentablemente no todas las personas que recurrimos a estos tratamientos lo hacemos bajo la supervisión de personal sanitario, lo cual puede ponernos en riesgos de multiplicar los efectos secundarios o evitar que los resultados sean los esperados.

EJERCICIO: ¿Has usado hormonas en alguna ocasión? ¿Has tenido algún efecto secundario al hacerlo? ¿Has notado cambios en tu cuerpo a raíz del uso de alguna droga? ¿Has notado cambios en el cuerpo de otras personas consumidoras? ¿cuáles? Mapa de cambios corporales

Como podemos ver en el cuadro resumen, hay una serie de factores asociados al género que actúan como factores de riesgo, aumentando las consecuencias y los efectos negativos del consumo en las mujeres, y otros como factores de protección. ¿Crees que alguno de ellos te afecta o ha afectado? ¿Ha actuado en tu caso como factor de riesgo o como factor protector? ¿Se te ocurren otros mandatos de género o factores asociados al género que tengan importancia en la salud de las mujeres?

Salud sexual y reproductiva

Cuando hablamos de sexo, muchas veces pensamos en algo que hacemos, y en concreto en algo que hacemos con los genitales. Pero el sexo es mucho más, es algo que somos. Es parte fundamental de nuestra identidad. Para poder vivir nuestro cuerpo placentero y relacionarnos de manera saludable y enriquecedora con los demás, tendremos que afrontar primero una mirada al sexo que somos, a cómo nos hemos construido como personas sexuadas en nuestra sociedad y cuáles son mis sensaciones, pensamientos e intereses en esta esfera. Será desde ese conocimiento propio y esa reflexión, desde donde podremos alcanzar una erótica (sexo que hacemos) basada en el deseo, el placer y el respeto.

Por tanto, cuando hablamos de sexo estaremos hablando de todos estos aspectos de nuestras vidas:



Nuestra sexualidad es la manera en la que cada una de nosotras vivimos y manifestamos todos estos aspectos.

Más adelante iremos tratando uno por uno estos componentes con más detenimiento y reflexionando sobre algunos aspectos interesantes, pero ahora vamos a enmarcar este trabajo descubriendo cuál es la base sobre la que trabajaremos todos y cada uno de ellos. Hay tres conceptos importantes que van a enmarcar y guiar todo el trabajo que hagamos con nuestro sexo y sexualidad: diversidad, derechos sexuales y reproductivos y cuidado.

Diversidad

Diversidad es el concepto clave en todos los aspectos de la sexualidad humana y en general en todas las vivencias humanas. Las personas somos diversas, en nuestros cuerpos, nuestros sentires, nuestras expresiones, nuestras conductas, nuestras maneras de relacionarnos y establecer vínculos con otras personas, etc.

En nuestra cultura ha sido tradición vincular o limitar el sexo a temas relacionados con la reproducción de los seres humanos. Siendo esto así, se ha impuesto un modelo binario que nos habla de dos sexos (hombre y mujer), dos géneros (lo masculino y lo femenino) y una orientación (heterosexualidad) que serían las “naturales” o “normales”, relegando todas las demás formas de ser y estar a los márgenes de la sexualidad, a vivir y expresarse en la periferia. Frente a este modelo excluyente y jerarquizante, existen maneras de explicarnos como personas sexuadas, que no establecen estas diferencias o categorías, sino que nos hablan de la diversidad humana y de todas las maneras en las que las personas nos expresamos y sentimos, de la diversidad de los cuerpos (genética, hormonal, genital,...), de la diversidad de los modos de manifestarse como hombres, mujeres o personas no binarias, de las diversas maneras de vincularnos y formar familias y parejas. Para trabajar las distintas esferas del sexo en nuestras vidas vamos a partir de esa diversidad, para tratar de darnos cabida y encontrar todas, nuestro ser, nuestro sentir y nuestro expresarnos en sexualidad. Pretendemos abrir puertas y ventanas a nuevas maneras de vivirnos y relacionarnos, con más respeto y con más cuidado, que nos hagan crecer y que apoyen nuestros andares en el camino de la salud y el amor propio.

EJERCICIO:

¿Con cuáles de las esferas de la sexualidad asocias más fácilmente la diversidad? Cita posibles diversidades para cada uno de los apartados: genitales y cuerpo, identidad, orientación, mitos o fantasías, placer, relaciones, reproducción y familia (mapa de la diversidad). ¿En cuál de los apartados te cuesta menos y en cuál te cuesta más encontrar ejemplos de diversidad?

Para que esta manera de trabajar sea coherente y posible, y se constituya en pilar de nuestra transformación, es imprescindible que sepamos los derechos

humanos que la avalan y que son la base sobre la que construimos y descubrimos diversas.

Derechos sexuales y reproductivos

Los Derechos Sexuales y Reproductivos forman parte de los derechos humanos, y así han sido reconocidos por los estados y organismos internacionales. Es fundamental, dada la importancia del sexo y la sexualidad en la vida de las personas, que garanticemos que puedan vivirse en libertad y con dignidad. Cada persona debemos poder tomar todas las decisiones referentes a estos aspectos de nuestra vida, con la información y los recursos necesarios, para que nuestra sexualidad sea respetada y se nos permita vivir cada vez de una manera más sana, segura y responsable, lejos de prejuicios, castigos o exclusiones sociales.

1.- Derecho a la Igualdad	2.- Derecho a la Autonomía Sexual	3.- Derecho a la Libertad e integridad corporal	4.-Derecho a decidir sobre las distintas opciones reproductivas	5.- Derecho a la información
6.- Derecho a la Educación sexual	7.- Derecho a la atención y protección de la salud sexual y de la salud reproductiva	8.- Derecho a la privacidad y a la confidencialidad	9.- Derecho a optar por los diversos modos de convivencia	10.- Derecho a la participación y libertad de opinión

Carta de los Derechos Sexuales y Reproductivos de la FPFPE, 2010.

Todas las personas tenemos estos derechos y es obligación de las instituciones y estados facilitar las condiciones que permitan su cumplimiento.

El consumo adictivo de sustancias puede dificultar mi capacidad para ejercer estos derechos.

Por ejemplo, dificultando mi capacidad para expresarme asertivamente sobre lo que quiero o no quiero practicar eróticamente o para poner límites o respetar los límites de otras personas; poniéndome en riesgo de contraer enfermedades o dificultando que acceda a las pruebas diagnósticas o a los tratamientos.

También cuando me vulneran estos derechos puede que recurra al consumo como una forma de gestionar mi frustración o la ansiedad o tristeza que me produce este hecho.

Por ejemplo, si mi familia o amigos no aceptan mi identidad u orientación sexual o si siento deseos eróticos que no sé cómo manejar o que creo que serán juzgados negativamente por las personas que me importan.

EJERCICIO: ¿Cuáles de estos derechos conocías? ¿Cuáles crees que has ejercido con más facilidad? ¿Crees que han vulnerado algunos de estos derechos en tu caso? ¿Crees que has vulnerado alguno de estos derechos a otra persona? Mapa de mis derechos sexuales y reproductivos

Cuidado

Si buscamos la definición de cuidado en el Diccionario de uso del español de María Moliner encontramos lo siguiente:

1.- Intranquilidad o preocupación por el temor de que haya ocurrido u ocurra algo malo.

*2.- Interés y atención que se pone en lo que se hace. *Para que salga lo mejor posible. *Para evitar un riesgo. *Para evitar un mal efecto. *Para que no se estropee una cosa delicada*

3.- Cosa de la que tiene que ocuparse la persona de que se trata. Incumbencia.

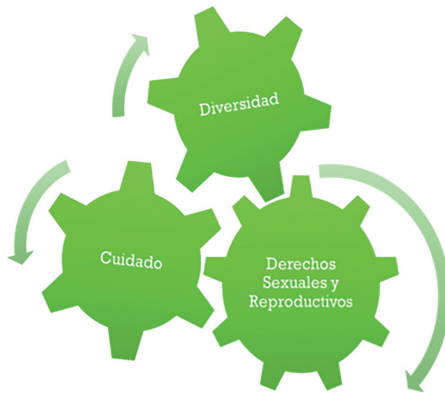
4.- Acción de cuidar”

Todas estas posibles acepciones para la palabra nos sirven cuando nos referimos a nuestra sexualidad y a nuestra salud sexual. Muchas veces toda la información que recibimos por parte de los profesionales sobre sexualidad tiene que ver con los miedos, con los riesgos que corremos (infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados, entre otros), pero la sexualidad también es placer y también soy yo y cómo me expreso. Así que sin quitar importancia a esos cuidados que deberemos tener para evitar o disminuir al máximo los riesgos que corremos al vivirla, aquí también queremos dar importancia al cuidado como interés, como atención y como manera delicada de tratarnos y de tratar a las demás personas en esta esfera. Cuando hablamos de cuidado estamos hablando de poner atención e interés en todos los aspectos de la sexualidad en mi vida. También estamos hablando de cuidar nuestro cuerpo y nuestro ser, de entender que son de nuestra incumbencia, que nosotras tenemos mucho que decir en cómo nos tratamos y en cómo queremos que nos traten las demás personas con las que nos relacionamos. También estamos hablando de relaciones que se basan en el placer, en tratar nuestro cuerpo con respeto y delicadeza (independientemente de las prácticas eróticas que queramos hacer), en poner atención e interés en las personas con las que nos relacionamos (una vez, varias veces, muchas veces o todo el tiempo) y en exigir que se nos trate de esa misma manera (sea cual sea la naturaleza de la relación que compartimos).

Por ejemplo: En una relación en que la otra persona no acompaña mi decisión de desintoxicarme de un consumo adictivo, no facilita que pueda acudir al centro o a las terapias necesarias o me estimula a volver a consumir, no estaríamos en una relación de cuidado. Tampoco estaríamos en una relación de cuidado si la otra persona no muestra interés por mi forma de sentir placer o no respeta mi decisión de querer usar preservativo.

En cambio, si me relaciono con una persona que acompaña mi deseo de seguir un proceso de desintoxicación y me facilita poder acudir a las sesiones, ayudándome con mis responsabilidades y mis necesidades durante el proceso, si estaríamos hablando de una relación de cuidado. Del mismo modo son relaciones de cuidado propio y hacia la otra persona o personas, cuando usamos preservativo y estamos pendientes de que todas nos sintamos cómodas y conformes con todo lo que estamos haciendo (consentimiento).

La salud sexual y reproductiva es una parte importante de la salud general de todas las personas. Las personas consumidoras de sustancias adictivas o que han consumido no son una excepción a esto. Cuanta más información tengamos sobre el sexo y nuestra sexualidad, y más hayamos reflexionado sobre estos temas, más cuenta nos daremos de cuáles de estos factores se relacionan con nuestra salud y nuestra forma de actuar en referencia a ella. Podremos tomar mejores decisiones, ser más autónomas y encontrar



EJERCICIO: ¿Qué cosas hago para cuidarme? ¿Cómo cuido a las personas con las que me relaciono? ¿Cómo pido a las demás personas que me cuiden? ¿Cómo me cuidan las personas con las que me relaciono? Mapa de los cuidados

soluciones más eficaces a los problemas que tengamos. La finalidad de este cuadernillo es que nos tomemos un rato para reflexionar sobre todos estos aspectos de nuestra vida y nuestra experiencia, que podamos valorar el impacto que están teniendo en nuestro caso en particular y que podamos gestionarlos de mejor manera o con más conciencia a partir de este

momento. La salud es un proceso, como la vida, siempre podemos orientar el siguiente paso que demos en una nueva dirección. Toda la información que vayamos adquiriendo nos permitirá orientar mejor nuestro camino en el territorio de la salud, los mapas que estamos elaborando nos darán pistas sobre a dónde queremos ir y si estamos en el camino correcto para llegar allí, también nos descubrirán nuevas áreas y terrenos que quizás queramos explorar en el futuro.

EJERCICIO: ¿Qué aspectos de tu salud sexual crees que te cuesta más cuidar? ¿Qué aspectos sí cuidas o has cuidado? ¿Cómo lo haces?

Genitales y cuerpos

Desde el mismo momento en que nacemos, incluso antes gracias a las ecografías, se nos asigna un sexo según nuestros genitales. Si tenemos pene nos asignaran el sexo hombre/varón. Si tenemos vulva nos asignaran el sexo mujer/hembra. Si pertenecemos al grupo de personas que nacen con genitales “ambiguos” (intersexualidad), igualmente nos asignarán uno de los dos sexos, para determinarlo estudiarán nuestros aparatos reproductores internos, nuestros genes o la posibilidad de transformar nuestros genitales en uno u otro de los considerados “normales” mediante cirugía. En nuestro país todas las personas debemos tener un sexo asignado para poder ser inscritas en el registro civil. A partir de que tengamos asignado este sexo, gran parte de las decisiones que tomarán sobre nosotras estarán determinadas porque hayamos caído en uno u otro de estos dos grupos. De forma que la diversidad presente en los genitales humanos al nacimiento quedará confinada en dos posibilidades: pene o vulva. Y estas dos posibilidades se traducirán en un modelo binario que se extenderá a todas las manifestaciones de la sexualidad. En algunos países: Alemania, Australia, Nueva Zelanda, Nepal, Pakistán, India, Bangladesh y Canadá. se reconoce un *tercer género*, rompiendo el modelo binario y permitiendo que las personas progenitoras no tengan que tomar esta decisión hasta que la persona se identifica por sí misma. Otros países europeos, como Holanda, permiten que no se consigne ningún sexo al inscribir a la persona si no puede determinarse este al nacer (genitales “ambiguos” u otras intersexualidades).

En el modelo binario sexual se dan por sentadas las siguientes combinaciones anatómicas:

- Vulva – Aparato reproductor con vagina, útero, trompas y ovarios – Cromosomas sexuales XX – Predominancia hormonal de estrógenos y progesterona – Caracteres sexuales secundarios femeninos
- Pene – Aparato reproductor con testículos, vesículas seminales, próstata – Cromosomas sexuales XY – Predominancia hormonal de andrógenos (testosterona) – Caracteres sexuales secundarios masculinos

En algunos cuerpos estas combinaciones se cumplen de esta manera, pero en muchos otros cuerpos se manifiesta una mezcla de estos parámetros de diversas maneras. Todos esos casos en los que se mezclan algunas de estas características en la persona recién nacida se denominan *intersexualidad*. Según Anne Fausto-Sterling, bióloga especialista en estudios sobre la sexuación del cuerpo, presenta en su libro *Cuerpos sexuados*, la frecuencia de cuerpos intersexuales es aproximada al 1,7% de la población. Así en una población de 200.000 habitantes, habría en torno a 3400 personas intersexuales. Estas cifras nos dan una pista sobre la diversidad de los cuerpos y lo alejada que está la realidad del modelo binario. Pero incluso los cuerpos de las personas no diagnosticadas como

intersexuales presentan una variación de características anatómicas muy grande. Como todas hemos sido educadas en el modelo binario de sexo/género, que incluye imágenes determinadas de lo que es un cuerpo propio de lo masculino y propio de lo femenino, nos esforzamos porque nuestro cuerpo se parezca a lo que mi cultura considera adecuado a mi sexo. Este esfuerzo para adaptarnos a lo que “debe” ser es muy evidente con relación a las hormonas y los caracteres sexuales secundarios.

Llamamos caracteres sexuales secundarios a todas las modificaciones corporales que suceden durante la adolescencia por influjo de las hormonas sexuales y que hacen que los cuerpos tomen aspecto masculino o femenino:

- Tamaño de los pechos
- Distribución de la grasa y el músculo corporal
- Distribución del vello en el cuerpo
- Gravedad de la voz
- Altura y tamaño corporal

De esta forma esperamos que el cuerpo de una niña (criatura con vulva al nacer), al llegar a la adolescencia desarrolle por acción de las hormonas las siguientes características:

- Pechos voluminosos
- Caderas y nalgas redondeadas
- Cintura estrecha
- Piel sin vello, excepto axilas y pubis (no demasiado abundante)
- Voz fina o aguda
- Menor tamaño y altura que los chicos de su edad

En cambio, en el cuerpo de un niño (criatura con pene al nacer) esperaremos los siguientes cambios:

- Torso plano con mamas sin desarrollar
- Formas rectas sin curvas en caderas, nalgas, cintura, etc.
- Piel con vello en todo el cuerpo, especialmente en zonas como la cara
- Voz grave o gruesa
- Mayor altura y corpulencia que las chicas de su edad

Pensando en nosotras y en las demás personas que conocemos nos damos cuenta en seguida que no todas cumplimos estas características al pie de la letra, más bien tendremos

que concluir que los cuerpos de los hombres y las mujeres que conocemos son diversos y con características variadas. Sin embargo, pretendemos cumplir la ficción binaria:

- Nos depilamos el cuerpo para que no haya vello donde “no debería”
- Si somos hombres nos afeitamos el vello de la cara para que sea fuerte y evidente, mientras que si somos mujeres buscamos técnicas que lo eliminen de manera definitiva o que lo desaparezcan de la forma más eficaz (incluso tomar tratamientos hormonales si fuera preciso)
- En los chicos se estimula la práctica del deporte desde la infancia mientras que en las niñas se estimulan otro tipo de actividades como el baile que ayudaran a modelar su figura. En la etapa adulta pasará lo mismo con las técnicas de musculación, más típicas de los hombres, y las actividades para adelgazar o controlar el peso más utilizadas por las mujeres.
- Usamos maquillaje y ropas específicas que ponen en evidencia y resaltan unas u otras características: muchas mujeres usan sujetadores con relleno o que colocan el pecho de manera que lo ponen más en evidencia o hacen que parezca mayor; mientras que los hombres con mamas desarrolladas tratan de disimularlas o en cualquier caso no usan sujetador.
- Podemos recurrir a la cirugía estética o tratamientos de belleza para potenciar estas características de una u otra manera.
- También puede que iniciemos un consumo de drogas o lo mantengamos por conseguir alguna de estas características:

Por ejemplo: usar cocaína o anfetás para adelgazar o anabolizantes para muscularnos.

En ocasiones es el consumo de sustancias adictivas el que transforma nuestro cuerpo.

Por ejemplo, el consumo de alcohol produce un aumento de estrógenos circulantes que puede favorecer el desarrollo de las mamas en el hombre, producir enrojecimiento de cara y manos por dilatación de los capilares sanguíneos, adelgazamiento de nalgas y piernas con aumento del contorno abdominal...

EJERCICIO: Elabora un mapa corporal señalando zonas que hemos modificado para ajustarnos a lo que pensamos que era correcto o bonito según lo que nos propone nuestra cultura. ¿Qué partes de nuestro cuerpo tienen marcas de género? ¿Qué partes de nuestro cuerpo tienen marcas del consumo de sustancias adictivas?

El resumen de todo esto es que las ficciones que la cultura nos transmite sobre cómo deben ser los cuerpos, hace que en muchas ocasiones establezcamos una auténtica batalla con el nuestro para salir de la diversidad y copiar los modelos binarios impuestos. Aceptar la diversidad de los cuerpos humanos nos permite volver a mirar nuestro cuerpo de otra manera y relacionarnos con él desde el cuidado y el placer.

Genitales

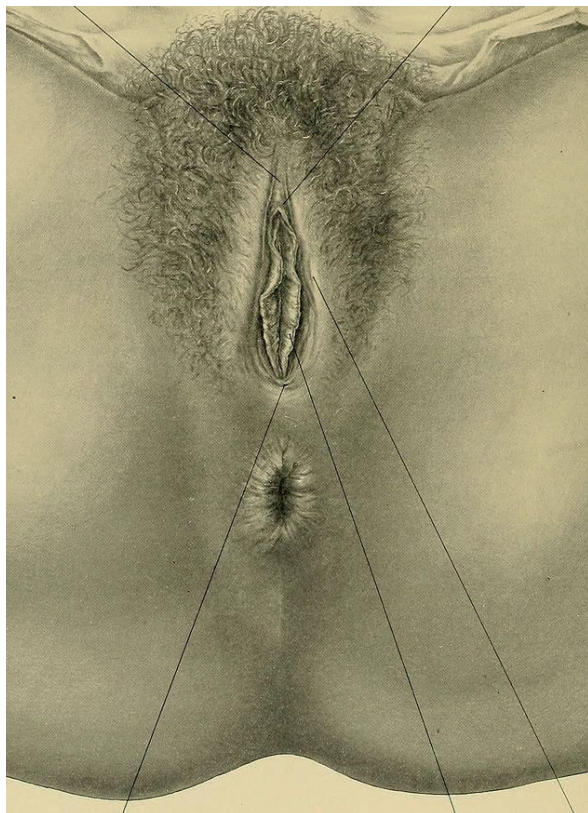
Una diferencia de género evidente con relación al cuerpo tiene que ver con la relación que tenemos con nuestros genitales. Desde que somos pequeñas la forma en que se nos permite, o incluso se nos estimula a, reconocer y cuidar nuestros genitales es distinta si hemos sido asignadas al grupo de niño o niña. Suele parecernos normal que un niño se toque los genitales, mientras que puede extrañarnos que una niña lo haga, incluso puede ser motivo de consulta con el pediatra si notamos que se los acaricia o frota con la mano o con objetos. Así mismo si tenemos pene es normal que sepamos cómo se llama técnicamente, cómo es y que veamos a lo largo de la infancia y adolescencia imágenes, dibujos o representaciones de otros penes. Si tenemos vulva es frecuente que no sepamos cómo se llaman nuestros genitales y que nos refiramos a ellos con nombres infantiles o diminutivos graciosos o nombrándoles “vagina” si queremos ser más técnicas. Pero no sólo ignoraremos su nombre, también es habitual que no tengamos una imagen clara de cómo es mi vulva y tampoco solemos tener imágenes al alcance para saber cuál puede ser su aspecto aproximado. Incluso hay muchas mujeres que podemos sentirnos incómodas hablando de nuestros genitales o que podemos tener sentimientos desagradables hacia ellos con relación a su olor o su aspecto o a la producción de flujo. Este desencuentro o mala relación con nuestra vulva hace que no podamos tener suficiente información sobre cómo debemos cuidarla, qué cosas son normales y cuáles deben llamar nuestra atención o sobre cómo funciona nuestro placer. Si nos relacionamos eróticamente con mujeres este desconocimiento es muy posible que no facilite una buena comunicación y que dificulte el placer de ella.

EJERCICIO: Pintamos un pene y una vulva. ¿Qué nos ha costado más? ¿Qué características de uno y otra piensas que importan más a las personas?

En general la vulva permanece fuera de nuestro mapa corporal, es habitual que pensemos en ella como un “agujero” o la entrada a una cavidad, nuestra información sobre sexualidad ha estado muy centrada en modelos sobre la reproducción, así que sabemos mucho sobre cómo funciona ésta: introducir el pene en la vagina (coito) para facilitar la unión de los gametos (células reproductivas de las personas); pero sabemos muy poco del placer y de cuáles son las zonas del cuerpo que se relacionan con el placer. Todavía hoy muchos dibujos y representaciones de la vulva presentan la entrada de la vagina

como un orificio abierto, manteniendo esta imagen de la vulva como entrada a la vagina. Sólo las personas con los músculos del suelo pélvico débiles o que han tenido varios partos, presentan la entrada de la vagina abierta en reposo.

Foto: Deaver, John B. Surgical anatomy, 1901



Existen muy pocas representaciones de vulvas en la historia del arte europeo, una vez que desaparecieron las venus prehistóricas. Muchas de las imágenes que podemos encontrar hoy en día en internet corresponden a personas que han retocado sus genitales para adecuarlos a los patrones de belleza impuestos en nuestra cultura. De esta forma es habitual que las mujeres crezcamos sin una referencia clara sobre cómo son las vulvas o la diversidad que hay en las mismas. Muchas artistas contemporáneas han tratado de poner en evidencia esta realidad y han pensado en obras de arte que pudieran representar la vulva y sus variaciones.

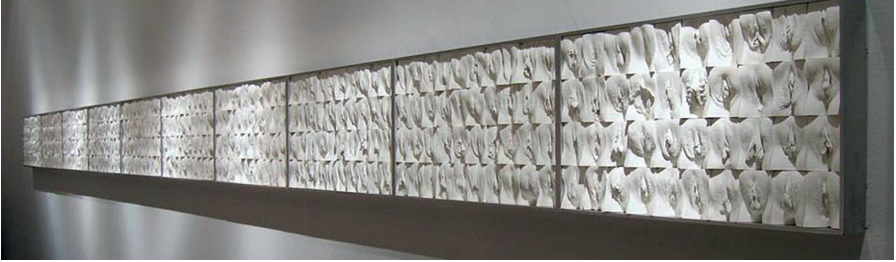


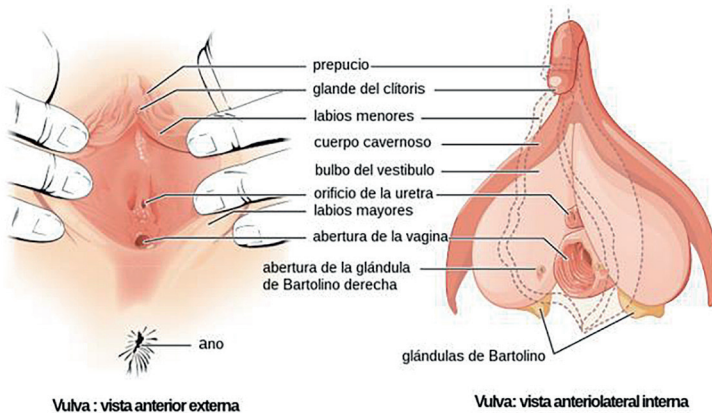
Foto: The Great Wall of Vagina from Jamie McCartney. Triennale di Milano museum, Milan Italy, 2013.

<http://www.greatwallofvagina.co.uk/home>

Por ejemplo, Jamie McCartney propuso esta exposición con múltiples moldes hechos a partir de vulvas de mujeres que quisieron participar voluntariamente en esta experiencia de visibilización. Existen muchas otras artistas en distintos países poniendo en evidencia la dificultad que tenemos en distintas culturas para hacer referencia a los genitales femeninos y normalizar nuestra relación con esta parte del cuerpo.

Por ejemplo en Japón, un país que tiene festivales dedicados al pene, se considera obsceno hablar o representar los genitales femeninos. El poner en evidencia esta situación y realizar representaciones artísticas de su vulva terminó con la artista Rokudenashiko en la cárcel por obscenidad en el año 2014.

Esta incapacidad para poder hablar con normalidad de nuestros genitales y saber cómo son o cuáles son sus partes dificulta que podamos conocer nuestro placer, ya que el órgano asociado con el placer genital es el clítoris, y forma parte o se relaciona con la vulva más que con la vagina.



Como se ve en las imágenes, el clítoris es un órgano que asoma su glande en la unión de los dos labios menores o internos, quedando cubierto por la unión de los mismos, para continuar extendiéndose detrás de la vulva rodeando la salida de la uretra y la vagina, en ocasiones también rodeará o tocará la salida del recto. Es un órgano muy variable, que en cada persona tendrá su propia longitud y distribución en la zona perineal. De su forma en cada cuerpo, y de las maneras en las que pueda ser estimulado directa o indirectamente, dependerá la forma en que su dueña siente placer y excitación genital durante las relaciones eróticas.

Ahora que tenemos más información sobre cómo es nuestra vulva podemos comprender la importancia de poder nombrarla, conocerla y saber cuidarla. Sea cual sea el sexo al que se nos asignó al nacer, todas las personas tendríamos que poder relacionarnos con todas las partes de nuestro cuerpo con normalidad y conocerlas por igual.

Aparato reproductor

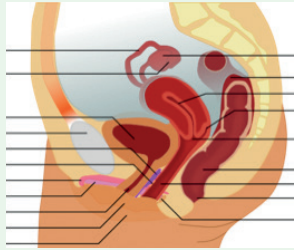
El aparato reproductor es el encargado de producir las células encargadas de formar nuevos seres vivos: gametos. El aparato reproductor que tiene testículos forma espermatozoides y el que tiene ovarios forma óvulos. De la unión de un espermatozoide y un óvulo surgirá un embrión que tras el desarrollo uterino nacerá como una nueva persona. Sin embargo, esta importante función no es la única que lleva a cabo el aparato reproductor, también forma parte del sistema endocrino de la persona, es decir, fabrica hormonas que actuarán sobre otros tejidos del cuerpo. Las hormonas son moléculas que se fabrican en unos órganos del cuerpo (órganos endocrinos) y viajan por la sangre para transmitir información, o producir cambios, en células o tejidos de otras partes del cuerpo. Son unos de los sistemas de comunicación más importantes para las distintas partes de nuestro cuerpo. Las gónadas (ovarios y testículos) no sólo producen gametos, también producen hormonas. Algunas drogas pueden afectar al funcionamiento o la producción de estas hormonas, interfiriendo en los ciclos menstruales y produciendo alteraciones en la reproducción.

Así como la vulva es muy desconocida, el aparato reproductivo de las mujeres que nacemos con ella es mucho más conocido. Uno de los mandatos de género más importante para las mujeres es la maternidad, es frecuente que oigamos a gente, incluso profesionales, diciendo que la mujer se realiza en la maternidad, que ser madre da sentido a la vida de la mujer o que la mejor tarea que una mujer puede llevar a cabo es la maternidad. Es raro que oigamos comentarios parecidos asociados a los hombres. No es que se considere la paternidad menos importante, pero no la nombraremos como lo que culmina la vida de un hombre o su destino principal. Como la maternidad y la fertilidad en la vida de una mujer se considera algo tan principal, es normal que tengamos mucha más

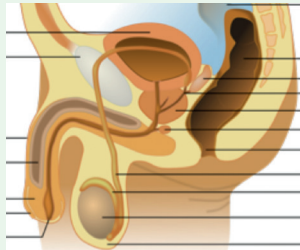
información sobre las funciones reproductivas de las mujeres y sobre cómo cualquier factor, en este caso las drogas, puede incidir sobre ella.

EJERCICIO: Sobre estas dos imágenes del aparato reproductor coloca el nombre de las partes que conozcas.

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Female_anatomy_with_g-spot-fr.svg



https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/7/71/Male_anatomy_es.svg/1280px-Male_anatomy_es.svg.png



Reflexiona sobre qué conocemos mejor en cada caso: genitales o aparato reproductor. ¿Sabemos más del placer o de la reproducción en hombres? Y ¿en mujeres?

Durante mucho tiempo no se incluían mujeres en los estudios sobre el impacto de las drogas sobre el organismo:

- Se pensaba que los hombres consumían mucho más que las mujeres
- Se pensaba que los resultados que se extrajeran de los estudios con hombres se podrían aplicar sin diferencias a las mujeres
- Se pensaba que los estudios, o los fármacos estudiados, podrían afectar a la fertilidad de las mujeres o producir malformaciones sobre el feto si estuvieran embarazadas

Así que la información que teníamos para trabajar y entender como las drogas afectaban al cuerpo de las mujeres era sesgada e incompleta. Los primeros estudios que incluyeron mujeres estaban diseñados para ver cómo el consumo de sustancias afectaba al embarazo y la lactancia, buscaban entender y minimizar el impacto del consumo en la criatura en desarrollo o recién nacida. Más adelante se fueron haciendo investigaciones

específicas para estudiar el impacto sobre la fertilidad del uso de drogas; estos estudios sí se hicieron y hacen mayoritariamente en mujeres, poniendo una vez más en evidencia un sesgo de género que considera la fertilidad una prioridad en la salud de las mujeres y no así en la de los hombres.

Con todo esto no queremos restar importancia al impacto que el consumo de drogas puede tener sobre la fertilidad o el desarrollo de un embarazo. Pero también queremos llamar la atención sobre cómo el uso de drogas puede afectar a otros momentos de nuestro ciclo menstrual o a otros factores relacionados con nuestro aparato reproductor:

- Interacción entre métodos anticonceptivos y drogas
 - o Olvido o mal uso del preservativo cuando la relación tiene lugar tras el consumo o durante el síndrome de abstinencia
 - o Discontinuidad en el uso de los métodos hormonales por destinar el dinero para comprarlos a adquirir droga
 - o Aumento de los posibles efectos secundarios de los anticonceptivos al sumarse a posibles efectos de las drogas

Por ejemplo: Riesgo de trombosis de los estrógenos se suma al riesgo de ictus del consumo de cocaína.

- o Olvidos a la hora de seguir las instrucciones de uso de los anticonceptivos hormonales
- Amenorrea (ausencia de menstruación) producida por distintos consumos, sobre todo cuando se asocian a malnutrición
- Impacto del tabaco en el adelanto de la menopausia
- Desmineralización ósea producida por el tabaco
- Aumento de los niveles de estrógenos circulantes por abuso de alcohol, que favorece la aparición de tumores sensibles a los estrógenos, como por ejemplo el cáncer de mama o endometrio.

Como se desprende de estos ejemplos el abuso de sustancias con potencial adictivo puede tener múltiples impactos sobre nuestro organismo en general y sobre nuestro sistema reproductor en particular; una buena manera de empezar a introducir el cuidado en esta esfera será:

- Acudir a las revisiones médicas periódicas
- Compartir la información de todas las sustancias que esté consumiendo con las profesionales que me atiendan
- Interesarme por los métodos anticonceptivos si estoy teniendo relaciones eróticas heterosexuales y no quiero ser madre
- Informarme de cómo el abuso de sustancias puede estar afectándome si sí quiero ser madre
- Pedir información sobre las infecciones de transmisión sexual y realizarme las pruebas de detección si he corrido riesgos en este sentido
- Cuidar mi higiene¹⁵ en la zona genital y anotar mis menstruaciones, sangrados y cualquier otro síntoma para poder consultarlo con las profesionales cuando acuda a verlas

Cuanta más información tenga al respecto mejores podrán ser mis decisiones para cuidarme y reducir los daños que el consumo haya tenido o esté teniendo sobre esta esfera de mi organismo.

¹⁵ En ocasiones abusamos de jabones o sustancias que pueden ser irritantes para una zona tan sensible. O nos lavamos con excesiva frecuencia por una mala relación con el olor de mis genitales o el flujo que producen. En el caso de la vulva, un exceso de higiene será tan inconveniente como un defecto.

Identidad sexual

Mi identidad sexual es una parte fundamental de quién soy. Como ya hemos visto a lo largo del texto nada más nacer nos asignarán un sexo (sexo asignado) y eso determinará muchas otras cosas en mi vida: el nombre que tendré, los colores con que me vestirán, el tipo de ropa que podré llevar, los juguetes que me regalarán, las expectativas que las personas adultas de mi entorno pondrán en mí, el trabajo que algún día realizaré, el papel en los cuidados de las personas de mi familia que tendré que asumir, mi salario, mi posibilidad de ocupar mejores puestos en la empresa en que trabaje, el tipo de riesgos que asumiré, etc. Este es, probablemente, el aspecto más importante de nuestra sexualidad por la importancia que tiene en todas las demás esferas de mi vida. No es el único factor sobre el que se construye mi identidad, nuestra identidad es la suma de muchos factores que influyen en la manera en la que me voy situando en el mundo y en cómo las demás personas se relacionan conmigo. Además de la identidad sexual, otros factores que construyen mi identidad son la edad, la clase social, la etnia, mis capacidades físicas, mentales y sensoriales, la orientación sexual, etc. Todas estas categorías sociales me atraviesan y su intersección construye la persona que soy. Como el género, muchas son construidas de forma distinta por cada cultura y cada sociedad.

Por ejemplo: Hay culturas que consideran a las personas ancianas las más sabias y dignas de respeto, es inusual que en estas culturas se lleve la contraria a las personas más mayores. Todas entendemos que en nuestra cultura se valora mucho más a la persona joven o adulta capaz de producir y ganar dinero, las personas ancianas no tienen un estatus de poder por el hecho de serlo.

Así mismo muchas de estas categorías establecen un reparto de poder diferente. Ya lo vimos con la categoría género y pasa con muchas otras, estableciéndose un reparto de los privilegios en la sociedad según el valor que tengas dentro de distintas categorías. A modo de gráfico para representar esta idea usaremos el esquema de Patricia Hill Collins (1990), realizado a partir de las teorías sobre interseccionalidad de Kimberly Crenshaw.

que somos, que nos hemos equivocado y que somos del otro sexo, que nuestro sentir está equivocado y que son las personas externas a nosotras las que saben la verdad. ¿Cómo nos sentiríamos? ¿Aceptaríamos que somos nosotras las equivocadas en cuanto a quienes somos? Las personas trans, aquellas cuyo sexo/género sentido no corresponde con los asignados al nacer, tenemos que enfrentarnos a esta situación. Una vez que somos conscientes de nuestra identidad sentida, tenemos que informar, convencer e incluso pelear con los demás para que se respete nuestro sentir. Cada sociedad ha gestionado y gestiona estas situaciones de una manera, aquellas que no hacen tanta presión en modelos binarios o en sexar a la gente en el momento del nacimiento, permiten una vivencia más adaptada a la diversidad humana. Las sociedades como la nuestra, que sexan al nacer y mantienen el empeño en modelos binarios con características muy determinadas, generan malestar y grandes grupos de personas teniendo que vivir su diversidad de forma escondida o luchando con el resto para ser reconocidas.

Dentro del grupo de personas trans, algunas deseamos modificar nuestro cuerpo para que adquiera características anatómicas del sexo sentido y que desaparezcan las asociadas al sexo asignado.

Por ejemplo: aumentar las mamas si el sexo sentido es mujer, aumentar el vello corporal y facial si el sexo sentido es hombre o cambiar los genitales. Para poder realizar estos cambios corporales, hay tratamientos hormonales y quirúrgicos.

En muchas ocasiones estas personas nos denominamos transexuales o usamos la palabra trans detrás del sexo sentido para especificar nuestra identidad: mujer trans u hombre trans. Algunas otras preferimos hacer hincapié en el proceso y nos denominamos con las siglas MTF (del inglés male to female refiriéndose a una persona que fue asignada al sexo hombre al nacer y transita al sexo sentido mujer) o FTM (del inglés female to male refiriéndose a una persona que fue asignada al sexo mujer al nacer y transita al sexo sentido hombre). Es importante para nosotras, igual que para el resto de las personas, que te refieras a nosotras según nuestro sexo sentido. Siempre que tengas dudas de cómo referirte a nosotras preguntanos.

En nuestro país, existe una ley nacional que regula la posibilidad cambiar la asignación sexual en el registro civil¹⁶ del año 2007. Además cada comunidad autónoma tiene unos criterios para que podamos acceder a los tratamientos hormonales y a las cirugías precisas para modificar nuestro cuerpo según el sexo sentido. Esto puede hacer que en unos territorios sea más difícil que en otros. Así mismo las personas trans migrantes podemos desconocer o tener dudas sobre a cuáles de esos tratamientos tenemos derecho. Todo esto puede hacer que optemos por conseguir las hormonas o los tratamientos por cauces alternativos sin un control sanitario. Estos tratamientos tienen efectos secundarios importantes, contraindicaciones para su uso e interacciones con otros fármacos o dro-

gas. Recibir un consejo sanitario adecuado al usarlos hará que podamos minimizar todas esas circunstancias en nuestro caso, hacerlo sin un consejo experto puede exponernos a efectos graves:

Por ejemplo: Los estrógenos tienen riesgo trombótico (coagulación de la sangre dentro de los vasos sanguíneos) por lo que están contraindicados en personas con alteraciones congénitas de la coagulación. Además, otras drogas con esos mismos riesgos pueden multiplicar el que la trombosis se produzca: tabaco, cocaína.

Por otra parte, algunos de estos tratamientos se inyectan, compartir el material de inyección es igual de riesgoso que compartir el material para inyectarse drogas. Se han detectado casos de transmisión de VIH en personas trans por compartir el material de inyección de los tratamientos hormonales. El coste de estos tratamientos fuera del sistema sanitario público es elevado, así que supondrá en muchos casos un desembolso importante de recursos. Esto se suma a la dificultad de muchas personas trans para conseguir un puesto de trabajo, sobre todo durante el proceso de transición. Es habitual que en esos momentos nuestros documentos identificativos y nuestro aspecto no se correspondan. El estigma y la dificultad para comprender y respetar estos procesos hacen que aflore la transfobia en muchas personas limitando nuestras posibilidades de acceso al mercado laboral. En ocasiones la prostitución se presenta como una de las pocas alternativas para ganar dinero. Las dificultades para negociar el uso del preservativo suponen otro riesgo importante de contraer infecciones de transmisión sexual. Conseguir una erección durante los tratamientos hormonales con estrógenos se vuelve más complicado, en ocasiones tenemos que recurrir a fármacos para potenciar la erección y el mantenimiento de la misma. Estos fármacos también presentan efectos secundarios e interacciones con otros fármacos y drogas, multiplicándose el riesgo de que estos aparezcan al mezclar todas estas sustancias.

Otras personas dentro del colectivo trans no deseamos modificar nuestro cuerpo, pero rechazamos las normas de género que se asocian al sexo que nos asignaron al nacer. Podemos denominarnos personas transgénero, personas trans o personas no binarias, cuando no nos sentimos identificadas con ninguna de las dos opciones de género presentes en el modelo binario de identidad. Las personas que no consideramos la identidad una construcción estable, es decir, sentimos que la identidad es un proceso que atraviesa a la persona y puede estar en cambio según las distintas vivencias y sentires de la persona, nos denominamos personas de género o identidad fluida.

Tratar de representar toda la diversidad del sentir humano y de las maneras de expresarnos y posicionarnos en el mundo es complicado. Durante años nuestra cultura ha priorizado un modelo binario impuesto sobre la diversidad. Todas las personas que no podíamos ajustarnos a ese modelo éramos consideradas excepciones al mismo. El número de personas consideradas excepciones es tan elevado que se hace evidente

la necesidad de repensar el modelo. De este proceso surgen nuevas etiquetas para las identidades diversas. El proceso de etiquetar siempre limita el sentir y la expresión humana. Nuestra época cultural utiliza mucho el etiquetado, sobre todo en las identidades digitales. Llamamos identidad digital a nuestra representación en las redes sociales. Queremos expresarnos de manera que las demás personas nos puedan identificar y conocer a golpe de clic. Esto precisa que construyamos una y otra vez nuestra identidad en la red, y que nos etiquetemos y nos nombremos para identificarnos e identificar a las personas con las que nos relacionamos virtualmente. Es posible que no nos sintamos cómodas con ninguna etiqueta en particular, o que después de reflexionar sobre este tema me cuestione algunos aspectos de mi experiencia. También puede ayudarme a entender mejor a otras personas de mi alrededor con identidades diversas o que están cuestionando el modelo. El movimiento *queer/queer* lucha frente a la necesidad de establecer etiquetas identitarias. *Queer* es una palabra inglesa que describe despectivamente a todas las personas “raras” o que no cuadran con los modelos binarios de sexualidad normativa. A finales de los años ochenta del siglo XX un grupo de activistas pertenecientes a este colectivo se apropió del término para dejar de considerarlo un insulto y convertirlo en una manera de estar, fuera de las etiquetas y de las normas de identidad sexual. En la teoría *queer/queer* la identidad sexual, de género o la orientación no se consideran identidades estables, la identidad se ve como algo en construcción que va respondiendo al entorno y al momento histórico y social. Muchas personas se sienten cómodas o identificadas con esta manera de interpretar la identidad, sin necesidad de asumir etiquetas.

EJERCICIO: ¿En qué redes sociales participas? ¿Cómo te describes en estas redes? ¿Qué datos miras para añadir contactos en tus redes?

Las personas cis, aquellas cuyo sexo asignado al nacimiento corresponde con el sexo sentido, también podemos sentir que el modelo binario no nos ajusta. En relación con el género podemos estar disconformes con muchos de los mandatos que hemos recibido y recibimos a diario. La identidad de mujeres y hombres se construyen sobre esos mandatos. La identidad femenina se centra mucho en el deseo de agrandar y gustar a los demás, se pone mucho énfasis en que el cuerpo de la mujer tiene que ser deseable y tener unas medidas y aspecto específico (ideal de belleza en nuestra cultura). Otra esfera fundamental sobre la que se construye la identidad femenina es la maternidad y el cuidado a las demás personas.

EJERCICIO: ¿Qué partes de mi cuerpo me gustan y cuáles me disgustan? ¿Qué partes considero que se relacionan con mi identidad? Reflexiona sobre si existe alguna relación entre esta manera de construir la identidad y el consumo de sustancias.

Mientras que la identidad masculina se centra en ejercer el poder y el control sobre otras personas, la potencia muscular y sexual, el trabajo productivo, ganar dinero para mantener a las personas que dependen económicamente de mí, autonomía y éxito social. Cuando hablamos de autonomía en relación con la masculinidad nos referimos a la autonomía económica (“ganapán”). Se supone que los hombres nos mantenemos económicamente a nosotros mismos, mientras que las mujeres podemos depender de padres o pareja. En cambio, para cuidarnos a nosotras mismas o a otras personas las mujeres somos más autónomas frente a los hombres. Los hombres solemos recurrir a el apoyo de alguna mujer para llevar a cabo ese trabajo.

También para manejar las emociones las mujeres estamos más preparadas, podemos hablar de emociones y mostrar como nos sentimos, llorar en público o pedir consuelo. Los hombres podemos expresar en público pocas emociones; no está bien visto que nos mostremos vulnerables, podemos expresar la rabia o el enfado, pero incluso para eso necesitaremos alguna mujer que nos ayude a modularlo porque con frecuencia puede que seamos agresivos al enfadarnos. Por tanto, más que hablar de personas autónomas y dependientes, es más correcto hablar de interdependencia. Todas las personas en nuestra sociedad somos seres sociales que necesitamos unas de otras para poder mantenernos y vivir. El modelo binario de sexo/género establece cuáles serán las fortalezas y cuáles las debilidades de cada género, complementando las actividades de uno y otro. Para que se establezca una verdadera igualdad entre las personas es preciso que todas valoremos lo que las otras personas aportan a nuestra vida y que todas las fortalezas sean consideradas con el mismo valor social, no es más importante ganar dinero que poder cuidar a las personas que dependen de nosotras. También es preciso para la igualdad que todas las personas aprendamos a realizar todas las tareas y podamos asumir cualquier rol. Las mujeres se han incorporado al mercado productivo de trabajo; pero en el trabajo de cuidados, incluido el manejo de las emociones, todavía queda mucho para poder asomarnos a una posible igualdad.

EJERCICIO: ¿Cómo me cuido? ¿A quiénes cuido? ¿Qué consideramos autonomía? ¿Es cierta la autonomía si dependo de los cuidados que me brindan los cuerpos femeninos? ¿Se relaciona la autonomía con el autocuidado? ¿Cómo se relaciona el autocuidado y la interdependencia con el consumo de sustancias?

Orientación sexual

La orientación sexual hace referencia a qué tipo de personas despiertan mi deseo erótico y/o afectivo. En el modelo clásico de sexo/género binario imperante en nuestra cultura existen tres posibles orientaciones sexuales, según mi identidad y la identidad de las personas que me atraen:

- **Heterosexual:** Es la orientación normativa, la que se considera “natural” según los mandatos de género de nuestra cultura. Soy heterosexual si me identifico con una identidad sexual y me atraen las personas que se identifican con la otra. Esta orientación es la que se presupone a todo el mundo en nuestra cultura¹⁷. Cuando vemos una película, salvo si se especifica que va de una historia de amor gay o lesbiana, todas las personas protagonistas estarán involucradas en relaciones heterosexuales. En algunos casos más modernos puede haber algún secundario con otra orientación, pero tampoco es muy frecuente. Cuando preguntamos a alguien si tiene pareja, solemos dar por sentado que será heterosexual, así que es frecuente que lo preguntemos de la siguiente manera: ¿tienes novio? Si es una mujer/niña o ¿tienes novia? Si es un hombre/niño. Si pensamos que alguien tiene otra orientación distinta a la heterosexual es frecuente que nos de vergüenza preguntarlo directamente si no tenemos mucha confianza, pensamos que la persona podría ofenderse. En cambio, si damos por sentada la heterosexualidad de las personas que acabamos de conocer nunca pensamos que puedan ofenderse por ello.

o **Homosexual:** Me atraen las personas de la misma identidad sexual con la que yo me identifico. En el caso de ser un hombre que me gustan los hombres se puede usar la etiqueta gay u homosexual. Si soy mujer y me atraen otras mujeres se suele usar la etiqueta lesbiana.



o **Bisexual** hace referencia a las personas a las que nos atraen personas de los dos sexos.

En el apartado de identidades vimos que cada vez más gente se identifica con otras posibles identidades: intersexual, trans, no binaria, queer... Por lo que estas tres orientaciones en ocasiones no pueden cubrir las orientaciones que incluyen estas otras identidades. Así mismo hay maneras de describir la orientación que no se basan en especificar la identidad sexual de las personas que me atraen, sino que describen el tipo de relaciones en las que deseo participar. Vamos a hacer un pequeño juego para ver cuántas de las etiquetas para

¹⁷Ya vimos en los mandatos de género que si éramos mujeres se nos suponía el gusto por los hombres y viceversa. Este mandato es muy fuerte y es una de las bases del sistema de género junto con la distribución desigual del poder entre hombres y mujeres. El sistema sociocultural que se basa en estos mandatos se denomina sistema heteropatriarcal.

describir orientaciones conocemos. Une los términos de la primera columna con su descripción en la segunda. Las respuestas* están al final si nos hemos liado un poco:

- | | |
|--------------------------------|--|
| <i>a.- Asexual</i> | <i>1.- Persona que no experimenta atracción romántica hacia otras personas</i> |
| <i>b.- Demisexual</i> | <i>2.- Persona que no experimenta deseo sexual por otras personas.</i> |
| <i>c.- Arromántico (Arros)</i> | <i>3.- La identidad de sexo o género de las personas que les gustan no tiene un papel en el deseo de estas personas.</i> |
| <i>d.- Pansexual</i> | <i>4.- Personas que pueden sentir deseo erótico cuando tienen un vínculo emocional con la otra persona.</i> |

Tradicionalmente las descripciones del deseo de las personas se han considerado estables, es decir, la persona presentaba el mismo tipo de deseo a lo largo de toda su vida. Aunque una vez más la diversidad humana lleva la contraria a las ideas preestablecidas. Si bien es cierto que hay personas que presentamos un tipo de orientación estable a lo largo de toda nuestra vida, otras personas pasamos por distintas etapas en temas de orientación o vamos descubriendo deseos nuevos o diferentes según evoluciona nuestra vida. Por tanto, en algunas personas estas etiquetas no permanecerán fijas durante toda su vida. Algunas personas nos sentimos cómodas identificándonos con determinadas identidades y orientaciones, nos sirve para entendernos y comunicarnos con las demás personas de nuestro entorno. Otras no nos sentimos cómodas si tenemos que identificarnos públicamente con alguna identidad u orientación en particular. Igual que con la identidad sexual, es frecuente que en nuestros perfiles digitales se nos pregunte por nuestra orientación, sobre todo en redes para conocer a personas; identificarnos en este caso con una etiqueta adecuada a nuestros deseos ayudará a que podamos relacionarnos con personas afines a nuestros gustos y deseos. Recordemos que la sexualidad humana es diversa, todas las formas de ser, estar y hacer deben ser respetadas de igual manera, todas tenemos los mismos derechos sexuales y reproductivos y debemos garantizarlos para nosotras y para las demás personas.

Es habitual que en muchos textos sobre salud no se haga referencia a las distintas orientaciones sexuales salvo para hablar de riesgos. En muchas ocasiones se ha estigmatizado y señalado algunas orientaciones como causantes o transmisoras de infecciones. Fue el caso de los hombres homosexuales cuando se detectaron los primeros casos de VIH. Nunca tenemos que olvidar que ninguna orientación o deseo sexual se asocia en sí a infecciones o enfermedades. No es el qué hacemos en nuestra vida erótica lo que nos

* (Resultados: a2, b4, c1, d3)

pone en riesgo, sino cómo lo hacemos. Es decir, será nuestra manera de protegernos y cuidarnos, o más bien, de no hacerlo, la que nos pondrá en riesgo de contraer o transmitir infecciones, no que nos relacionemos con un tipo de personas u otras. Los hombres que practicamos sexo con hombres (HSH) usando el preservativo correctamente en todos nuestros encuentros, que nos realizamos test de detección de enfermedades con regularidad y tomamos los tratamientos que nos indican las profesionales, no tenemos más infecciones de transmisión sexual que las personas que tienen prácticas heterosexuales de la misma manera; en cambio, tenemos un riesgo menor de contraer cualquier infección de transmisión sexual que las personas heterosexuales que no utilizan el preservativo en sus encuentros ni se realizan test de detección por pensar que su riesgo es bajo por tener prácticas heterosexuales.

Los estereotipos y las ideas preconcebidas que tenemos todas las personas por educarnos y vivir en nuestra cultura hacen que en ocasiones no nos protejamos correctamente. Los mandatos de género pueden afectar igualmente a personas de cualquier orientación sexual. Los hombres que tienen sexo con hombres, igual que los hombres que tienen sexo con mujeres, hemos recibido el mandato de correr riesgos para demostrar nuestra masculinidad, esto junto a la baja percepción de vulnerabilidad que acompaña a la masculinidad, y la mala relación con el autocuidado, puede aumentar el número de relaciones desprotegidas frente a infecciones de transmisión sexual que mantenemos. En todas las personas de nuestra cultura está instalada la idea de que a los hombres nos interesa más el sexo y que, en cambio, las mujeres preferimos relaciones más centradas en el afecto. Esto hace que asociemos más la práctica sexual a los hombres, incluidos los riesgos que pueden estar presentes en ella, por eso puede que consideremos que las mujeres que se relacionan con hombres están expuestas a más riesgos que las que sólo se relacionan eróticamente con mujeres. Esto hace que las personas lesbianas tengamos una baja percepción del riesgo en nuestras relaciones, que nos protejamos menos, recibamos menos información sobre cómo hacerlo o acudamos menos a los servicios sanitarios a hacernos pruebas de detección o prevención. Podemos llegar a pensar que, al no tener riesgo de embarazo, no tenemos ningún tipo de riesgo en nuestras relaciones, olvidando o menospreciando el riesgo de contraer infecciones si no nos protegemos adecuadamente.

Muchas personas con orientaciones no normativas (no heterosexuales), no podemos o queremos comentarlo con nuestras familias, amigos o compañeros de trabajo porque pensamos que pueden juzgarnos o menospreciarnos. Las que si lo hemos compartido no siempre encontramos aceptación y apoyo. Que en nuestra cultura una opción, la heterosexual, se presente como mejor, más natural o lo “normal”, hace que muchas personas consideren anómalas todas las demás expresiones de la identidad y el deseo, lo que no facilita la tolerancia ni el respeto. Todo el rechazo y la incapacidad para vivir una vida normalizada con las personas que forman parte de nuestro entorno cuando no aceptan

nuestra orientación o modo de vida, favorece la aparición de alteraciones del estado de ánimo, falta de autoestima y trastornos por ansiedad. Todas estas circunstancias pueden favorecer el consumo de sustancias adictivas o dificultar el poder salir del mismo.

Por otra parte, para conocernos, poder ligar e interactuar es frecuente que las personas con orientaciones no normativas tengamos que encontrarnos en lugares de ocio específicos: bares, locales de ambiente, etc., ya que en otros espacios podemos no estar identificadas o no coincidir con otras personas identificadas dentro de estas orientaciones. Esto favorece el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Es habitual en distintos colectivos mezclar drogas con las prácticas eróticas. Los efectos buscados pueden ser diversos: desinhibirse para facilitar el contacto o iniciar la relación, facilitar la excitación erótica, prolongar la duración del encuentro o aumentar el placer. La mayor parte de las veces los efectos conseguidos distan mucho de los que se perseguían. La mayor parte de las drogas más bien dificultan el desempeño erótico. El efecto sumativo de distintas sustancias consumidas antes del encuentro o a lo largo del mismo puede hacer aparecer efectos secundarios imprevistos. La dificultad para mantener los límites que nos hayamos marcado o para protegernos adecuadamente favorecerá que nos veamos inmersas en situaciones difíciles de manejar y que después tengamos que afrontar las consecuencias de la práctica desprotegida. Algunos tipos de práctica multiplican los riesgos que corremos

EJERCICIO: Ahora que hemos hablado de las distintas identidades y orientaciones ¿Qué crees que significan las siglas LGTBIQ+? ¿Sabes por qué se celebra el 28 de junio el día del orgullo LGTBIQ+? Busca algo de información sobre el tema. ¿Por qué crees que es necesario celebrar el orgullo LGTBIQ+? ¿Crees que esto puede estar relacionado con el consumo de sustancias? ¿De qué manera?

Por ejemplo: el Chem-sex, que consiste en el consumo de distintos tipos de drogas (metanfetamina, GHB, poppers, viagra, etc.) para poder mantener relaciones eróticas durante periodos largos de tiempo de manera ininterrumpida (de horas a días). Suelen llevarla a cabo hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres. La mezcla de sustancias, el cansancio, la deshidratación, etc. facilita la aparición de efectos secundarios y dificulta mantener la protección durante todo el episodio. Varios estudios han detectado un aumento de aparición de infecciones de transmisión sexual entre los hombres que llevamos a cabo este tipo de prácticas. Los bisexuales y otros HSH es posible que además nos relacionemos con mujeres de otras maneras a la vez que practicamos chem-sex. Es importante que compartamos esta información con todas las parejas sexuales que tengamos para que puedan valorar sus riesgos y decidir de qué manera establecerán los cuidados en nuestras relaciones.

Si bien la vía más frecuente de contagio en nuevos casos de VIH sigue siendo el sexo desprotegido entre HSH, el contagio en relaciones heterosexuales está subiendo de nuevo (25.4% en 2015 vs 30.7% en 2017¹⁸). En el mismo informe podemos ver que el

¹⁸Informe VIH_SIDA_2018. Ministerio Sanidad, Consumo y Bienestar Social. https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/InformeVIH_SIDA_2018_21112018.pdf

85% de las mujeres se contagian mediante relaciones sexuales heterosexuales, mientras que el 64,2% de los hombres lo hacen en relaciones sexuales con otros hombres. Esto confirma nuestra afirmación anterior de que no es con quién me relaciono el factor determinante, sino cómo lo hago. Como ya hemos visto el uso de drogas antes o durante las relaciones pueden dificultarnos tomar decisiones encaminadas a nuestro cuidado.

Es frecuente que los mandatos de género nos confundan en cuanto a qué es confianza y qué es cuidado. Ya hemos visto que las mujeres recibimos mucha información sobre el amor en las relaciones, información que puede hacernos pensar que ponernos en manos de la otra persona es una manera de demostrar nuestra confianza y afecto por ella. La confianza se construye en una relación, no aparece súbitamente cuando alguien me gusta. Veremos más sobre estas ideas erróneas y otras fantasías en el siguiente apartado.

Fantasías, ideas, mitos, creencias

Cuando hablamos de fantasías sexuales todas pensamos que nos estamos refiriendo a esos oscuros deseos con los que hemos fantaseado alguna vez, algunos de los cuales puede que nos gustara llevarlos a la práctica incluso. Es verdad que algo de eso hay en este apartado, pero en realidad nos estamos refiriendo a todas esas ideas fantásticas, irreales, erróneas, etc. que tenemos sobre el sexo que somos y el sexo que hacemos. Ya hemos visto que muchas de las ideas sobre cómo ser nosotras y sobre cómo relacionarnos que nos han inculcado a través de la educación, la cultura y el contacto social, no coincidían exactamente con la experiencia real de la mayor parte de las personas, ni con la nuestra probablemente. Son ideas que nuestra cultura ha generado para regular y mantener controladas las relaciones entre los sexos, en general, y entre las personas, en particular; distribuir el trabajo, el poder y los recursos. No de una manera equitativa como ya sabemos. Después de analizar estas ideas y mandatos nos hemos dado cuenta de que no son más que una posibilidad y que podemos encontrar otras muchas maneras de construirnos como personas, como hombres, mujeres, personas no binarias, etc. o muchas formas de vivir nuestro deseo. Igualmente podemos someter a análisis otras fantasías, creencias o mitos que nos hemos creído en torno a la sexualidad y ver si soportan nuestra reflexión crítica.

Existen muchas ideas fantásticas o erróneas relacionadas con la sexualidad, vamos a elegir dos para trabajar, por su relación con los mandatos de género y con el sexo que se hace, de tal manera que nos sirvan de puente para avanzar en nuestro mapa desde la parte relacionada con el sexo que se es a la relacionada con el sexo que se hace:

- Idea 1: La pornografía es igual a la erótica
- Idea 2: El amor romántico es igual a las relaciones afectivas entre las personas

La **idea 1** muestra un modelo de erótica centrada en el desempeño, la potencia, los tamaños y la duración. Todo ello muy asociado a los mandatos de género masculino. Por eso nos resuena con ideas y creencias que tenemos dentro de nosotras. En realidad, la pornografía está pensada para excitar a quien la mira y no para el placer de quienes la ejecutan, pero muchas veces parecemos olvidar que es cine, de mejor o peor calidad, pero cine. Las posturas, las escenas, los movimientos, la colocación, etc. responden a la necesidad de la cámara y están pensadas para la persona que observa. Las necesidades, deseos o placeres de las personas que actúan no son prioridad porque están trabajando. Todo esto parece olvidársenos cuando queremos ejecutar esos modelos al pie de la letra en nuestra intimidad. Internet ha hecho que los contenidos pornográficos estén disponibles y accesibles para cualquier persona con una conexión a la red. Esto sumado a la falta de educación sexual reglada e integral en el sistema educativo, hace que muchas personas estén buscando información y respuesta a sus curiosidades o preguntas en este

material. Estamos tan impregnadas del mundo audiovisual que en ocasiones puede resultarnos difícil establecer los límites entre la realidad y la ficción. Imponer sobre todos los cuerpos un modelo de placer, es tan absurdo como imponer modelos de cómo ser mujer, hombre o de cómo desear. La diversidad humana a la hora de sentir placer y de relacionarse, convertirá cualquier intento de normalizarla o acotarla en inútil. Aun así el modelo coitocéntrico basado en el coito (penetración del pene en la vagina) como centro del placer, sigue condicionando la práctica erótica de muchas personas, nos produzca placer o no. La pervivencia de ese modelo se apoya en la fantasía procedente del porno, en los mandatos de género (el hombre penetra y la mujer es penetrada) y en modelos de sexualidad centrados en la reproducción. Estos modelos reproductivos han sido la norma social en nuestra cultura por muchos decenios. Placer y reproducción no son la misma cosa, ser capaces de reconocer ambos en nuestros cuerpos nos librará de riesgos innecesarios y nos permitirá experiencias más placenteras.

Frente a un imaginario basado en cuerpos modificados quirúrgicamente, para parecerse a los cuerpos imaginados, en una especie de bucle infinito; la diversidad anatómica de los cuerpos humanos se impone, estando todos preparados para el placer, cada uno a su manera única. Si reflexionamos un momento sobre los cuerpos y las personas que nos atraen nos daremos cuenta con una probabilidad alta, que nuestro deseo también es variado y quizás no coincida exactamente con modelos impuestos o casi-clónicos. Si prestamos atención a cómo nuestro cuerpo siente placer, es probable que su forma de hacerlo tampoco se adapte a lo que el exterior me manda o impone.

El tamaño de las distintas partes del cuerpo no les hace ser más ni menos sensibles al placer. Tampoco les otorga capacidad extra para ofrecer placer. Frente al modelo coitocéntrico, situado en la vagina y las múltiples maneras de penetrarla, muchos cuerpos con vagina sentirán mucho más en la zona de la vulva. Ya hemos hablado en el apartado de cuerpo y genitales como el desconocimiento de la vulva y el clítoris nos podía llevar a confundir la penetración destinada a la reproducción con las prácticas eróticas destinadas al placer. Los modelos pornográficos se caracterizan por un abandono casi sistemático de las estimulaciones en la zona de la vulva y el clítoris, apenas se le suele dedicar unos pocos segundos o minutos como preámbulo para las prácticas penetrativas.

El modelo pornográfico no suele mostrar imágenes en las que se pacten o negocie lo que se va a hacer, algo muy deseable en la vida real. Al final las personas que actúan en la pornografía están cumpliendo un guion que han leído por adelantado, pero en los encuentros eróticos en la vida real raramente se nos facilita el programa previamente para supervisarlos. Tenemos la fantasía de que de alguna misteriosa manera sabremos lo que le apetece a la otra persona y lo que querrá hacer sin más. En el modelo pornográfico el hombre suele llevar la iniciativa e ir marcando lo que se va haciendo en cada momento según su deseo y placer. Es habitual ver imágenes de dominio explícito sobre el cuer-

po de la mujer. Así como una repetición excesiva de escenas en las que se interpretan abusos, vejaciones o violaciones. Es raro que se escenifique el uso de un preservativo o cualquier otra medida de cuidado, si se usa preservativo aparecerá puesto sin que se vea el cómo se hizo. Esto debería hacernos caer en la cuenta de que al final lo que estamos viendo es un montaje filmico, pero muchas veces la idea que nos queda es que la erótica es algo que debe pasar de manera espontánea y que no hay lugar para el cuidado, la planificación o la negociación con las otras personas.

Si centramos nuestros encuentros eróticos en emular este tipo de imágenes o fantasías pornográficas, en vez de en nuestro propio placer y cuidado, es posible que encontremos dolor o dificultades en vez de placer. Consumir sustancias para evitar el dolor o las dificultades es una práctica habitual para algunas personas.

Por ejemplo, usar fármacos para potenciar la erección o que dure más tiempo, alimentando la fantasía de que el placer de la otra persona depende de mi erección o la duración de ésta. Consumir otras drogas para intentar facilitar la excitación o desinhibirme para poder llevar a cabo el encuentro. En muchas ocasiones los efectos secundarios de estas sustancias es dificultar el desempeño o las sensaciones, dificultando más que facilitando la ejecución.

Creer que mi placer se puede adaptar a la artificialidad de este modelo es igual que creer que mis relaciones personales se parecerán a las películas de amor que emiten machaconamente.

La **idea 2** muestra un modelo de relación basado en un tipo de amor, el romántico, que se muestra como el mejor tipo de amor, degradando cualquier otra manera de expresión afectuosa. El amor romántico se basa en ideas de complementariedad y dependencia que cuadran perfectamente con los mandatos de género del modelo sexual binario, sobre todo con los mandatos femeninos. El modelo romántico está perfectamente diseñado para la heterosexualidad normativa, combinando los mandatos de ambos géneros en un modelo. Ya dijimos que a las mujeres se nos presupone un interés y capacidad para manejar los afectos y buscar la fusión en las relaciones significativa de nuestra vida (fundirme con el otro, para ya no ser yo, si no ser “nosotros”). Esto se refleja perfectamente en el mito de la media naranja: esa otra persona predestinada para mí en el mundo, que sabré reconocer nada más que la vea, sin mediar palabra si quiera. Esa otra persona y yo estamos destinadas y nada podrá separarnos, si así fuera seríamos desgraciadas para siempre. Al unirnos componemos una unidad, hasta ese momento estaremos incompletas. Por eso en nuestra cultura se siente cierta pena por las personas que vivimos solas, se interpreta que no hemos sido capaces de identificar a nuestra media naranja y que de alguna manera estamos incompletas. Todo está preparado para que sea más fácil

vivir en pareja. Este mito dificulta que podamos sentirnos completas como persona si no estamos en pareja, puede que vayamos encadenando unas parejas con otras seguras de que la adecuada aparecerá en algún momento y será la definitiva; o peor aún, que nos quedemos ancladas en una relación tóxica o insana porque pensemos que esa es la persona y no habrá otra para mí o que estaré incompleta o sola si rompo ese vínculo.

El amor romántico se basa en una serie de supuestos que de alguna manera sentimos que vienen dados en estas relaciones:

- Mito de la omnipotencia: Las personas enamoradas lo pueden todo, por extensión la pareja enamorada soportará cualquier cosa, resolverá cualquier problema, etc. Si verdaderamente me quiere podría hacer cualquier cosa por mí y nuestro amor. Esta idea no soporta la realidad espacio temporal en la que vivimos. El día tiene las horas que tiene, las personas tenemos muchas obligaciones (trabajo, terapias, familias, amigos, mascotas, etc.), podemos desplazarnos en el espacio a una velocidad determinada y no podemos evitar que determinadas cosas nos duelan o se nos hagan insostenibles por mucho que queramos “poder con todo”. Este mito nos hace esperar cosas imposibles y por tanto quedar frustradas una y otra vez, lo que afecta a nuestro estado de ánimo y a nuestra autoestima. Construye expectativas imposibles de mis posibilidades y de las de otras personas, fabricando en mi cabeza un modelo de relación imposible de llevar a la práctica.
- Mito de la fidelidad: La idea de predestinación y complementariedad hace que las personas, una vez así emparejadas, pensemos que no volveremos a sentir deseo por nadie más ni queremos estar con otras personas. Si bien esto puede ser así para algunas personas, no lo es en todos los casos. Presuponer esta circunstancia hace que nos desprotejamos y demos por sentado que, al considerar a alguien pareja, lo hayamos hablado o no, ambas personas seremos fieles de manera automática. Es muy posible que esta circunstancia nos haga minusvalorar el riesgo de contraer infecciones y por tanto que no prestemos tanta atención a la protección. Es frecuente que las mujeres no exponamos estos temas a nuestras parejas para que no piensen que desconfiamos, algo que pondría en duda, según este modelo, la validez e intensidad de los sentimientos. Incluso en el caso de relacionarnos con personas consumidoras de drogas, en ocasiones nos negamos a considerar la posibilidad de que hayan corrido riesgos tras el consumo. Cuando somos nosotras mismas las que hemos tenido encuentros eróticos de riesgo, muchas veces no compartimos la información con la pareja para no “poner en riesgo” la relación, preferimos encomendarnos a la suerte en vez de cuidar a la persona que nos importa.
- Mito de la eternidad: Otra idea asociada al amor romántico, es que pase lo que pase, y sea como sea la relación, una vez que hemos encontrado a nuestra media naranja o persona predestinada, estaremos juntas por toda la eternidad. Aunque nos separemos siempre se piensa en que tarde o temprano la cosa se arreglará y volveremos a estar

juntas. Este argumento es el tema central de la mayor parte de las películas, libros y series románticas. Este pensamiento hace que quedemos enganchadas en relaciones sin cuidado, en las que nos hacemos daño, pensando que siempre será así. Incluso en relaciones en las que hay maltrato o violencia, existe esta idea de que estaré ligada a esa persona para siempre. Por otra parte, puede hacernos pensar que, aunque descuidemos o tratemos mal a esa persona, tarde o temprano volverá a mi lado.

EJERCICIO: Identifica alguna de estas ideas o mitos que hayas tenido dentro de ti y recuerda cuando te diste cuenta de que era errónea y como dejaste de guiarte por ella. ¿Qué mecanismos utilizaste para desterrarla de tu pensamiento y tu práctica relacional?

- Mito del cambio por amor: Todos los mitos anteriores, y en general la fantasía general del amor romántico, se basan en la idea de que podemos hacer cambiar a los demás si les queremos lo bastante. Pensamos que las personas cambian por influjo del amor verdadero. Múltiples cuentos e historias infantiles nos instan a creer en esta idea: si la chica quiere con amor verdadero la otra persona cambiará y sacará lo mejor de sí mismo fuera (de rana a príncipe o de bestia a bello). Para sostener la fantasía de un único amor eterno y omnipotente, es preciso pensar que de alguna manera esa persona cambiará todo aquello que me disgusta para adaptarse a mí como la otra media naranja de esta unidad, para complementarme. Esta idea es especialmente tóxica, ya que para conseguir el cambio en la otra persona podemos pensar que la violencia, el chantaje o la manipulación son medidas lícitas, ya que al fin y al cabo la estoy convirtiendo en mejor persona a mi modo de ver. Siguiendo esta idea muchas mujeres pensamos que podremos cambiar al “chico malo” para convertirlo en la pareja y padre perfecto. Cientos de historias nos devuelven esta idea, que además encaja perfectamente con los mandatos de género que hemos visto antes. Quedamos enganchadas en relaciones tóxicas con personas que nos descuidan y dañan pensando que podremos cambiarlo “porque sólo yo le entiendo y sé lo bueno que es en su interior”. Durante este proceso es habitual que acabemos nosotras arrastradas a los problemas, consumos y malas decisiones de estas personas.

En relación con el consumo de sustancias adictivas y su interacción con la erótica solemos tener también múltiples fantasías, creencias erróneas o mitos en la cabeza.

Por ejemplo, pensamos que las drogas como la cocaína o las drogas de síntesis nos pueden ayudar a sentir más durante las relaciones o a tener un mejor desempeño, duración, etc. En general pueden producir cierta desinhibición que facilite el acercamiento, pero afectan a la erección y dificultan el orgasmo y, en ocasiones, la eyaculación.

EJERCICIO: ¿Qué mitos has oído o conoces sobre el uso de las drogas en las relaciones eróticas? ¿Crees que se cumplen en la realidad? ¿Crees que pueden dificultar las relaciones de alguna manera?

Placer

El placer es algo muy subjetivo, cada persona lo sentimos de una manera y gracias a unas cosas determinadas. Podríamos decir que es algo muy individual. Pero a la vez también podemos decir que está muy influido por lo que en nuestra sociedad y cultura es posible asociar al placer. Las personas somos seres sociales, nos construimos como parte de un grupo humano y todo lo aprendemos de la cultura de ese grupo. Cada una recibimos un mapa mental sobre lo que es permitido y lo que no en nuestra sociedad. Si lo que nos produce placer es permitido por nuestra sociedad podremos vivirlo con naturalidad, mientras que si lo que nos produce placer no es bien visto o no está permitido en nuestra sociedad, tendremos muchas más dificultades para expresarlo, vivirlo y compartirlo con otras personas. Pasa lo mismo que con las identidades o las orientaciones sexuales. Cuanto más nos aproximamos a los modelos binarios establecidos más sencillo nos resultará vivarlos y expresarlos con normalidad. Pero igual que los cuerpos, la identidad y la orientación, el placer es diverso. Aunque en cada sociedad y cultura se presenten unos modelos de placer específicos, no es cierto que todos los cuerpos se adapten a ellos.

En nuestra sociedad el placer se construye, mayoritariamente, en torno a la idea de consumir: el placer está en conseguir cosas, acumular experiencias, sumar relaciones, etc. Pero no durará mucho, ya que, poco después de haber conseguido la última cosa o de haber vivido la última experiencia, en seguida estaremos deseando algo nuevo o diferente. Nuestro sistema se construye en gran medida en el modelo del consumo constante: mantener el deseo de cosas nuevas siempre activado. Tan pronto consigo lo que deseaba se activarán nuevos deseos que me harán sentir insatisfecha con lo conseguido, limitando la experiencia del placer.



Este modelo de placer se basa en la cantidad más que en la calidad. La diversidad sólo tiene valor para añadir más experiencias, objetos, cuerpos o sustancias a la colección. Por tanto, es habitual que consumamos distintas sustancias, o que tengamos relaciones con distintas personas, sólo para satisfacer el deseo de consumir. Muchas veces no reflexionamos sobre lo que verdaderamente queremos o qué me va a aportar esa nueva experiencia. La acumulación a veces es tan rápida que no da tiempo a conectar con nuestros verdaderos deseos o a poder valorar los pros y contras de cada nuevo objeto, cuerpo, sustancia o experiencia que perseguimos.

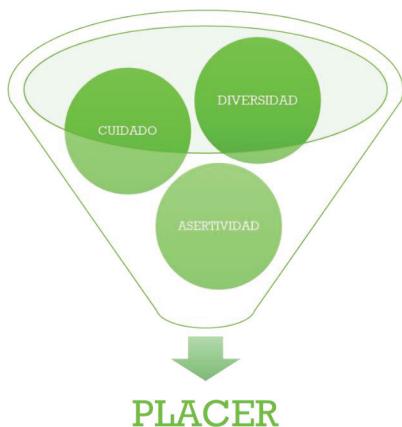
En relación con la erótica, ya hemos visto que el modelo que se nos ofrece es el modelo de “preliminares y coito” propuesto desde modelos reproductivos y apuntado en nuestra fantasía por el modelo pornográfico. Como ya hemos visto en el apartado de cuerpo y genitales, los mandatos de género harán que la relación con nuestro cuerpo sea distinta si fuimos asignadas al grupo de las mujeres o al de los hombres. El cuerpo masculino se construye centrado en los genitales, con poco manejo del placer periférico (placer del resto del cuerpo) y de las emociones. El cuerpo femenino, en cambio, se construye con un gran desconocimiento de su zona genital y el placer que ella aporta, más centrado en el placer periférico y la afectividad. En el modelo heterosexual normativo se espera que estas dos experiencias antagónicas se pongan de acuerdo, para ello se utiliza la idea de que el sexo es algo que interesa más al hombre y el pegamento del amor romántico. El resultado de la colonización del pensamiento y los cuerpos por parte del modelo heteropatriarcal, ha producido una implantación de prácticas específicas como modelo de placer, anulando una vez más el uso de las diversidades y la variedad de los cuerpos, incluso en encuentros y cuerpos no heterosexuales.

Para poder ejecutar esta fantasía algunas personas recurrimos al consumo de drogas o fármacos, intentando adaptar nuestro sentir y desempeño al modelo.

- Uso de drogas para producir la erección o facilitar la penetración: Dado que una de las ideas básicas de la masculinidad es la potencia, que se demuestra a través de la erección, un fallo en la misma puede poner en cuestionamiento nuestra masculinidad. En este caso no perseguimos el placer allí donde esté, sino mantener nuestra idea de masculinidad como potencia. También hemos dicho que la femineidad se construye produciendo deseo en las demás personas, la falta de erección en nuestra pareja erótica puede hacernos sentir menos atractivas y por tanto menos femeninas. El uso de drogas o fármacos en estos casos, no persigue tanto el placer, como mantener los mandatos de género. No quiero sentir placer tanto como sentirme “hombre” o “mujer” según me han dicho que tengo que hacerlo.

EJERCICIO: Haz una lista de actividades, objetos, experiencias, etc. que te producen placer. ¿Cuáles son accesibles para ti habitualmente? ¿Cuáles son deseos no conseguibles ahora o no están a tu alcance? (Mapa del placer)

- Uso de drogas para mantener la erección o permitir penetraciones más prolongadas: En este caso estamos asociando el placer a la duración y no al tipo o intensidad de la sensación. Es posible que tampoco la práctica en sí nos resulte tan placentera, o que tengamos que volverla menos placentera para que se prologue. Dado que el orgasmo y el placer genital se asocian a la excitación y la intensidad del placer que estemos sintiendo, para prolongar el tiempo de ejecución será necesario disminuir una de esas dos cosas. Una vez más son las ideas preconcebidas sobre lo que tiene que gustarnos o como tenemos que hacerlo las que nos harán recurrir a sustancias para mantener artificialmente una situación en lugar de centrarnos en nuestras sensaciones.
- Uso de drogas para aliviar el displacer asociado a implantar un modelo de placer sobre mi cuerpo en vez de descubrir mi forma de sentir placer.



Un modelo de placer diferente al expuesto hasta este momento sería un modelo basado en la diversidad de las experiencias y deseos, que se ejecutara desde el cuidado y contara con la asertividad de las personas para guiarlo.

- **Diversidad:** Como característica básica de la experiencia humana en general y de todos los aspectos de la sexualidad en particular. Cada cuerpo sentirá placer de una forma determinada, no hay normas generales para todas las personas. Es importante que conozcamos nuestro cuerpo, que nos dediquemos

EJERCICIO: Piensa en tu cuerpo y sitúa en él zonas que sienten placer. ¿Qué cosas o actividades te producen placer erótico? Guarda la respuesta a la pregunta para ti. (Mapa de tu placer erótico)

¿Has utilizado alguna vez drogas o sustancias adictivas para mantener relaciones eróticas? ¿Qué efecto pensabas obtener? ¿Se cumplieron las expectativas? ¿Tenía que ver con alguna de las propuestas del texto?

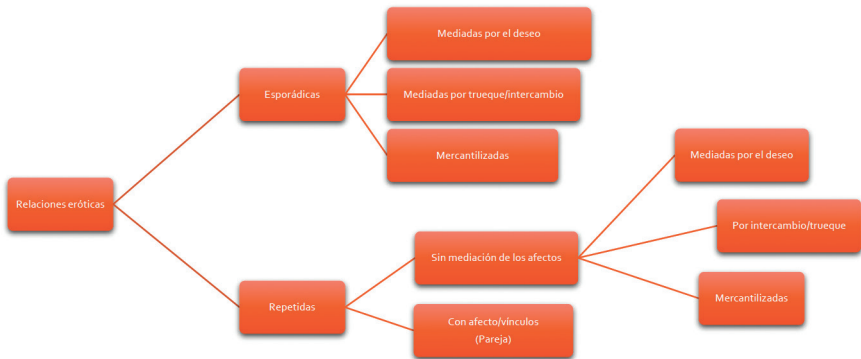
tiempo para descubrir nuestra forma de sentir placer. Las personas con las que nos relacionemos también tendrán su manera particular de sentir placer. En cada momento y en cada etapa de nuestra vida nos apetecerán unas u otras cosas. Una mejor relación con nuestro cuerpo nos permitirá conocernos, entendernos y saber qué me gusta y apetece ahora, qué cosas me gustan en mi exclusiva intimidad y cuáles quiero compartir con otras personas. Aceptar que todas somos distintas en este aspecto nos hará más fácil entender nuestra diversidad y la de las demás personas. No sentiré la obligación de cumplir con ningún modelo establecido ni esperaré que los demás lo hagan, me dará permiso para disfrutar de lo que me produzca placer y respetaré las sensaciones de las otras personas sin juzgarlas. Podré sentir más libertad para entender que no se trata de hacer una u otra cosa en concreto, sino de compartir las diversas maneras de sentir placer. Podré identificar mis límites con más facilidad, compartirlos con otras personas sin necesitar justificarme y entender y respetar los límites de las otras personas.

EJERCICIO: Recuerda tu último encuentro erótico. ¿Crees que cumplió las características que hemos expuesto en este modelo de placer? Si faltó alguna ¿cómo podrías haberla añadido?

- **Cuidado:** Entendido como respeto y atención a las necesidades, deseos y límites míos y de la otra persona o personas. El cuidado no excluye la pasión, la excitación o el deseo. Es el marco en el que todo eso se da. Pasión no significa agresión, abuso o descuido. La excitación, el deseo y la pasión no son ni deben ser contrarias al respeto.
- **Asertividad:** Entendida como la capacidad de expresar mi sentir, mis pensamientos o mis necesidades sin agredir o imponerme a las demás. Los mandatos de género femeninos premian el silencio (“calladita estás más guapa”) y el saber escuchar más que el opinar. Cuando hemos sido educadas en ese mandato, tenemos que hacer un gran esfuerzo para sentir que nuestra opinión cuenta y que tenemos derecho a expresar nuestros límites. Los mandatos de género masculinos potencian la agresividad y el imponer nuestras ideas a cualquier precio. El dominio es algo deseable en el modelo masculino. Cuando hemos sido educados con estos mandatos será necesario que demos un paso atrás y escuchemos antes de imponernos. Tendremos que aprender a comunicarnos sin agredir, a aceptar que otras personas tendrán otras maneras de sentir y otros deseos y merecen respeto. Tendremos que aprender a negociar y abandonar la idea de dominar.

Relaciones / pareja

Las personas tenemos muchas formas de relacionarnos. Existen muchos tipos de relaciones sexuales: esporádicas o continuadas, con afecto o sin él, de dos o más personas, etc. Hay muchas características de las relaciones sobre las que podríamos reflexionar. Vamos a centrarnos en algunos aspectos que se relacionan con los temas de partida de este cuadernillo: el género y la salud, la salud de las mujeres.



Cuando hablamos de relación erótica o sexual estamos hablando de una interacción entre personas que han consentido para que ésta se produzca. Si no media el consentimiento de todas las personas implicadas estaríamos hablando de abusos o agresiones sexuales. El consentimiento implica un deseo explícito de participar y una verbalización del mismo. Tengo que decir que sí quiero hacer lo que vayamos a hacer. Y debe ser así para todo lo que vayamos a hacer. Puedo consentir en besarnos o acariciarnos y eso no implica que esté consintiendo para practicar un coito o sexo oral. Los estereotipos de género mantienen muchas ideas erróneas sobre el consentimiento, como por ejemplo:

- Las chicas decimos no cuando queremos decir sí. (Falso)
- No podemos parecer “facilona”, hay que resistirse y decir no al principio. (Falso)
- Los chicos tenemos que insistir para que nos digan sí, ellas esperan que lo hagamos y que nos comportemos con decisión e imponiendo nuestro deseo. (Falso)

Poder expresarnos asertivamente en cualquier tipo de relación es fundamental para que esta se base en el consentimiento y en nuestros verdaderos deseos. Ya hemos comenta-

do en el apartado sobre el placer que los mandatos de género introducían dificultades para poder expresarnos asertivamente. La falta de asertividad puede conducirnos a:

- Realizar prácticas que no deseo
- Ausencia de placer en los encuentros: Si no especifico lo que me gusta es difícil que la otra persona pueda adivinarlo, si pienso que puedo adivinar lo que le gusta a la otra persona es muy posible que falle. Si trasladamos esta fantasía a otro terreno nos damos cuenta de lo absurda que resulta ¿Cuánta gente encontraríamos que adivinara nuestro plato preferido? ¿Cuánta gente adivinaríamos sin preguntar cuál es el plato preferido de la otra persona?
- Protegernos mal de embarazos o infecciones. Ya hemos explicado como los mandatos de género femenino favorecen que las mujeres nos dejemos hacer por miedo a perder la relación, por no saber cómo expresar lo que deseamos, por temor a no parecer suficientemente modernas o interesantes. Esto puede hacer que no especifiquemos claramente nuestro deseo de usar preservativo o que no lo llevemos encima para no parecer “fáciles” o dispuestas, lo que no está bien visto según los estereotipos de género. Una manera de enfrentarnos a estos estereotipos que se nos imponen de múltiples maneras es copiar los modelos masculinos de actuación. Ya hemos visto en el apartado del género que para demostrar que somos iguales las mujeres solemos copiar o actuar según los estereotipos masculinos. Esta manera superficial de intentar conseguir la igualdad no modifica en lo profundo el sistema social que establece el género y su jerarquía entre hombres y mujeres. De esta forma, aunque copiemos modelos masculinos, no se valoran de la misma manera en nosotras: sigue siendo habitual que una chica que tiene relaciones con varios chicos sea juzgada de manera negativa mientras que si lo hace un chico le da puntos de masculinidad. Por una parte, se nos dice que todas las personas somos iguales y tenemos derecho a tener las relaciones que queramos con quien queramos, pero después se puede usar esa información para difamar o insultar a las chicas y no tanto a los chicos. Por ejemplo, compartiendo vídeos o fotos íntimas de la chica, haciendo públicas las relaciones que hemos tenido o juzgándola si se queda embarazada. Todas las personas establecemos estos juicios de valor, ya que todas hemos sido educadas con los mismos parámetros de género. Es trabajo de todas cambiar esta realidad desde el fondo y no sólo en las formas.
- Malestar emocional: Las distintas expectativas que manejamos en torno a las relaciones, la incapacidad para expresar apetencias o nuestros límites, y las fantasías que no hemos deconstruido pueden convertir las relaciones en fuente de malestar emocional. Una manera de enfrentarnos a esto es descubrir mis fantasías o creencias, trabajar sobre ellas, ensayar la asertividad y aprender sobre mis deseos y mis límites en los encuentros. Cuando nuestras relaciones se basan en el cuidado es mucho más probable que estos malentendidos no ocurran o que podamos resolverlos con

menos carga de problemas y malestar. Cuando reflexiono sobre los estereotipos que me afectan y me construyen puedo identificar porqué me cuesta tanto salir de relaciones en las que me hago daño, porqué hay cosas de mi manera de actuar o ser que no puedo cambiar con facilidad, al final, todo el sistema socio-cultural está haciendo presión para permanecer como es. Tomar conciencia de todo esto permitirá que lo identifique y me dé cuenta de cómo me afecta, facilitando que pueda llegar a iniciar los cambios que desee.

Como estamos viendo a lo largo de todo el texto, los modelos poco realistas de relación, los estereotipos de género, la falta de asertividad y el consumo de sustancias se suman para facilitar la aparición y el agravamiento de los posibles riesgos dentro de las relaciones.

Si no hay consentimiento en la interacción estamos hablando de situaciones de violencia o agresión sexual. La mayor cantidad de violencia de este tipo se ejerce sobre las mujeres. Otros grupos afectados por este tipo de violencia son las criaturas, las personas con diversidades funcionales y cognitivas y los colectivos no heteronormativos. Incluso dentro de las relaciones consentidas, se producen situaciones de violencia y agresividad. Como ya hemos visto, los estereotipos de género y el reparto jerárquico de poder y oportunidades que conllevan, favorecen la aparición de múltiples violencias sobre la mujer, dentro y fuera de la pareja, lo que la CEDAW¹⁹ llama *violencias basadas en género sobre la mujer*. Este tema es muy extenso y complicado de describir y afrontar, superando con creces los objetivos de este cuadernillo, pero vamos a dar algunos datos sobre violencias basadas en género sobre la mujer; en concreto sobre dos de los tipos más frecuentes en mujeres que consumen sustancias adictivas:

Relación de violencia sexual y consumo de drogas: Ya hemos visto a lo largo de todo el cuadernillo como el consumo de drogas, antes o durante las relaciones, nos expone a distintos tipos de violencia sexual. El 5^a informe Noctámbulas²⁰ analiza el fenómeno de la violencia sexual en los espacios de ocio nocturno y el consumo de drogas, en él se señalan algunos datos relacionados con esta relación.

- Se observa entre las personas jóvenes que participaron en el estudio una naturalización de la violencia sexual. Como ya hemos visto tanto los modelos de género como los modelos de relación que predominan en nuestra sociedad, normalizan situaciones de abuso y favorecen su aparición.
- La supuesta igualdad en los espacios de ocio nocturno entre hombres y mujeres no soporta un análisis más profundo, como ya hemos visto anteriormente en este

¹⁹ Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW son sus siglas en inglés), aprobada por Naciones Unidas en 1979 y ratificada por 187 países, el 96% de los existentes, entre ellos España, que la ratificó en 1984 y la publicó en el BOE el 21.04.1984. Existe un Comité formado por 23 personas expertas de ámbito internacional, que vigilan y monitorean el seguimiento de los acuerdos, elaborando informes de manera regular (Informes sombra), investigando violaciones graves o sistemáticas de los acuerdos y formulando recomendaciones generales y sugerencias.

²⁰ www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/5InformeNoctambulas_2017-18.pdf

apartado. Parece que todos los comportamientos y decisiones están al alcance de todas las personas, pero las mujeres serán juzgadas de una manera y los hombres de otra, ya que en lo profundo la mayoría no hemos deconstruido los estereotipos de género que se nos inculcaron. Se valora peor a una mujer que consume, llegando a culpabilizarla de las agresiones que sufra por exponerse, o a una mujer que mantiene relaciones con varias personas.

- Si bien un número alto de mujeres reconocían haber sufrido distintos tipos de agresiones y tanto los hombres como las mujeres reconocían haberlos observado a su alrededor, pocos hombres se identificaban como agresores. Este fenómeno se denomina en el informe el *agresor fantasma*. Tenemos nuestro comportamiento tan naturalizado que no registramos lo agresivo que puede ser, cosa que sí identificamos cuando vemos como otras personas lo hacen o cuando somos las víctimas de las agresiones.
- En relación con el consumo de sustancias hay dos datos que confirman como los estereotipos de género no se han modificado en lo profundo.

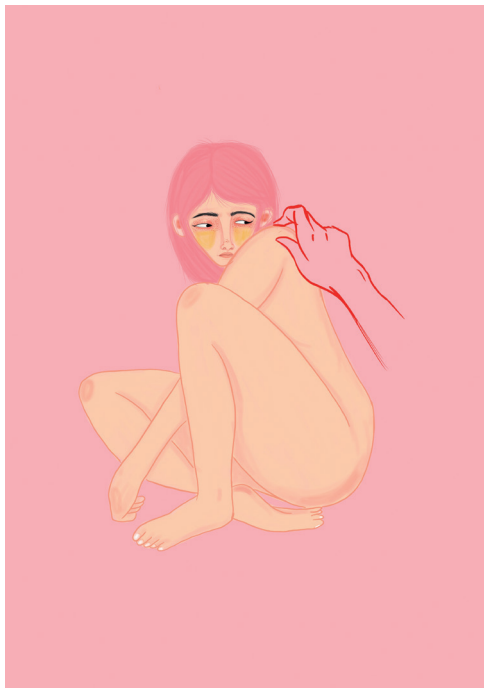
o Sólo el 26% de las víctimas han bebido hasta no poder reaccionar. Lo cual confirma que, si bien el consumo expone, el no consumir no protege frente a las violencias sexuales. Aun así se sigue culpabilizando, de alguna manera, a las mujeres que hemos consumido, como si esa fuera la causa de la violencia que hemos sufrido. (Efecto culpabilizador en la mujer).

o Más del 70% de los agresores aseguran haber consumido mucho. De alguna manera el haber consumido justifica la agresión en el caso de los hombres. Se piensa que eso nos desinhibe y nos dificulta el controlarnos. Una vez más podemos ver que hay muchos hombres que consumen y no agreden. Por tanto, no podemos culpar al consumo de sustancias ni usar éste como una disculpa. Es mi responsabilidad conocer los efectos que el consumo tiene en mí y prevenir los efectos secundarios que puedan afectar a otras personas. (Efecto desculpabilizador en el hombre).

Violencias en el marco de la relación de pareja y consumo de drogas: Si bien la relación de pareja debería ser un espacio de seguridad y cuidado, vemos con demasiada frecuencia que se convierte en todo lo contrario. Parte de esto se puede atribuir a los estereotipos de género y los modelos de relación y amor con los que nos relacionamos. Ya hemos analizado muchos de estos factores a lo largo del texto, vamos a ver cómo se relacionan algunos con el consumo de sustancias.

- Violencia como factor de riesgo para el consumo de drogas: Las distintas violencias que se pueden ejercer dentro de la pareja (menosprecio, aislamiento, violencia psicológica, emocional, física, económica, sexual, etc.) son difíciles de asumir por la persona que las sufre, no olvidemos que median las emociones, el amor y muchas veces la dependencia económica y social con el maltratador. Ya hemos visto

que los mandatos de género nos impulsan a las mujeres a cuidar y disculpar a los chicos malos. El amor romántico nos hace pensar que la gente cambia por amor. Por otra parte, suelen darse ciclos en los que los momentos de máxima violencia se siguen de periodos de calma, en los que el maltratador parece arrepentirse y querer arreglar la situación. Todos estos altibajos, la incapacidad para reaccionar, las agresiones continuadas, la baja autoestima consecuencia de todo el proceso, la precariedad económica que nos ata a esa situación, el miedo a perder la custodia de las criaturas o a que queden solas con el maltratador, etc. nos impulsa a muchas mujeres al consumo de sustancias adictivas para tratar



de paliar la ansiedad resultante y manejar el malestar. El consumo suele acabar convirtiéndose en una nueva excusa para el maltrato. Estableciéndose un círculo vicioso que dificulta cada vez más la salida del problema. En muchos casos es posible que la sustancia de la que acabemos dependiendo sean psicofármacos, ya que es posible que nos los acaben recetando cuando acudimos varias veces a la consulta médica con molestias que no podemos explicar bien sin confesar el maltrato al que estamos sometidas. Es frecuente que a las mujeres se nos receten muchos más psicofármacos (ansiolíticos, sedantes, antidepresivos); el 85% de los psicofármacos recetados en España es para una mujer²¹. Esto nos hace pensar que hay factores relacionados con el género, algunos ya los hemos visto a lo largo del cuadernillo. El uso de estos fármacos puede volverse adictivo y acabar convirtiéndose en una droga más. No es infrecuente que además su consumo se mezcle con otras drogas como alcohol y tabaco, multiplicándose sus efectos negativos.

- Precariedad y dependencia económica como factores que mantienen vínculos violentos: Ya vimos en el apartado de género como la distribución del trabajo remunerado sigue un patrón en el que las mujeres solemos estar en puestos menos reconocidos o peor remunerados. El paro nos afecta más. Los mandatos de género hacen que seamos nosotras, con mayor frecuencia, las que nos quedamos

²¹ Valls-Llobet, C. (2019) *Género y adicciones. Infonova 35:11-22*

en las casas a cuidar de las personas dependientes (criaturas, padres, madres, personas enfermas, etc.). Todo esto favorece que nos convirtamos en personas dependientes económicamente o precarias en nuestras posibilidades económicas. Este factor dificultará la posibilidad de abandonar una relación violenta o de maltrato. El consumo de drogas supone un factor más a añadir a este hecho al aumentar nuestras necesidades económicas y dificultar el poder conseguir o mantener un empleo.

- **Violencias difíciles de identificar**, como violencia “luz de gas”, asociadas a aumento de consumo de alcohol y psicofármacos: se llama violencia “luz de gas” a un tipo de violencia psicológica en la que el abusador intenta alterar la percepción de la realidad de la víctima, haciéndole dudar de su memoria, su percepción o su cordura. Es un tipo de violencia que te hace sentir que te estás volviendo loca o perdiendo la memoria. Funciona a base de hacerte dudar de tus recuerdos y tus opiniones, distorsionándolas o negándolas. Tratando de hacerte recordar cosas que no pasaron o de manera distinta a como pasaron. La sensación de incapacidad y angustia que produce es muy grande por lo que no es extraño que las mujeres sometidas a este tipo de violencia acaben consumiendo alcohol para tratar de gestionar la ansiedad o acudiendo a la consulta médica donde es probable que se les acabe recetando psicofármacos para la angustia o por las pérdidas de memoria y la sensación de percibir la realidad alterada.

EJERCICIO: Ejercicio para entender la violencia que supone, algo que parece tan inocuo, como no prestar atención: Nos colocamos por parejas, una intenta contar algo muy importante para ella, algo que ahora le preocupe, la otra persona hace todo lo posible por no atender, mirar para otro lado, buscarse algo en los bolsillos, ojear el móvil, el reloj de la pared, etc. Después comentamos como nos hemos sentido.

Como vimos al reflexionar sobre los mandatos de género, el género femenino se construye en torno a formar parte de una pareja, se realiza y se desarrolla en el amor. ¿Qué pensamos si en una novela, serie o película la protagonista termina sola sin amor a la vista? ¿Qué pensamos de las mujeres solteras que están a nuestro alrededor? A la mujer sola nos parece que le falta algo, socialmente se la presiona para que busque pareja, para que esté en pareja. Este imperativo social nos pone en riesgo de quedar atrapadas en relaciones insanas o violentas. Parece como si el género femenino estuviera obsesionado con “cazar” una pareja mientras que el masculino trata de “huir de ella con todas sus fuerzas”, para permanecer libre y autónomo, ajeno a los cuidados y las obligaciones que supondría la pareja. Esta imagen se cultiva en múltiples películas, series, libros, etc. alimentando la idea de que las mujeres harán cualquier cosa por amor:

- Consumir / conseguir droga para el compañero
- Abandonar amistades, familia o los procesos de desintoxicación y los tratamientos
- Desprotegerse (no usar preservativo como muestra de confianza y de la importancia de la relación)

Estas ideas se repiten y repiten, aunque no se corresponden una vez más con las experiencias particulares de las personas. Sin darnos cuenta podemos caer en estos modelos una y otra vez antes de entender que una relación es algo que se construye entre todas las personas implicadas, desde el cuidado y el deseo, que nunca debería ser un lugar de maltrato y sufrimiento sino un espacio de seguridad y de apoyo.

Aunque ya hemos citado en distintas partes del cuadernillo algunos de los riesgos que corremos por los mandatos de género y los modelos de relación impuestos, vamos a resumir y aportar algunos datos sobre dos de los más evidentes y conocidos: las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el embarazo no deseado.

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Vamos a ver algunos datos del 2017 facilitados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social.

De 350 mujeres diagnosticadas con VIH en 2017, 320 (91,4%) se contagiaron en una relación heterosexual

El 47,8% de los nuevos diagnósticos de VIH en 2017 corresponden al grupo de Diagnóstico Tardío. Siendo mayor en el grupo de mujeres 50,6% frente al 47,2% de los hombres.

El Diagnóstico Tardío es máximo en los casos de transmisión heterosexual tanto en hombres (63,5%), como en mujeres (50,6%)

En 2017 las vías de contagio más frecuentes fueron: HSH para las poblaciones originarias de España (58,8%), Europa occidental (60,5%) y Latinoamérica (67,2%); y las **relaciones sexuales heterosexuales** lo fueron para las poblaciones de Europa del este (39,7%), África del norte (60%) y África Subsahariana (83,1%).

Un 3% de las personas contagiadas en 2017 lo hicieron al consumir drogas inyectadas. El 64% de estas personas eran de origen español.

El incremento de las ITS (gonorrea, sífilis, chlamidia) diagnosticadas en España es de un 26,3% anual desde el año 2013 al 2017, según datos de Vigilancia Epidemiológica del Instituto de Salud Carlos III. El que un gran número de ellas sea asintomática en los primeros momentos dificulta el diagnóstico y facilita la transmisión. Así mismo algunos de los casos diagnosticados en el último año corresponden a cepas multirresistentes difíciles de erradicar.

Como vemos en estas cifras las infecciones de transmisión sexual se pueden contagiar en cualquier tipo de relación siempre que ésta no sea bien protegida. En contra de lo que los mandatos de género y la teoría del amor romántico parecen hacernos creer, las relaciones heterosexuales no están exentas de estos riesgos. La única manera de no contagiarnos y limitar el riesgo al mínimo es proteger todas nuestras relaciones, hacernos las pruebas de detección cuando hayamos corrido algún riesgo y tomar los tratamientos indicados por las personas profesionales. Como se señala más arriba, los primeros estadios de muchas ITS son asintomáticos, así que no podremos saber si alguien la tiene a simple vista; a esto debemos añadir que en muchos casos puede haber portadores asintomáticos que nunca desarrollan la infección, pero si pueden transmitirla. Proponer el uso de métodos de barrera es el mejor signo de confianza, nos encontraremos delante de una persona que cuida su cuerpo, lo cual hará que sea mucho más probable que cuide el nuestro. Alguien que no está preocupado por su propio contagio, es improbable que se preocupe por cuidar mi cuerpo. Que una persona insista en no usar preservativo durante un encuentro con penetración, nos está informando de su manera de conducirse en las relaciones eróticas. Si no lo quiere usar ahora es probable que no lo haya querido usar antes. Dejar de protegerse no es signo de amor ni confianza, sino más bien de considerar al otro cuerpo de poca importancia y de desinterés por la otra persona. La confianza y el amor se construyen desde el cuidado y demostrando que nos valoramos y valoramos a la otra persona. Antes de dejar de usar el método de barrera es conveniente que las personas nos hagamos una prueba de detección de ITS, para saber si tenemos alguna y poder tratarnos antes de abandonar la protección. Así mismo es conveniente que nos realicemos pruebas de detección siempre que hayamos corrido riesgos o cada cierto tiempo si mantenemos relaciones desprotegidas con frecuencia por distintos motivos. El diagnóstico tardío de cualquiera de estas infecciones se asocia a un peor pronóstico y a una mala evolución con más síntomas. Tratarlas a tiempo, por el contrario, se asocia a un mejor pronóstico y evolución del cuadro. Muchas pueden curarse con el tratamiento adecuado y otras pueden mantenerse no activas, evitando el contagiar a otras personas.

Planificación Reproductiva

Las relaciones coitales (penetración del pene en la vagina) pueden resultar en un embarazo, como ya hemos indicado antes son una práctica mayoritariamente reproductiva. La única manera de asegurarnos de que no sea así, siempre que no queramos reproducirnos pero sí practicar un coito, es utilizar métodos anticonceptivos eficaces. En ocasiones el consumo de drogas puede afectar a los ciclos hormonales, alterando las menstruaciones o dificultando la eyaculación, eso no quiere decir que nos hayamos vuelto estériles. No siempre que practicamos relaciones mal protegidas se produce un embarazo, eso puede hacernos pensar erróneamente que lo que hayamos hecho es un método eficaz, por ejemplo, la marcha atrás o coitus interruptus (retirar el pene

de la vagina antes de la eyaculación) o que no somos fértiles. Informarnos sobre la eficacia de cada método o sistema anticonceptivo nos dará una idea más realista de la protección que realmente nos proporciona. Acudir a la consulta de atención primaria o ginecología, nos puede dar pistas sobre el funcionamiento y estado de nuestro aparato reproductivo y genitales.

Si bien las tasas de Interrupción Voluntaria del Embarazo van descendiendo en los últimos años en nuestro país, pudiendo indicar un descenso de los embarazos no planificados, todavía hay personas que recurren a él reconociendo que no usaron ningún método anticonceptivo para evitarlo (35,8% en 2017). Un porcentaje elevado de hombres que no deseamos ser padres no usamos un método eficaz para evitarlo (preservativo), ni todos nos interesamos en saber qué pasó en este sentido después de una relación desprotegida. En ocasiones cuando nos informa una pareja de que se ha producido un embarazo no planificado no nos involucramos en resolver la situación; aun sabiendo que no hemos usado métodos eficaces para evitar que se produjera el embarazo, es habitual que lo primero que hagamos es poner en duda la credibilidad de la otra persona y acusarla de promiscua. En muchas ocasiones seguimos teniendo la fantasía de que las mujeres tratan de “atraparnos” con embarazos que no queremos para estar con nosotros, como si la posibilidad de embarazarse y tener que enfrentar esa situación en soledad fuera un riesgo que alguien deseara correr para obligarnos a ser su pareja. Una mejor educación sexual y un mejor acceso a los métodos eficaces de planificación podría conseguir cifras menores de IVE. En 2017 la tasa por 1.000 mujeres fue de 10,51 IVEs. Un total de 94.123 interrupciones en toda España. El descenso en estas cifras que vamos viendo en los últimos años es probable que esté relacionado con la aplicación desde el año 2010 de la ley de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo. Esta ley contempla el desarrollo integral de la educación sexual en todos los niveles de enseñanza y un mejor acceso a los métodos anticonceptivos, incluyendo la anticoncepción de urgencia, entre otros factores relacionados con la salud sexual y reproductiva de la población. Todavía no está implantada en su totalidad y es importante que todas nos preocupemos de que se desarrolle íntegramente para que podamos beneficiarnos de sus propuestas.

Las dos personas implicadas en un embarazo no planificado son igualmente responsables. Si no deseo un embarazo, usar métodos eficaces para evitarlo, será la mejor manera de enfrentar esa situación; por el contrario, pensar que la otra persona se ocupará de resolverla, responsabilizar a la otra persona o desentenderme, no son mecanismos eficaces para afrontarla.

A la hora de elegir un método anticonceptivo habrá algunos factores que deberemos tener en cuenta cuando estamos consumiendo drogas, en el siguiente cuadro se mencionan algunos:

La necesidad de usar métodos anticonceptivos eficaces para evitar embarazos no planificados se mantiene durante toda la vida fértil de las personas. Si comprobamos las estadísticas del Ministerio de Sanidad recogidas en el año 2017 sobre IVE22 (Interrupción voluntaria de embarazo) vemos que en todos los grupos de edad había personas que no habían usado método anticonceptivo:

- 47% de las menores de 15 años
- 33% de las mujeres de 15 a 19 años
- 32% de las mujeres de 20 a 24 años
- 34% de las mujeres de 25 a 29 años
- 27,4% de las mujeres de 30 a 34 años
- 38,8% de las mujeres de 35 a 39 años
- 41,3% de las mujeres de 40 a 44 años
- 48% de las mujeres mayores de 44 años

EJERCICIO: Si eres una persona que puede quedarse embarazada en las relaciones coitales: ¿Has tenido alguna vez relaciones mal protegidas? ¿Se interesó la otra persona sobre qué había pasado tras la relación?

Si eres una persona que puede dejar a otra embarazada en las relaciones coitales: ¿Has tenido alguna vez relaciones mal protegidas? ¿Te pusiste luego en contacto para interesarte sobre qué había pasado tras la relación?

Preservativo femenino y masculino:

- Protege frente a ITSs además de embarazo
- Requiere compromiso por parte de las personas para usarlo
- Capacidad en el momento del encuentro para colocarlo desde el principio hasta el final

Píldoras, parche y anillo:

- Posible interacción con otros fármacos o drogas
- Requiere cumplimiento estricto de las indicaciones
- Estrógenos aumentan riesgo de trombosis, efecto sumativo con otras sustancias que alteren sistema de coagulación (Cocaína), tabaco

Inyección trimestral

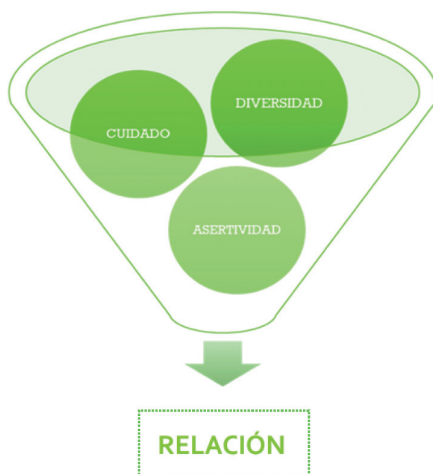
- Método sin estrógenos
- Necesario aplicar inyectable cada tres meses
- No más de dos años seguidos por riesgo de desmineralización ósea. Sumativo a otros factores como consumo de alcohol, tabaco, etc.
- No hay descanso, es frecuente la ausencia de sangrados mensuales

LARCs (Métodos reversibles de larga duración): implante hormonal y DIUs de cobre y hormonado

- Menor interacción con otros fármacos o drogas (DIU)
- Protección frente al embarazo durante 4-6 años
- DIU con hormonas evita sangrados abundantes propios de DIU de cobre.

No se recogen datos sobre hombres en estas estadísticas, no tenemos datos sobre si usaban método o no, no tenemos datos sobre cuántos acompañaron a la persona que se practicó el IVE²², no tenemos datos sobre cuántos fueron informados y cuáles fueron sus respuestas al embarazo no planificado. Los hombres a veces tenemos la fantasía de que podemos desentendernos de las consecuencias de nuestras prácticas eróticas reproductivas, eso hace que no sintamos la necesidad de asumir la prevención del embarazo no planificado como una prioridad, aunque es igual responsabilidad de las dos personas implicadas.

El modelo que propusimos para el placer se puede extrapolar a las relaciones, la idea es hacer que estas sean de mayor calidad y sean más justas y placenteras para todas las partes implicadas.



Diversidad: Los modelos de relación son variados, como ya hemos visto al principio del apartado hay muchos tipos de relación erótica o afectiva en los que las personas nos podemos ver envueltas. Todos son igualmente válidos siempre y cuando se parta del consentimiento de todas las partes implicadas.

Para poder relacionarnos con otras personas es importante que aprendamos a establecer y respetar acuerdos. Cada persona tenemos nuestra manera de comportarnos y nuestras ideas sobre las relaciones, es importante que podamos hablar de ello (asertividad). Da igual si la relación es esporádica o continuada, que no vayamos a volver a ver a la otra persona no nos autoriza para pasar de sus límites o no respetarla (cuidado).

Consentimiento

SI ES...

- Decidir libremente que pase algo
- Respetar los deseos de todas las personas implicadas
- Aceptar de forma Expresiva, Afirmativa, Sobria, Sin Coacción
- Expresar asertivamente lo que quiero en todo momento
- Preguntar antes de actuar sobre el cuerpo de otra persona
- Asegurarnos de que todas estamos cómodas con todo lo que está pasando

NO ES...

- Que las cosas pasen porque me da miedo o vergüenza decir que no
- Actuar sobre el cuerpo de otra persona sin preguntar y que me dé permiso
- Insistir hasta que consigo lo que quiero
- Imponer mi deseo o mi forma de disfrutar
- Pasar de las indicaciones o sugerencias de la otra persona
- Sobreinterpretar o tratar de adivinar que quiere la otra persona
- Pensar que las chicas quieren decir sí cuando dicen no
- Cuando la otra persona no está sobria o consciente

- **Asertividad:** Es importante cultivar la capacidad para expresar todo aquello que es importante para mí. Tener claras mis prioridades, necesidades, lo que me gusta o disgusta, ayudará a que lo pueda expresar con más claridad. Priorizar mis verdaderos sentimientos y pensamientos sobre los mandatos de género u otros mandatos sociales, dará coherencia a mi vida y facilitará mi asertividad. Priorizando mis verdaderos sentimientos y pensamientos es más probable que obtenga lo que quiero, que pueda establecer relaciones más saludables, exponiéndome a menos riesgos y menos daños emocionales.
- **Cuidado:** Actuar con cuidado es actuar poniendo interés en lo que estamos haciendo o vamos a hacer. Actuar como si verdaderamente me importara lo que está pasando y la otra persona. Respetarme y respetar. Atender a que la experiencia de la relación sea satisfactoria para todas las partes y que no nos expongamos a riesgos o daños innecesarios o evitables. En ocasiones es inevitable que algunos de nuestros comportamientos, maneras de sentir o actuar no gusten a las personas con las que nos relacionamos, esto no nos exculpa de cuidar a esa persona, de compartirlo y estar dispuestas a aclarar la situación, escuchar a la otra persona y negociar formas de protegernos o cuidarnos en esos casos. En ocasiones la mejor manera de cuidarnos es abandonar una relación que nos está haciendo daño, ya hemos visto que algunas ideas erróneas asociadas al amor romántico pueden dificultar esa decisión, así como algunos estereotipos asociados al género, poder identificarlos a veces ayuda a poder tomar decisiones con una información más real y de una manera más consciente.

EJERCICIO: Recupera el Mapa de los Cuidados que hicimos en el apartado sobre Salud Sexual y Reproductiva. ¿Qué cosas añadirías o quitarías ahora después de haber avanzado en el cuadernillo?

Reproducción / familias

Ya señalamos en el apartado de género que, durante mucho tiempo, nuestra sociedad consideró que la reproducción era la finalidad última de la mujer, su objetivo prioritario en la vida. Para ello se pensaba que su aparato reproductor controlaba todo su organismo. Casi cualquier síntoma o molestia de la mujer se asociaba a problemas del útero o las hormonas. Por supuesto se pensaba que una mujer que no hubiera tenido hijos era un ser incompleto. Vimos también que a lo largo del s. XX, estas ideas que asociaban a los hombres al dominio y al poder y a la mujer a la reproducción, se fueron modificando. Aun así muchas de esas ideas o partes de éstas persisten en los mandatos de género que perviven en nuestra cultura. Así, hemos visto, que sigue asociándose el trabajo de cuidado mayoritariamente a la mujer. También hemos visto que mucha de nuestra erótica todavía se guía por modelos principalmente reproductivos, y que se sigue cargando el control de esa reproducción a las mujeres.

El embarazo y la prole se han visto muchas veces como sistemas de protección de la mujer, que tenderemos a correr menos riesgos, incluidos los consumos adictivos, para proteger la gestación y el cuidado de las criaturas. Mientras que otras muchas veces nos damos cuenta de cómo el tener que ocuparnos de personas dependientes (criaturas, mayores, personas enfermas, etc.) nos dificulta el acceso a los tratamientos, los centros de desintoxicación u otros programas de ayuda. Las dobles jornadas laborales, fuera de casa y en casa, agotan nuestros cuerpos y favorecen la aparición de ansiedad y trastornos del estado de ánimo. Todo esto favorece el consumo de psicofármacos, alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas. Estos factores, tener descendencia o los cuidados, nunca se ven como protectores o favorecedores del consumo en el caso de los hombres. Esto nos indica como los mandatos de género actúan también en este último apartado.

Actualmente los modelos de familia que conocemos en nuestra sociedad son muy diversos. Según el Informe de ONU mujeres *El Progreso de las Mujeres en el Mundo*²³. 2019-2020, los tipos de hogares que podemos encontrar en el mundo se distribuyen más o menos como sigue:

- 38% de hogares familiar nuclear (padre, madre y criaturas)
- 27% familia extensa (otras personas miembros de la familia)

EJERCICIO: Elaborar un mapa de una familia tipo. Luego elaborar un mapa de nuestra familia. ¿Qué personas incluimos en él: personas con las que nos unen lazos de consanguinidad, compañer@s sentimentales, amig@, personas con las que convivo, etc.? Comparar los distintos modelos de familia. ¿Quién realiza las tareas de cuidado y mantenimiento de la vida en mi mapa? ¿Quién mantiene los lazos que unen a los integrantes del mapa? ¿En todos los modelos de familia que hemos elaborado o conocemos se reparten estas responsabilidades de manera parecida o hay cambios?

- 13% pareja sola
- 13% persona sola
- 8% familia monomarental
- 2% varias personas “no familiares”

Como vemos los hogares con familia nuclear tipo no son la mayoría, la diversidad es la norma en este aspecto de la sexualidad también.

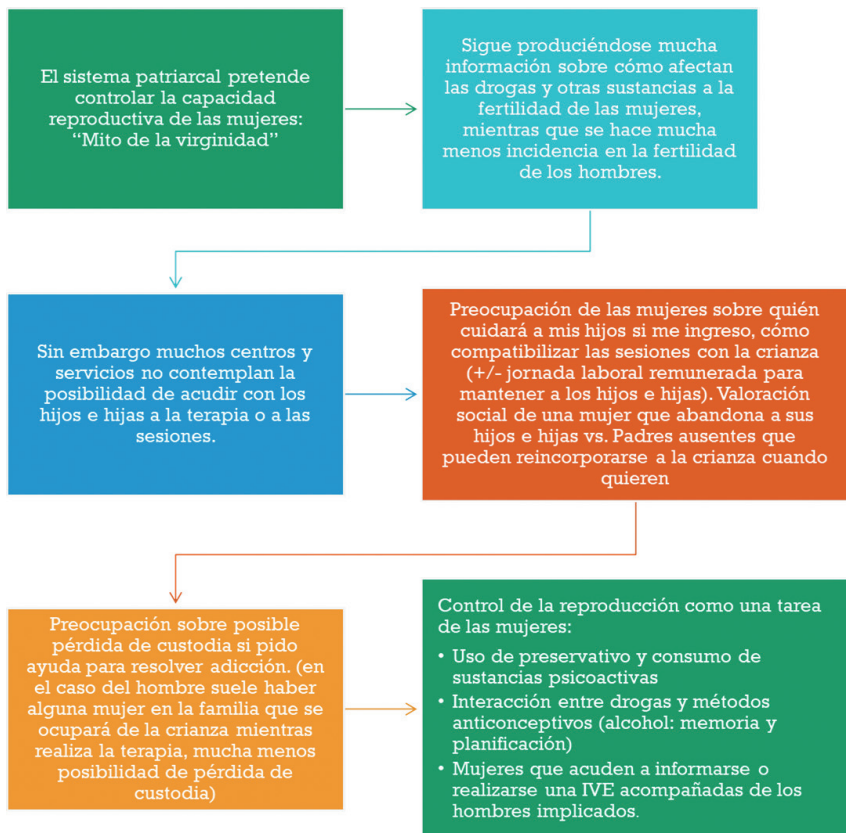
El 82 % de los hogares con un solo progenitor son monomarentales, la figura adulta es la madre. Esto nos indica que se sigue cumpliendo la posibilidad, que hemos visto en el apartado anterior, de que el padre abandone el proceso de crianza o que nunca llegue a integrarse en él. Según el informe *Más solas que nunca*²⁴ de Save the Children, estos hogares se enfrentan a mayor riesgo de pobreza y exclusión social. Entre otros factores por la mayor precariedad laboral y económica de las mujeres. El 25% de estos hogares viven en situación de pobreza extrema.

Todo esto hace que las mujeres nos frenemos más a la hora de buscar ayuda para un consumo adictivo. Nos dará miedo que va a pasar con nuestras criaturas, quién las cuidará durante el proceso o si los servicios sociales intervienen cuáles serán las consecuencias. Así mismo tenemos miedo de perder la custodia al declararnos consumidoras. Además de todos los posibles problemas burocráticos, el juicio social también nos afecta. Que las demás personas tengan buena opinión de nosotras es uno de nuestros mandatos de género. Todos estos factores afectan en mucha menos medida a los hombres. Cuando los hombres decidimos iniciar un proceso de desintoxicación, es habitual que alguna mujer de nuestro entorno se ocupe de los cuidados que nosotros precisamos o de los que nos tendríamos que ocupar. Por otra parte, el juicio social sobre nosotros no es tan fuerte y en cualquier caso siempre se verá como algo positivo que reconozcamos la adicción y busquemos ayuda.

Otro factor de género diferente en relación con la reproducción son la cantidad de estudios e información sobre cómo afecta el consumo a la fertilidad. Tenemos mucha más información con relación a la mujer que al hombre. Una vez más esto pone de manifiesto como la fertilidad es algo que se valora socialmente más en la mujer que en el hombre. De hecho, los primeros estudios sobre mujeres y consumo estaban orientados a describir los efectos sobre el embarazo y la fertilidad. A partir de ahí empezamos a tomar conciencia de que los efectos podían ser también diferentes en otros aspectos del cuerpo entre hombres y mujeres. La fertilidad del hombre se considera mucho menos. En cambio, tenemos más información sobre como las drogas afectan a la erección y a la eyaculación y poca sobre los efectos en la función del clítoris o las sensaciones en la vulva.

²⁴ https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/mas_solas_que_nunca.pdf

Como podemos ver los mandatos de género influyen mucho en este aspecto de la sexualidad, aplicar la perspectiva de género nos puede ayudar a descubrir las ideas y mensajes que están instalados en nuestro interior, favoreciendo o entorpeciendo mi autocuidado.



Conclusiones

A lo largo del cuadernillo hemos ido viendo lo importante que es el sexo, y la manera de vivirlo y expresarlo (sexualidad), en nuestras vidas. Lamentablemente, aunque se trate de un tema fundamental en tantos aspectos, es habitual que tengamos poca información sobre el mismo o que ésta sea sesgada o parcial. Hay pocos espacios para la reflexión y la información, mientras que los mandatos de género, la fantasía del amor romántico o la pornografía inundan nuestra cultura y nuestra sociedad. Mucha de la información que tenemos sobre este tema nos encierra en laberintos y callejones sin salida, anulando nuestra capacidad de decisión y nuestra autonomía. Este cuadernillo pretende ser un soplo de aire fresco en tanta cerrazón. Esperamos que abra puertas y ventanas por las que podamos ver y dejarnos vivir la diversidad y el placer. Siempre desde el cuidado a nosotras y a las demás personas. Al realizar los ejercicios hemos elaborado nuevos mapas, que nos permiten explorar el territorio de otras formas y por otros caminos. Estos mapas nos acompañarán en el nuevo viaje de conocernos mejor y hacernos dueñas de nuestra sexualidad. Quizás ya nos han permitido explorar nuevos territorios o enfrentarnos a los viejos caminos con nuevos pasos. Quizás en el futuro nos sirvan para trazar rutas de vida desde el deseo y la autoestima. Cuidándome más y cuidándonos más.

Bibliografía

Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2017: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida – D.G. de Salud Pública, Calidad e Innovación/ Centro Nacional de Epidemiología – ISCIII. Madrid; Noviembre, 2018. https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/InformeVIH_SIDA_2018_21112018.pdf

CALAFAT, Amador et al. (2008) “Qué drogas se prefieren para las relaciones sexuales en contextos recreativos”, *Adicciones*, 20 (1), 37-48. <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/287>

CANTOS VICENT, Raquel y MOLINA SÁNCHEZ, Carlos (2017) *Frente al espejo. Imagen social de las personas con consumo problemático de drogas desde la perspectiva de género*. Fundación Atenea.

CANTOS VICENT, Raquel (2016) *Hombres, mujeres y drogodependencias. Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas*. Fundación Atenea. <http://fundacionatenea.org/http://fundacionatenea.org/wp-content/uploads/2017/02/Hombres-mujeres-y-drogodependencias.pdf>

Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España, (ESTUDES) 1994-2016, Informe 2018 Alcohol, Tabaco y Drogas Ilegales en España. Observatorio Español de las Drogas y de las Adicciones (OEDA) – Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Madrid, 2018. <http://www.pnsd.msbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2018OEDA-INFORME.pdf>

Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EADDES), 1995-2017. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Madrid, 2017. http://www.pnsd.msbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EADDES_2017_Informe.pdf

FAUSTO-STERLING, Anne (2006) *Cuerpos sexuados*, Melusina, Barcelona.

GARCÍA DAUDER, S. y PÉREZ SEDEÑO, Eulalia. (2017) *Las “mentiras” científicas sobre las mujeres*, Catarata, Madrid.

MARTÍNEZ REDONDO, Patricia (2009) *Extrañándonos de lo “normal”. Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes*, horas y HORAS, Madrid.

ROMO AVILÉS, Nuria (2004) Género y uso de drogas: *La invisibilidad de las mujeres*, en VV.AA. Uso de Drogas y drogodependencias, *Monografías Humanitas*, 5,69-83. http://www.iatros.es/wp-content/uploads/humanitas/materiales/Monografia_Humanitas_5.pdf

ROSSER, Sue V. (2013) *El sesgo androcéntrico en la investigación clínica*, en Montserrat Cabré i Pairet y Fernando Salmón Muñiz (eds.), *Sexo y género en medicina. Una introducción a los estudios de las mujeres y de género en ciencias de la salud*, Editorial de la Universidad de Cantabria, Santander, 121-138.

SÁEZ, Javier (2017) *Queer*, en R. Lucas Platero, María Rosón y Esther Ortega (eds.), *Barbarismos queer y otras esdrújulas*, Edicions Bellaterra, Barcelona.

SANYAL, Mithu M. (2012) *Vulva. La revelación del sexo invisible*, Anagrama, Barcelona.

SASTRE CAMPO, Ana (Coord.) (2015) *Más solas que nunca. La pobreza infantil en familias monomarentales*, Save the Children, España. https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/mas_solas_que_nunca.pdf

VALLS LLOBET, Carme (2008) *Mujeres invisibles*, DEBOLSILLO, Barcelona.

VV.AA. 5º *Informe Noctambul@s 2017/2018*. Fundación Salud y Comunidad, Barcelona. https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/5InformeNoctambulas_2017-18.pdf

VV.AA. *Estudio sociológico cualitativo sobre el consumo de alcohol y cannabis entre adolescentes y jóvenes*. SOCIDROGALCOHOL, Barcelona, Septiembre 2017. <http://www.socidrogalcohol.org/manuales-y-guias-clinicas-de-socidrogalcohol.html?download=174:estudio-sociologico-cannabis-alcohol>

VV.AA. *Género y Adicciones*. Infonova, 35, Madrid 2019. <https://dianova.es/wp-content/uploads/2019/03/INFONOVA-35-web.pdf>

VV.AA. *Proyecto Género. Visión integral de la intervención en adicciones*. XX Jornadas de la Asociación Proyecto Hombre, *Revista Proyecto Hombre*, 96, Mayo 2018. http://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2018/09/Revista-Proyecto-PH_96_web.pdf



LA RED DE ATENCIÓN
A LAS ADICCIONES

Calle Canarias, 9 Local, 28045 Madrid
Tel: 902 313 314 - 914 478 895

www.unad.org

 @RedUNAD

 @UNADenred

 UNADmejora

 @UNADenred

Financiado por:



Proyecto "Agentes de Salud de la Mujer"