



Reflexiones y resistencias feministas para la garantía del derecho a la salud afectiva y sexual de mujeres migrantes en la ciudad de València.

Herramienta para la movilización social a
través de un diálogo de saberes.

Reflexiones y resistencias feministas para la garantía del Derecho a la Salud afectiva y sexual de mujeres migrantes en la ciudad de València.

Herramienta para la movilización social a través de un diálogo de saberes.

EDITA Y PRODUCE: FARMAMUNDI

AUTORAS:

Irene Moreno Ortolà

María Rasal Sánchez

Marcela Hincapié Martínez

Con la colaboración de ruth m. mestre i mestre

AÑO: 2022

DISEÑO Y MAQUETACIÓN: Victor Cebellan Castillo

Esta publicación ha sido realizada en el marco del proyecto **Construyendo Ciudadanía Global Crítica con el Derecho a la Salud Afectivo-Sexual: reconociendo, ejerciendo y reivindicando una salud integral a través de la movilización colectiva**, perteneciente a la estrategia de trabajo que Farmamundi lleva a cabo con la colaboración de València Acull y Red Aminata. Tanto el proyecto como la publicación han sido posible gracias al apoyo financiero de la Generalitat Valenciana.

UN PROYECTO DE:

FARMAMUNDI

CON LA PARTICIPACIÓN DE:

València Acull y Red Aminata

FINANCIA:

Conselleria de Participación, Transparencia, Cooperación y Calidad Democrática de la Generalitat Valenciana.

El contenido es responsabilidad exclusiva de Farmamundi y no refleja necesariamente la opinión de la Generalitat Valenciana.



Reflexiones y resistencias feministas para la garantía del Derecho a la Salud afectiva y sexual de mujeres migrantes en la ciudad de València. Herramienta para la movilización social a través de un diálogo de saberes, por Irene Moreno Ortolà está sujeta a la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons.

AGRADECIMIENTOS:

Aisha, Alexandra, Amina, Aminata K., Amy, Analexis, Claudia F., Claudia V., Dana, Danna, Domitila, Elena, Élide, Embarka, Evelin, Fátima, Florencia, Gloria, Glorya, Hajar, Halima, Julieta, Karen, Katherine, Katyuska, Khadija, Lucrecia, Malika, Mamou, Marcela, Marcela B., Marge, Maribel, Miliagna, Miriam, Mónica, Nélide, Olga, Oulaya, Paulina, Rajanee, Rokhaya, Ruth, Sainabou, Salka, Samira, Shirley, Souckayna, Soumaya, Sushila, Susana, Tanana, Vivian, Yesenia, Yina, Yuliana. Por vuestros saberes y conocimientos, por vuestra valentía y poder. Por habernos abierto vuestros mundos para crecer como personas, como mujeres y como profesionales.

A Inés y Luisa, de València Acull; por el acompañamiento a las mujeres dentro y fuera de los límites de este proyecto.

A Aminata, por tejer puentes entre tanta diversidad cultural desde la dinamización comunitaria.

A ruth m. mestre i mestre; por la supervisión de texto, el acompañamiento académico y la confianza en este trabajo.

A Andrea, Carol y Fatine; por revisar los sesgos de este trabajo. Por acompañar con cariño al equipo técnico y dinamizador del proyecto en un bonito proceso de decolonización.

A Serena, por el apoyo técnico y emocional a lo largo del proceso.

A Celia, Draz, Irene, Mar, María, Marta, Noel, Noémie, Paola, Rut, Sara, Silvia, Taína, por facilitar la participación de las mujeres a través del cuidado infantil.

Al equipo de personas que hay detrás de todo este trabajo en la delegación valenciana de Educación para el Desarrollo y la Ciudadanía Global de Farmamundi.



Índice

1. Introducción. Pág. 3.

1.1. La Educación para el Desarrollo y la Ciudadanía Global. Pág. 5.

2. Mujeres: un grupo heterogéneo y diverso frente a diferentes sistemas de opresión. Pág. 7.

2.1. Los feminismos como fundamento para comprender nuestra realidad. Pág. 8.

2.2. Mujeres migrantes no comunitarias en Europa. Pág. 11.

2.3. Las protagonistas de este proyecto. Pág. 12.

3. Sexualidad y poder. Pág. 15.

3.1. Hablar de sexualidad supone hablar del cuerpo. Pág. 17.

3.2. Hablar de sexualidad supone hablar de deseo. Pág. 19.

3.3. Hablar de sexualidad supone hablar de prácticas sexuales. Pág. 20.

4. El derecho a la salud afectiva y sexual: un derecho humano por reivindicar. Pág. 21.

5. Estrategia de análisis. Pág. 25.

5.1. Punto de partida: postura epistemológica. Pág. 26.

5.2. Fase de recogida de la información. Pág. 27.

5.3. Fase de interpretación y análisis de la información. Pág. 28.

5.4. Fase de validación de resultados. Pág. 33.

6. Resultados del análisis. Pág. 35.

6.1. Las variables del derecho a la salud afectiva y sexual. Pág. 36.

6.2. Las vulneraciones del derecho a la salud afectiva y sexual, y los procesos socioculturales que les subyacen. Pág. 40.

6.3. Resistencias de las mujeres a las fuerzas visibles e invisibles de los sistemas de opresión. Pág. 65.

7. Conclusiones y recomendaciones. Pág. 69.

8. Bibliografía. Pág. 73.





1. INTRODUCCIÓN

El documento que tienes en tus manos es un diagnóstico con el que buscamos visibilizar y comprender el continuum de discriminaciones y violencias que han experimentado y/o experimentan las mujeres migrantes de la ciudad de València en relación a su derecho a la salud afectiva y sexual, así como los procesos socioculturales que subyacen a esta vulneración. Pretendemos que sea un documento de consulta para cualquier persona que tenga interés en comprender las realidades de las mujeres migrantes desde un enfoque basado en derechos humanos, género e interculturalidad. Además, deseamos que sea una herramienta útil, a disposición del personal sociosanitario que atiende habitualmente a mujeres de distintos países y culturas de origen, para enriquecer las acciones que realizamos en este ámbito.

Este trabajo es el resultado de un proceso de educación para el desarrollo y la ciudadanía global (en adelante EpDyCG) protagonizado por mujeres migrantes. Mujeres que han compartido sus

historias de vida en relación al cuerpo, la sexualidad y los vínculos afectivo-sexuales. Mujeres que han roto el tabú de la sexualidad para poner voz y atención a sus heridas y malestares, así como a sus resistencias y luchas. Mujeres que, en este proceso personal de crecimiento, se han acompañado unas a otras desde el apoyo mutuo, dentro y fuera de las actividades del proyecto, construyendo discursos cada vez más críticos sobre el Derecho a la Salud Afectiva y Sexual (en adelante DSAS). En este documento, las mujeres migrantes encuentran raíces estructurales para explicar vulneraciones y malestares en torno a la sexualidad que son comunes a todas las culturas.



El camino que hemos recorrido permite presentar un diagnóstico coproducido en el que se han entrelazado diversas realidades y necesidades. Por un lado, las realidades de las mujeres, sus experiencias y sus conocimientos sobre el DSAS; así como, las principales reivindicaciones surgidas de manera colectiva en el proceso llevado a cabo. Por otro lado, la realidad y las necesidades sujetas al programa de EpDyCG en materia del DSAS en el barrio de Orriols (València). Y, por último, la realidad académica del Máster de Género y Políticas de Igualdad de la Universitat de València, que ha permitido articular las anteriores realidades desde una fundamentación teórico-metodológica feminista.

Este proceso ha sido posible gracias al interés, la valentía y el compromiso de las mujeres participantes. También, evidentemente, a la estrecha colaboración del equipo técnico de Farmamundi con el equipo dinamizador de València Acull, la mediación intercultural de Red Aminata y el equipo de voluntarias y voluntarios que han acompañado el proceso a través del cuidado infantil y la sistematización de las sesiones. Este gran equipo ha permitido dar luz y vida a este documento, el cual ha cuidado desde el primer momento los principios de una metodología basada en la EpDyCG en diálogo con las epistemologías feministas.

1.1. La Educación para el Desarrollo y la Ciudadanía Global.

En Farmamundi entendemos la EpDyCG como una herramienta para generar conciencia sobre las desigualdades sociales existentes y para promover el protagonismo de la ciudadanía en la transformación social a través de la movilización y la solidaridad para la justicia social con perspectiva global. Es decir, proponemos acciones que permitan a las personas generar pensamiento crítico y consciente acerca de las inequidades existentes entre personas, sexos, clases sociales, comunidades o países; así como la comprensión de sus causas. Pero, además, pretendemos que esa conciencia crítica vaya unida a la creación, potenciación o fortalecimiento de la agencia de las personas para reivindicar los derechos humanos y, en concreto, el derecho a la salud.

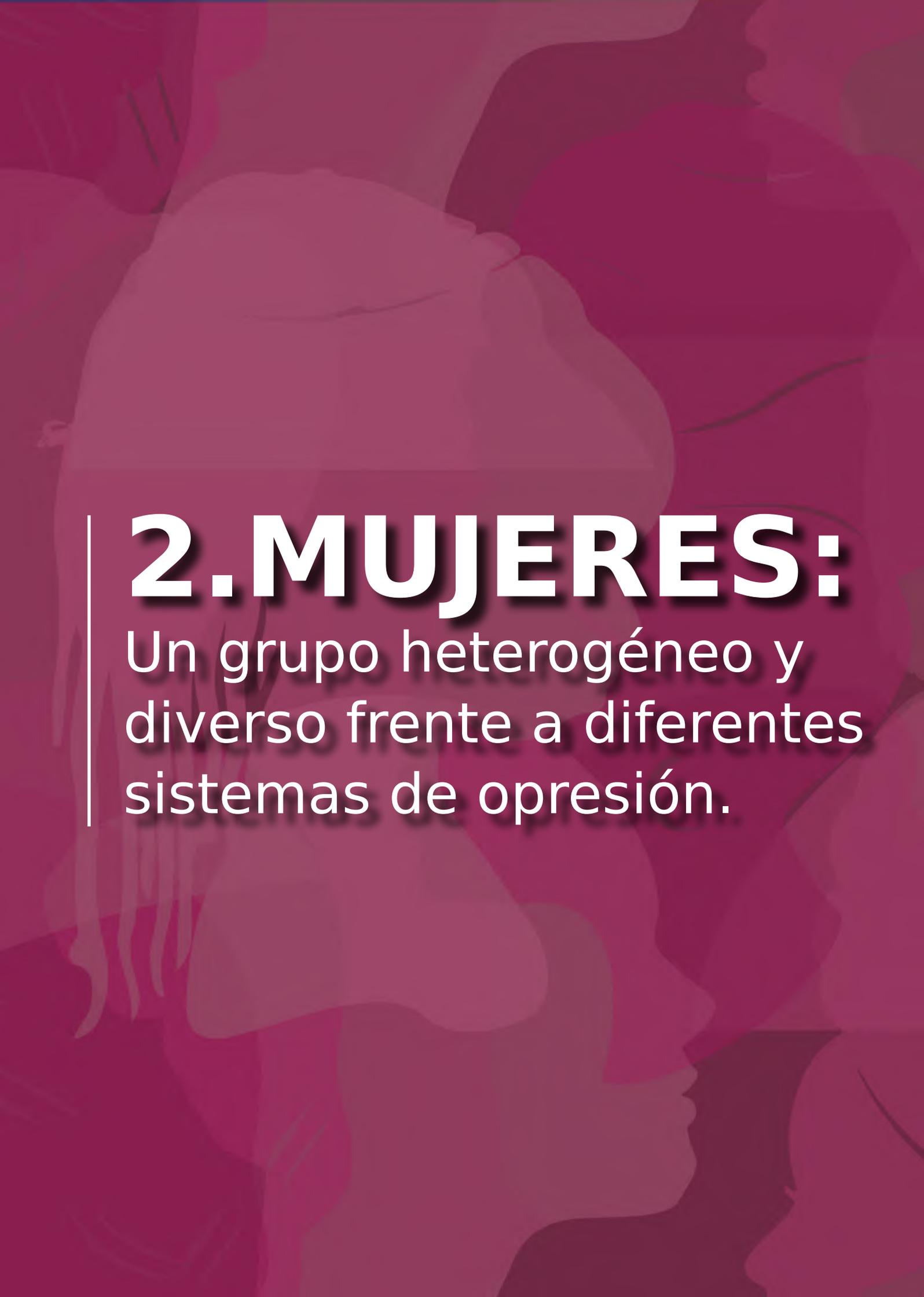
Trabajamos para visibilizar los múltiples sistemas de opresión y privilegio que configuran nuestro escenario social, en el que no todas las personas tenemos el mismo poder ni las mismas oportunidades para acceder a los recursos, la justicia o los derechos. Para ello, incorporamos al concepto Desarrollo Humano Sostenible diferentes enfoques teóricos que permiten analizar las desigualdades y abusos de poder de la realidad social que nos rodea.

Hemos analizado las problemáticas relacionadas con la garantía del derecho a la salud afectivosexual de las mujeres migrantes desde una perspectiva interseccional; teniendo en cuenta la relación, interdependencia y articulación del enfoque basado en derechos humanos (en adelante EBDH) con tres sistemas de dominio: el sistema cisheteropatriarcal, el sistema colonial/racista y el sistema capitalista.

Se trata de una apuesta del equipo por ofrecer a las mujeres participantes una herramienta teórica que permita reflexionar sobre la posición social que ocupamos según el contexto que habitamos. Un contexto que, a nivel global, ha estado históricamente colmado de tensiones políticas, económicas y sociales que ponen en riesgo la salud del planeta y de las personas. Una problemática que se agudiza en determinadas regiones del planeta y para determinados colectivos sociales, como es el caso de los países empobrecidos económicamente y de las mujeres, respectivamente. En concreto, el programa llevado a cabo ha estado atravesado por la crisis sanitaria provocada por la COVID-19, generando dificultades familiares y laborales que en numerosas ocasiones han dificultado la participación de las mujeres.

Con todo lo anterior, los principales objetivos de la EpDyCG cuando trabajamos con mujeres, se traducen en la creación de oportunidades para la movilización colectiva que contribuyan a generar cambios sociales. Y que estos cambios sociales coadyuven, en última instancia, a que el conjunto de la ciudadanía reclame de forma activa el respeto de los derechos humanos de las mujeres a nivel internacional.

El presente trabajo contribuye a la sensibilización de la sociedad valenciana sobre las realidades que viven las mujeres migrantes que residen en la ciudad de València, en relación con su DSAS, entendiendo que algunas realidades se configuran por el hecho de ser mujeres, otras por ser mujeres de determinadas culturas o territorios, y otras por la combinación de las dos anteriores. Queremos señalar que uno de los papeles fundamentales de la EpDyCG es servir de altavoz a las realidades más desconocidas y denunciarlas con el fin de transformarlas.



2. MUJERES:

Un grupo heterogéneo y diverso frente a diferentes sistemas de opresión.

2.1. Los feminismos como fundamento para comprender nuestra realidad.

Para comprender la realidad de las mujeres es necesario integrar diferentes perspectivas, experiencias y voces plurales que, desde el feminismo, reclaman que se reconozca un sujeto político diverso, heterogéneo y complejo. Muy complejo.

El feminismo occidental se ha caracterizado por articular sus principales reflexiones y reivindicaciones alrededor del pensamiento de la igualdad, de tradición ilustrada y sufragista. En esta línea surge el feminismo radical que, evidentemente marcado por los movimientos antirracistas de los años 60 y 70, empezó a conceptualizar el sexo como la *raíz*¹ de la opresión de las mujeres (Puleo, 1999; Amorós 2005; Gamba, 2008). De todas las características de esta corriente feminista, cabe destacar los esfuerzos por teorizar el género como algo distinto del sexo.

Desde esta perspectiva, se considera que las personas nacen con uno de los dos sexos biológicos y, a partir de este, se asigna o atribuye una serie de aspectos que son construidos por cada sociedad y cultura en un momento histórico concreto. De esta forma, el género refiere al conjunto de rasgos de personalidad, actitudes,

valores, conductas (estereotipos); así como a las actividades y espacios (roles) que son aceptados por el contexto para hombres y mujeres. Estas atribuciones diferenciadas son construidas de manera opuesta y complementaria, creando un binomio que ha recibido el nombre de masculinidad y femineidad (Weeks, 1990; Rubin, 1986; Fraisse, 2001; Lamas, 2003; Martínez, 2005).

A pesar de que estas características son interiorizadas por las personas a lo largo de su proceso de socialización desde el nacimiento,² han quedado inscritas en la cosmovisión occidental como naturales porque se han basado en las diferencias biológicas (sexo), que es lo que se ha llamado esencialismo biológico (Puleo, 1992; Bourdieu, 2000; Martínez, 2005).

Sobre la base de estas diferencias biológicas y culturales se ha establecido históricamente una estructura opresiva que ha recibido el nombre de *patriarcado*; definido como el sistema de organización social que favorece el dominio y control de los hombres sobre las mujeres. A través de un proceso social y simbólico que ha puesto mayor valor a las características de la masculinidad, se ha otorgado un mayor

1. Y de ahí su nombre, de su propósito por llegar a la raíz de la opresión de las mujeres.

2 Mediante la interacción cotidiana con otras personas y con el contexto sociocultural que nos rodea en un período histórico concreto.

poder a los hombres en todos los espacios de la sociedad, generando relaciones de poder entre hombres y mujeres (Millet, 1975; Osborne, 1995; Martínez, 2005; Bourdieu, 2000; Schongut, 2012).

A partir de estos postulados del feminismo radical, en el que el sexo sería a la naturaleza lo que el género es a la cultura, se genera a mediados de los 80 un debate académico todavía abierto. Butler (1988, 1990, 2004), como pionera de la teoría *queer*,³ explica que esta idea supone asumir que siempre se puede diferenciar nítidamente entre lo biológico (sexo) y lo cultural (género), y que el sexo es permanente e inmutable. Lo que, a su vez, supondría negar la existencia de formas de ser y morfologías corporales no clasificables en el binomio sexo/género, como las personas trans o las personas intersexuales, respectivamente (Martínez, 2011).

Además de revisar la propia categoría de sexo, esta corriente feminista es la más representativa del cuestionamiento realizado a la heterosexualidad como norma social. Aunque más adelante profundizaremos en esto, se trata de una corriente que ha realizado grandes esfuerzos por visibilizar las experiencias de opresión particulares relacionadas con la orientación sexual (Martínez, 2011).

Pero la teoría *queer* no es la única perspectiva feminista que cuestiona el universal “mujer”, queriendo abrir paso a la diversidad y visibilizar la opresión particular que experimentan identidades no hegemónicas. Para acercarnos al plural “mujeres”, son necesarias las aportaciones del feminismo decolonial.⁴



³ *Queer* es un término inglés que significa “raro” o “desviado/a” y que, utilizado como insulto hacia aquellas personas con formas de sentir el cuerpo y el deseo que no encajan en el binomio sexo/género, fue reapropiado por este colectivo como un mecanismo de resistencia.

⁴ El término decolonialidad se fundamenta en las diferencias y desigualdades raciales que instauró el periodo colonial y que siguen intactas después de la primera descolonización (jurídico-política) en el siglo XIX (Medina, 2013).

Muchas feministas racializadas, empobrecidas y/o migrantes han realizado una revisión del carácter intrínsecamente clasista, racista y eurocéntrico que encarnan los discursos del feminismo hegemónico (Espinosa, 2012). Esta trayectoria teórica ha sido llamada *feminismos periféricos* o *feminismos-otros*, y surge para cuestionar un feminismo que sólo da respuesta a los intereses de unas determinadas mujeres (Expósito, 2012; Medina, 2013). Nos gustaría destacar la cita de Sueli Carneiro (2008):

Nosotras las mujeres negras hacemos parte de un contingente de mujeres que trabajan durante siglos como esclavas en la agricultura o en las calles como vendedoras, vendedoras de comidas, prostitutas, etc. Mujeres que no entendieron nada cuando las feministas dijeron que las mujeres deberían ganar las calles y trabajar (...) Cuando hablamos de romper el mito de la reina del hogar, de la musa idolatrada de los poetas, ¿de qué mujeres estamos hablando? (Cit. en Lozano, 2013: 13).

Patricia Hill Collins (1998) y Barbara Smith (1975) entre otras, hablaron de múltiples opresiones; principalmente raza, género, clase y sexualidad (Curiel, 2007; Medina, 2013). Sin embargo, fue Crenshaw (1989) la que acuñó el término *interseccionalidad* para explicar que dichas categorías de opresión están interrelacionadas e influyen de manera específica en la vida de cada persona, mostrando el cruce de las estructuras de poder existentes en la sociedad (Expósito, 2012).

La interseccionalidad permite comprender que la realidad de las mujeres está atravesada por diferentes sistemas de opresión (sistema capitalista, sistema patriarcal, sistema colonial, sistema capacitista, etc.), y que la vivencia en cualquier ámbito de la vida va a estar condicionada por su género, su orientación sexual, su raza, su etnia, su clase social, su grado de autonomía, etc. Se trata de un concepto y una perspectiva de análisis imprescindible para comprender la migración.



2.2. Mujeres migrantes no comunitarias en Europa.

Para empezar, es importante puntualizar la diferencia entre la migración voluntaria y forzosa (refugio), ocasionada por conflictos o catástrofes. Una persona refugiada es también migrante pero no toda persona migrante es refugiada. Muchas de las que migran no lo hacen para salvar sus vidas, sino en busca de mejor calidad de vida y oportunidades laborales. Esta última forma de migrar se entiende como el desplazamiento o cambio de residencia a cierta distancia significativa y con carácter relativamente permanente o con cierta voluntad de permanencia.

Este tipo de desplazamientos han existido históricamente; no obstante, es con la globalización que adquieren un significado especial. Las lógicas socioeconómicas globales siguen encontrando sus raíces en el colonialismo, y el actual neocolonialismo. De forma que unos países tienen condiciones laborales y de vida precarizadas y sienten la necesidad de buscar oportunidades de mejora en sus propios países y más allá de las fronteras nacionales; mientras que otros países experimentan transformaciones socioeconómicas que crean la necesidad de mano de obra barata que es ocupada principalmente por población migrante (Micolta, 2007).

Sin embargo, la Unión Europea dificulta las vías de acceso legales y seguras

(concesión de visados, plazas para la reinstalación, facilidades para la reagrupación familiar, etc.), y la migración irregular se convierte en única opción para personas que no reúnen los requisitos pero que tienen una necesidad urgente de salir de sus países por razones económicas, sociales, sanitarias, etc. Esto favorece que sea más común la entrada en Europa a través de canales cada vez más peligrosos. Todas estas dificultades han llevado a los estudios de migración a llamar a este territorio como la gran “Fortaleza Europea” (Gregorio, 2009).

En las últimas décadas, los países enriquecidos económicamente han experimentado una importante “crisis de los cuidados” como resultado de varios factores: (1) la incorporación de más mujeres al mercado laboral remunerado, cada vez más exigente en cuanto a tiempo y disponibilidad; (2) el envejecimiento de la población, que incrementa el número de personas con algún grado de dependencia y necesidad de cuidados; (3) la ausencia de políticas públicas para hacer frente a esta situación; y (4) la evidente falta de equidad en la distribución de las tareas domésticas y de los cuidados entre los géneros (Oso y Parella, 2012).

Esta situación ha favorecido la incorporación laboral de las mujeres migrantes en el sector del hogar y de los cuidados, siendo el eje central de lo que se ha llamado “feminización de la migración” (Mestre, 2005; Mut, 2009; Tapia, 2011).

Además, es imprescindible señalar que esta incorporación se ha realizado bajo condiciones de máxima vulnerabilidad, marginalidad, invisibilidad y explotación. Mestre (2005) señala que las mujeres del Sur que emigran hacia el Norte ven condicionado su acceso al territorio y a los derechos de ciudadanía mediante dispositivos que generan diferenciación, desigualdad y subordinación; así ocupan únicamente aquellos puestos de trabajo que la sociedad de acogida les asigna (Mestre, 2005).

Galaz y Montenegro (2015) explican cómo las sociedades receptoras ejercen un doble mecanismo de poder sobre la población migrante. Por un lado, llevan a cabo un proceso de diferenciación a través de prácticas institucionales y discursos sociopolíticos y culturales que son fruto de la dinámica histórica-colonial mencionada antes. Y, en base a estas diferencias, le sigue un proceso de subalterización⁵. Es decir, se establece una asimetría o relación de poder que sustenta la inferioridad de las personas migrantes respecto de los grupos hegemónicos y que conduce hacia la marginalización. Y este mecanismo de poder es particular en el caso de las mujeres (Oso y Parella, 2012; Galaz y Montenegro, 2015; Mestre, 2015).

2.3. Las protagonistas de este proyecto.

Las protagonistas de este proyecto son mujeres migrantes que provienen de países del Sur, en los que las lógicas globales han generado una situación de empobrecimiento económico con respecto a los países del Norte. Lógicas que, a su vez, tienen sus raíces en el periodo colonial mencionado previamente.

“...las mujeres del Sur que emigran hacia el Norte ven condicionado su acceso al territorio y a los derechos de ciudadanía mediante dispositivos que generan diferenciación, desigualdad y subordinación; así ocupan únicamente aquellos puestos de trabajo que la sociedad de acogida les asigna” (Mestre, 2005).

⁵ Construcción de una “otredad extraña” (Goffman, 2006).

Aunque no es el propósito realizar una caracterización ni categorización de las mujeres participantes, consideramos necesario contextualizar al grupo aportando ciertos matices, desde una perspectiva interseccional, que permiten dar cuenta de la diversidad de narrativas vitales que aportan conocimiento al presente trabajo.

Un total de cincuenta y cinco (55) mujeres han participado de manera regular en las actividades del proyecto. Todas ellas se identifican como mujeres cisgénero⁶ heterosexuales, en una relación afectivo-sexual o no. Su edad oscila entre los 20 y 45 años aproximadamente y, aunque no todas tienen hijas/os, la mayoría de ellas sí. Así, y dado que la responsabilidad del cuidado infantil sigue recayendo principalmente sobre las mujeres, hemos contado con un servicio de ludoteca que facilite su participación en las actividades del proyecto.

En cuanto al origen, participan mujeres de origen magrebí, subsahariano, latinoamericano y asiático. Esta diversidad favorece un espacio de convivencia lingüística para el que hemos contado con mediadoras interculturales. Un rol especialmente importante dada la diversidad que encontramos en el tiempo

de residencia en el Estado Español y/o la ciudad de València, que varía entre un año y más de 20 años. También son variables las rutas de entrada al país, los motivos y la situación administrativa de cada una de ellas.

Respecto a su situación laboral y/o económica, un número elevado de mujeres tienen trabajos mal remunerados y buscan la manera de tener ingresos lo más estables posibles. En concreto, destaca la dedicación al trabajo del hogar y los cuidados, perteneciendo varias de ellas a la Asociación Intercultural de Profesionales del Hogar y de los Cuidados (AIPHYC).

La mayoría de ellas residen en Orriols, barrio de València históricamente obrero cuyas características actuales han propiciado el aumento progresivo de residentes migrantes. En concreto, su posición periférica y la carencia del interés político en mejorar urbanísticamente este barrio destacan como las principales causas del desinterés por parte de la población valenciana para residir en él. Esto, a su vez, ha constituido el barrio de Orriols como una oportunidad residencial para las personas migrantes con recursos económicos escasos y que entidades que son su primer contacto institucional, como València Acull, tengan su sede allí. Es por estas características del barrio, precisamente, que el proyecto se ha llevado a cabo en él.

⁶ Término para nombrar las identidades que encajan en el binomio sexo/género.

Las mujeres que no residen en el barrio de Orriols, lo hacen en otros barrios periféricos de la ciudad y se vinculan al proyecto a través de la Asociación Red Aminata y la Unidad de Referencia para la Cirugía Reconstructiva de la Mutilación Genital Femenina (entidades aliadas). Por tanto, todas ellas son mujeres que provienen de países y comunidades en las que se practican los Cortes/Mutilaciones Genitales Femeninas (C/MGF).

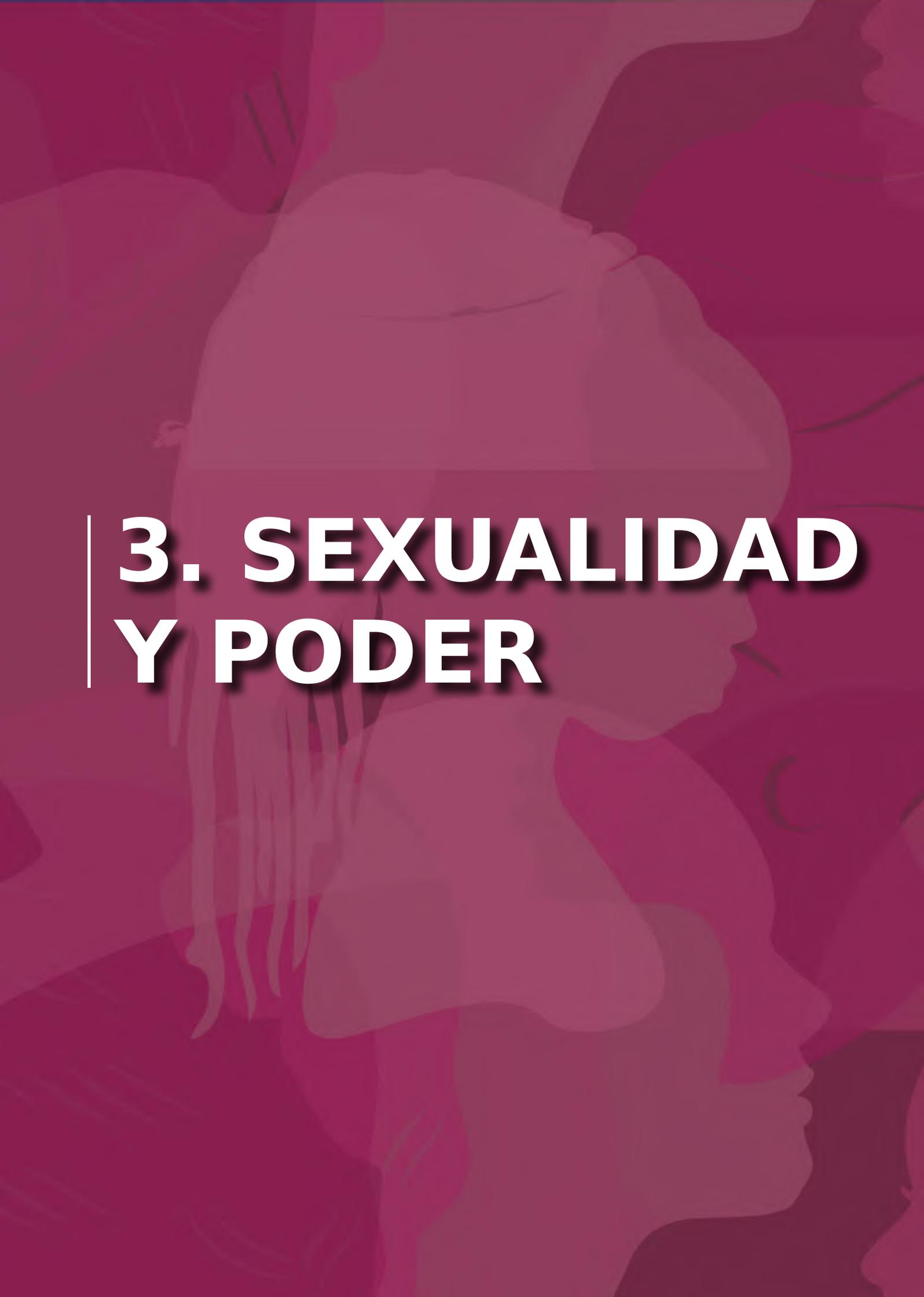
Todas ellas son las que ponen voz, emoción y conocimiento en este trabajo. Las que se han permitido a sí mismas hablar de sexualidad, rompiendo los tabúes que caracterizan a este ámbito de la salud en todas las sociedades del mundo. Se lo han permitido a ellas mismas, pero también al equipo dinamizador y técnico del proyecto, sintiéndonos privilegiadas de aprender de todas ellas.

Cada una de ellas trae consigo innumerables vivencias, conocimientos y saberes para compartir en torno a la sexualidad. Cada una ha encontrado su momento para unirse al proceso, para alejarse de él o para permanecer de principio a fin, pero todas lo han hecho desde su compromiso para identificar los aspectos o variables de la sexualidad que mayor relevancia adquieren en sus vidas y así, construir colectivamente su propia visión del derecho a la salud afectiva y sexual. Lo han hecho para reconocer sus malestares y vulneraciones en cada uno

de esos aspectos, y analizar los procesos socioculturales que les subyacen. Porque sólo conociendo el proceso, desde sus raíces, podemos realizar propuestas de cambio real.

Se trata de un grupo heterogéneo y diverso que proporciona un gran enriquecimiento cultural y epistémico para la ciudadanía valenciana. Siendo, cada una de ellas, agentes sociales conscientes del poder transformador que poseen.





3. SEXUALIDAD Y PODER

La sexualidad ha sido un eje central de análisis en el feminismo, dada la atención que ha dedicado a comprender y politizar la violencia en general, y la violencia sexual en particular. Así como, por sus reflexiones sobre la categoría sexo y el heterosexismo que impera en nuestras sociedades, como hemos mencionado anteriormente (Puleo, 1999; Martínez, 2011).

El pensamiento feminista ha considerado, y considera, la sexualidad como una construcción sociocultural en la que el discurso patriarcal ha campado a sus anchas históricamente (Puleo, 1999). Esta idea encuentra su punto de partida en las propuestas teóricas de Foucault (1976) y Weeks (1998), quienes permitieron entender la sexualidad como un fenómeno humano que puede ser construido, organizado y controlado a través de los discursos de distintas disciplinas e instituciones (económicas, sociales, políticas, religiosas, científicas, etc.). Según los autores, estos discursos operan en todos los ámbitos de la vida

construyendo una manera única de concebir, pensar y ejercer la sexualidad. Y que es asumida por las personas mediante la socialización e interacción cotidiana con otras personas, llegando a influir en las conductas sexuales diarias (Puleo, 1992; Marínez, 2005).

Por su parte, Weeks (1998), insiste en que, si la concepción de la sexualidad es construida, también es susceptible a cambios según se transforman las estructuras sociales. Manifiesta que las personas ponen en marcha mecanismos de resistencia que les llevan a modificar las directrices socialmente impuestas en torno al sexo. Refiere a “las luchas entre aquellos que tienen el poder de definir y reglamentar y aquellos que se resisten” (Ib.:30). Y en estas luchas, el movimiento feminista ha tenido un papel crucial.

A continuación, destacamos algunos de los aspectos de la conducta sexual que se entrelazan entre sí y que son sensibles a la cultura, a las transformaciones sociales, a los discursos y a las modas de un contexto sociocultural e histórico en concreto (Lamas, 2000).



3.1. Hablar de sexualidad supone hablar del cuerpo.

El cuerpo es uno de los primeros espacios físicos y sociales que entra en juego cuando hablamos de sexualidad; y al cual, el movimiento feminista le ha dedicado mucha atención.

Cobo (2015) realiza un trabajo exhaustivo sobre las ideas que han rodeado al cuerpo de las mujeres en cada momento histórico, desde la “modernidad” hasta nuestros días, para comprender el modelo normativo actual de feminidad. En su estudio concluye, como numerosas autoras y activistas, que se trata de un modelo que exalta la maternidad y está sobrecargado de sexualidad (Ib.)

Respecto a la sobrecarga de sexualidad o hipersexualización del cuerpo de las mujeres, la autora recupera aquí la importancia de las diferentes instancias de socialización como la publicidad, el cine, la literatura, etc. A través de las cuales se instaura en el imaginario colectivo, entre otras cosas, un exigente canon de belleza (Cobo, 2015). Centrándonos en el modelo de belleza occidental, convertido en hegemónico para todas las mujeres en todas las culturas, Muñiz (2014) destaca las siguientes características: piel firme y blanca, rostro terso y sin arrugar, cabello liso y sin canas, ojos claros, nariz “respingada”, estatura y delgadez extrema (Ib.).

Se trata de un modelo construido desde la mirada masculina (androcéntrica), como explica Cobo (2015):

Las mujeres reciben el mandato de que sus cuerpos deben crearse en función de la mirada masculina y, precisamente por ello, la sexualidad debe ocupar un lugar central en las representaciones de lo femenino: “los hombres miran, y las mujeres se miran mientras son miradas, una situación que determina tanto la relación entre los hombres y mujeres como la de las mujeres con ellas mismas, que existen como cuerpos objeto de la mirada” (Vidal Claramonte, 2002: 103).

Pero, además, este modelo está fuertemente atravesado por los procesos de colonialidad y racismo estructural históricamente vividos. Se ha llamado racialización del cuerpo al proceso mediante el cual se marca a una persona o colectivo de personas para incorporarlas en el lugar de lo diferente o desconocido; formando con ello una jerarquía de poder que se manifiesta en prácticas cotidianas de discriminación: miradas, paternalismos, controles policiales, insultos, desconfianzas, explotación, criminalización, acosos o incluso violencia física (Delicado-Moratalla, 2017; Romero, 2007; Arrollo, 2022). Y que, en el caso de las mujeres, van sobrecargadas de sexualidad a través de un proceso de exotización que favorece la invasión e instrumentalización de su cuerpo (Arrollo, 2022).

Respecto a la exaltación de la maternidad que se puede detectar en el modelo corporal de las mujeres, me parece importante realizar una parada en el trabajo de Dauder y Pérez (2018).

Centrándose en la ciencia biomédica occidental, se proponen visibilizar los sesgos androcéntricos que integran sus producciones científicas, las cuales tienen un impacto en la realidad cultural y, a su vez, están permeadas por ella. Desde un interés centrado principalmente en la capacidad reproductora, el estudio del cuerpo de las mujeres y su salud física también se ha visto reducido a la reproducción y, en su caso, al ciclo menstrual. Lo que ha llevado no sólo a una elevada patologización y medicalización de dichos procesos, sino también a la falta de atención destinada a otras especificidades corporales de las mujeres (Dauder y Pérez, 2018).

A pesar de los intentos científicos por realizar estudios objetivos sobre el cuerpo, numerosas autoras y asociaciones de mujeres han analizado la forma en que las construcciones socioculturales de un determinado período histórico imponen ciertos significados que influyen en la forma de vivir el cuerpo y la sexualidad, así como de concebir la salud y la enfermedad (Rubin, 1986; Sánchez, 2009).



3.2. Hablar de sexualidad supone hablar de deseo.

El deseo, como parte indiscutible de la sexualidad, está igualmente atravesado por los discursos y normas sociales que son impuestas por las diferentes estructuras de poder en un determinado contexto cultural e histórico. En este sentido, el cuestionamiento de la norma heterosexual ha permitido considerar la heterosexualidad como una forma de organizar la vida humana que va más allá del ámbito sexual.

Wittig (2006) considera la heterosexualidad como la construcción de un único camino posible para desarrollar nuestros afectos y emociones, pero que también sirve para organizar otros aspectos materiales de la vida como los económicos, jurídicos o laborales. Es decir, que la relación obligatoria entre hombres y mujeres, aunque fundamentada en la complementariedad biológica para la reproducción, realmente está al servicio de un sistema que necesita construir dos grupos humanos con roles distintos en el contexto social y en diferentes niveles de la jerarquía de poder (Rubin, 1989; Weeks, 1998; Lamas, 2000; Mateo, 2011).

En esta línea, otras autoras como Rich (1980) o Butler (1988, 1990, 2004), exponen que el mecanismo más potente que existe para garantizar la heterosexualidad es la coherencia patriarcal entre sexo, género y deseo sexual. Explican que, en nuestras

sociedades, un ser humano corresponde siempre a un género, según un sexo biológico de nacimiento, y su deseo y práctica sexual se tiene que basar en la heterosexualidad (Martínez, 2011; Mateo, 2011).

Además, Rich (1980) analiza las fuerzas visibles e invisibles que operan para garantizar la heterosexualidad; como el discurso del amor romántico, el adoctrinamiento de las mujeres desde la infancia en el amor, el olvido de la existencia lesbiana y la construcción de las mujeres como objetos de consumo para los hombres. A partir de este análisis es capaz de explicar que el deseo heterosexual es un mecanismo para definir la feminidad y masculinidad pero que, a su vez, necesita estas construcciones para garantizar el funcionamiento de la heterosexualidad en todos los ámbitos de la vida, garantizando también el acceso físico y emocional de los hombres al cuerpo y la vida de las mujeres como un derecho legitimado (Rich, 1996).

A su vez, todas las autoras pretenden visibilizar que salirse de la continuidad sexo-género-deseo-práctica sexual supone la exclusión, el rechazo y la no-intangibilidad de los cuerpos. Lorde (2003) -negra, mujer y lesbiana-, nos trae de nuevo a la interseccionalidad, afirmando que la lógica del heterosexismo actúa en paralelo a otras formas de discriminación relacionadas con la raza, estética, edad, religión, ideología, clase social, etc. (Mateo, 2011).

3.3. Hablar de sexualidad supone hablar de prácticas sexuales.

Para hablar de las prácticas sexuales que se reconocen socialmente como lícitas o no lícitas en un contexto cultural e histórico, destaco el trabajo de Rubin (1989) titulado *Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad*. En el cual, la autora afirma que el pensamiento occidental ha mantenido un sistema jerárquico de valoración sexual en el que se otorga estatus y privilegio a una parte muy pequeña de la experiencia sexual humana: las prácticas heterosexuales que conducen a la reproducción; omitiendo por completo la existencia de cualquier interacción erótica que no tenga este propósito (Ib.).

Para dar mayor detalle a esta idea y ejemplificar su propuesta teórica, la autora utiliza un modelo explicativo que llamará pirámide erótica. Según esta pirámide:

La sexualidad “buena”, “normal” y “natural” sería idealmente heterosexual, marital y monógama, reproductiva y no comercial. Sería en pareja, dentro de la misma generación y se daría en los hogares. Excluye la pornografía, los objetos fetichistas, los juguetes sexuales y cualquier papel que no sea de macho o hembra. Cualquier sexo que viole estas reglas es “malo”, “anormal” y “antinatural”. El sexo malo es el homosexual, promiscuo, no procreador, comercial o el situado fuera del matrimonio. Será la masturbación, las orgías, en encuentro sexual esporádico, el cruce de barreras generacionales y el realizado en público o al menos en los arbustos o en los baños públicos (Rubin, 1989:140).

A partir de esta representación, la autora explica el poder que la sociedad otorga a las personas que figuran en la parte alta de esta pirámide. Los diferentes sistemas de juicio social (religiosos, psiquiátricos, políticos, populares, etc.) elaboran discursos sobre el sexo que delimitan como “buena” una práctica sexual muy concreta, como hemos visto. Y lo hacen atribuyéndole la plena riqueza de la experiencia humana: amor, afecto, libre elección, gentileza o trascendencia. De esta forma, las personas que siguen esta práctica obtienen reconocimiento, respeto, legalidad y otros beneficios; mientras que el resto serán oprimidas, invisibilizadas, violentadas y excluidas (Rubin, 1989).

Las discusiones entre los diferentes sistemas de juicio social giran en torno al lugar donde trazar la línea o frontera entre el sexo permitido y el no permitido. Como resultado de presiones y conflictos sociales sobre la sexualidad, algunas conductas cercanas a la frontera van siendo progresivamente más reconocidas. Esto muestra que el sistema sexual no es una estructura omnipotente ni monolítica, sino que se producen constantemente batallas sobre las definiciones, valoraciones, acuerdos, privilegios y precios de la conducta sexual (Rubin, 1989).

No obstante, y para concluir este apartado, las consideraciones sobre las prácticas sexuales lícitas serán diferentes para hombres y mujeres, de igual forma que están diferenciadas las conductas permitidas en el resto de esferas de la vida. Además, también variarán según el sistema de valores que domine en cada contexto sociocultural e histórico.



4. EL DERECHO A LA SALUD AFECTIVA Y SEXUAL:

un derecho humano
por reivindicar.

La salud queda recogida en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como el “estado completo de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad”. Es decir, que la salud no es sólo una cuestión biológica, sino también una cuestión social en la que entran en juego variables como la edad, la etnia/raza, el género, la clase social, el nivel de estudios, la situación laboral, etc.; así como las vivencias personales y percepciones subjetivas (Rodríguez, 2010).

En el marco de los derechos humanos, los derechos sexuales (DDSS) y los derechos reproductivos (DDRR) son una parte indisoluble del derecho a la salud, dado que las cuestiones asociadas a la sexualidad y a la reproducción conforman elementos centrales en el ciclo de la vida de las personas, condicionando así el disfrute físico, mental y social del más alto nivel posible.

Los DDSS y los DDRR son el resultado de un amplio debate internacional que encuentra sus raíces en las reivindicaciones feministas y los estudios de género. Han generado importantes conocimientos sobre las necesidades e impactos específicos que experimentan las mujeres, tanto en el reconocimiento como en la protección y violación de sus derechos (Lagarde, 1996).

Aunque son múltiples los instrumentos normativos internacionales que han sustentado los DDSS y los DDRR internacionales, destacamos la Declaración aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) en el 14º Congreso Mundial de Sexología (Hong Kong, 1999), donde se definen los siguientes derechos:⁷

⁷ Estos elementos, contemplados en el contexto occidental, pueden variar o ser interpretados de forma diferente cuando nos referimos a comunidades culturales no occidentales. No obstante, concederles el título de derechos ofrece la posibilidad de promover su respeto y cumplimiento. Además, todos tienen un punto en común: hacen referencia a los cuerpos, la sexualidad y la reproducción; así como a todo el espectro emocional que subyace a estas categorías, es decir, la afectividad.



- 1. Derecho a la libertad sexual.**
- 2. Derecho a la autonomía sexual, integridad sexual y seguridad del cuerpo sexual.**
- 3. El derecho a la privacidad sexual.**
- 4. Derecho a la equidad sexual sin discriminación.**
- 5. Derecho al placer sexual, incluyendo el autoerotismo como una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.**
- 6. Derecho a la expresión sexual emocional.**
- 7. Derecho a la libre asociación sexual.**
- 8. Derecho a opciones reproductivas libres y responsables.**
- 9. Derecho a la información basada en el conocimiento científico.**
- 10. Derecho a la educación sexual integral-comprendensiva.**
- 11. Derecho al cuidado de la salud sexual.**

Aunque en la declaración se hace una mención especial a la salud sexual, ésta queda reducida a la prevención y tratamiento de problemas relacionados con la sexualidad. Para realizar un acercamiento más positivo e integral, partimos de la definición que realiza la OMS:⁸ “estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, y no simplemente como la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad”. Por tanto, considero que el resto de derechos mencionados han de ser incluidos en el propio concepto de salud sexual. Y que, para que la salud sexual sea atendida y sostenida, todos ellos deben ser respetados, protegidos y satisfechos.

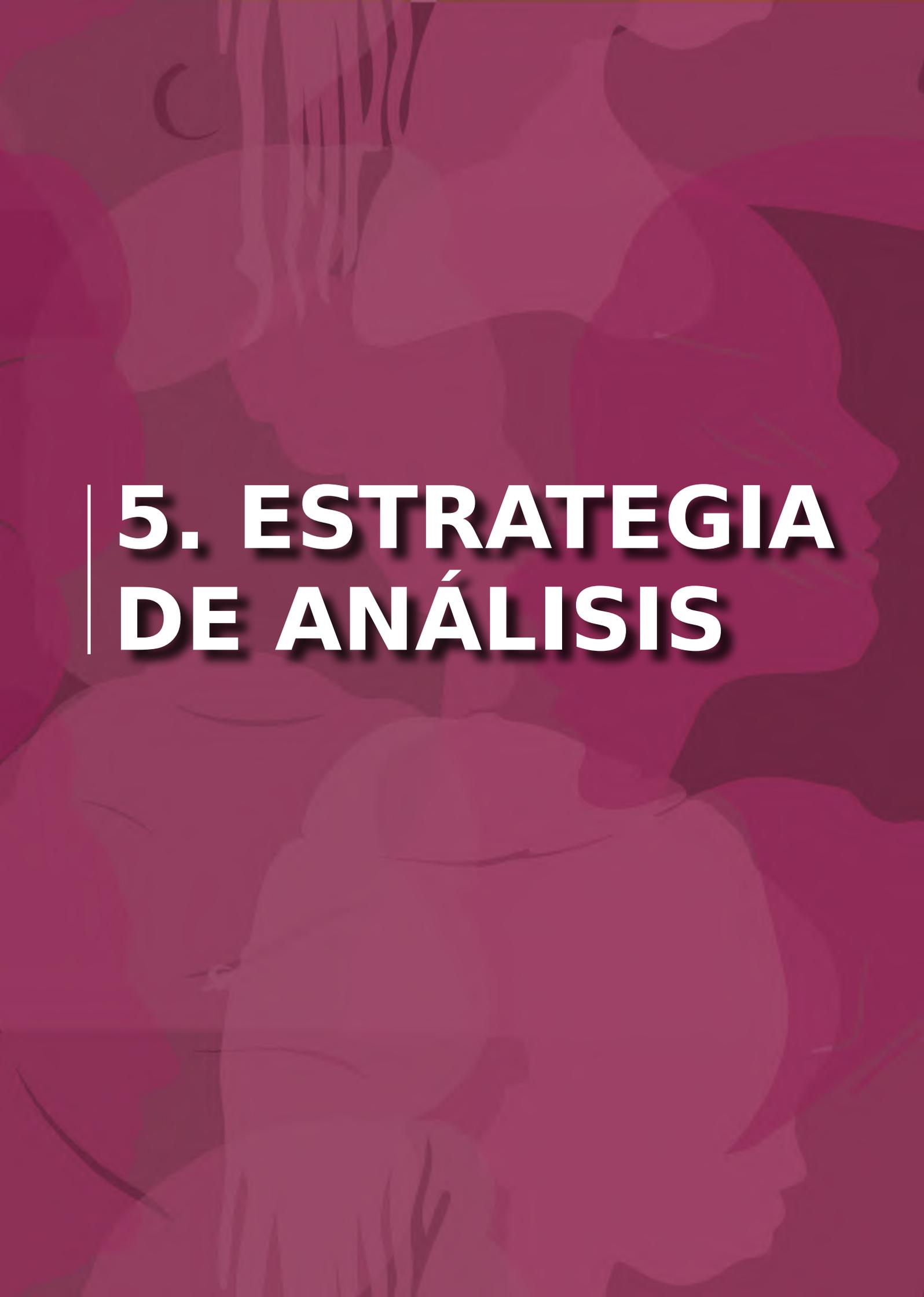
Además, cabe destacar la Conferencia de El Cairo (1994); en la que se propuso por primera vez en el contexto internacional la necesidad de aceptar los DDSS de manera diferenciada a los DRRR. Esta propuesta activó fuertes resistencias basadas, principalmente, en la negación de la diversidad sexual y de género, siendo finalmente aceptada la salud sexual como parte de la salud reproductiva. Sin embargo, siguiendo a Galdós (2013), la lógica nos sugiere que la salud reproductiva sería parte de la salud sexual, ya que la conducta sexual no siempre conduce a la reproducción (Ib.), y dada la insistencia histórica en reducir

la salud de las mujeres a la reproducción, nos parece importante considerar esta posibilidad. Así como, otorgar un papel más visible a la afectividad, es decir, al conjunto de emociones, sentimientos y afectos que vivimos con nosotras mismas y con otras personas en el marco de las relaciones sociales y sexuales (Venegas, 2011).

De esta manera, y en articulación con el recorrido teórico realizado, definimos la salud afectiva y sexual como el **mayor estado de bienestar físico, emocional, mental y social que puede alcanzar una persona en relación a su cuerpo sexual, consigo misma y con otras en relaciones sexo-afectivas, para poder ejercer así sus DDSS y sus DRRR, sin ningún tipo de discriminación y/o violencia por su sexo, edad, cultura, país de origen, etc.**

La salud sexual y afectiva es un área central en la vida de todas las personas. Sin embargo, en el caso de las mujeres, esta área vital ha sido vulnerada históricamente en los diversos contextos sociales y culturales a nivel global. Vulneraciones que tienen que ver con las estructuras de poder que impregnan nuestro día a día y que marcan las oportunidades que tenemos para disfrutar de una vida sexual segura, placentera y libre de violencias.

8 Disponible en: https://www.who.int/topics/sexual_health/es/ Recuperado el 24/09/2020.



5. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS

5.1. Punto de partida: postura epistemológica.

La elaboración de este trabajo no habría sido posible sin las mujeres protagonistas del proyecto. A partir de la contextualización que hemos realizado previamente, entendemos que se trata de mujeres que, por la intersección de diferentes categorías de opresión, se encuentran en la ciudad de València en situación de vulnerabilidad social. Esto nos obliga, a las personas que hemos acompañado el proceso, a reflexionar sobre nuestro papel en dicho acompañamiento antes, durante y tras finalizar el proceso.

Para realizar esta reflexión, hemos apostado por las epistemologías feministas que llevan décadas cuestionando la validez de los criterios que guían la elaboración de conocimiento, pues sólo han reproducido las desigualdades de género y otros grupos de nuestra sociedad (Del Moral, 2012). Para comprender estas propuestas epistemológicas recomendamos, especialmente, la lectura de Harding (1987) y Haraway (1991). Aquí destacaremos las consideraciones más importantes en este proceso.

Las autoras cuestionan la supuesta neutralidad de la persona investigadora. Afirma que detrás de cualquier investigación hay personas reales e históricas, cuyos deseos e intereses específicos influyen constantemente en la investigación. Deseos e intereses que vienen marcados por la posición social que ocupamos en un contexto cultural e histórico concreto⁹. Y que la única forma coherente de visibilizarlos es reconocer y evidenciar quien investiga, huyendo de la voz invisible y anónima que mira desde ningún lugar, como se han ido presentando tradicionalmente los estudios científicos (Harding, 1987; Del Moral, 2012).

Atendiendo a esto, es importante visibilizar que el equipo técnico y dinamizador, siendo todas mujeres, no encarnamos la misma posición social de privilegio-opresión que las mujeres protagonistas, por cuestiones de origen nacional, étnico/racial y/o cultural y por la relación que tenemos con las instituciones, entre otras. De forma que corremos el riesgo de caer en sesgos (eurocéntricos, especialmente) propios de nuestro lugar de privilegio, a los que tenemos que estar atentas y poner en marcha estrategias concretas para identificarlos y atenuarlos. Si no, en este caso, podemos estar perpetuando relaciones de poder y situaciones de

⁹ Como ya explicamos anteriormente con el trabajo de Dauder y Pérez (2018), las producciones científicas influyen en las consideraciones culturales y, a su vez, son permeadas por la cultura del momento histórico dado.

desigualdad social con respecto al sistema colonial/racista que impera en nuestra sociedad.

Para mitigar las asimetrías sociales entre las mujeres participantes y el equipo técnico y dinamizador ha sido necesario incluir la horizontalidad como un principio fundamental. Aquí se genera una sinergia importante entre las propuestas de las epistemologías feministas y las propuestas metodológicas de la EpDyCG. Por ello, se ha optado por la creación de espacios seguros para la reflexión conjunta y la construcción colectiva de conocimientos, basados en técnicas experienciales, vivenciales y participativas. De esta forma, el presente trabajo es el resultado del esfuerzo por articular los diversos conocimientos de las mujeres participantes, con aquellos proporcionados por el equipo dinamizador y técnico. Reconociendo y poniendo valor, en todo momento, el poder epistémico que tienen las mujeres en la creación y validación de conocimiento; así como para proponer acciones de transformación social como agentes sociales que pertenecen a la ciudadanía valenciana.

5.2. Fase de recogida de la información.

Entre marzo y diciembre del 2019, elaboramos la articulación teórica del DSAS expuesta anteriormente y, a partir de los amplios aspectos que deja entrever la definición, empezamos a trabajar con las mujeres. Por un lado, para construir colectivamente una visión conjunta e intercultural del DSAS que pueda integrar las variables más importantes para este grupo. Y, por otro lado, para conocer las vulneraciones que las mujeres experimentan o han experimentado en estas variables.

El trabajo con las mujeres en este primer periodo se centró en grupos focales¹⁰. Una técnica que consiste en generar un espacio participativo en el que las mujeres interactúan y conversan para reflexionar conjuntamente sobre una serie de temáticas (Prieto y March, 2006; Dodson, 1998, visto en Rodríguez, Migliaro y Krapovickas, 2018). En concreto, se crearon 4 grupos focales en los que se llevaron a cabo un total de 6 sesiones en cada uno. Un total de 32 mujeres de origen subsahariano, magrebí, asiático y latinoamericanas dialogaron y compartieron sus experiencias y conocimientos sobre el cuerpo, la sexualidad y los vínculos afectivo-sexuales.

10 Para la implementación de esta actividad se tuvo en cuenta la diversidad lingüística y cultural, incluyendo un servicio de mediación intercultural. Así como, las cargas reproductivas de las mujeres, incluyendo un servicio de ludoteca infantil.

Tras finalizar los grupos focales, se plantearon entrevistas en profundidad a 4 de las mujeres participantes, con el propósito de indagar en las cuestiones surgidas en los grupos focales y comprender en mayor medida las particularidades de cada una de las culturas presentes en la investigación (subsahariana, magrebí, asiática y latinoamericana). Esta propuesta metodológica consiste en encuentros cara a cara dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen las personas entrevistadas sobre sus vidas, experiencias o situaciones (Taylor y Bogdan, 1987).

Toda la información que las mujeres proporcionaron en estas actividades fue tratada con respeto y empatía. Fue recogida y sistematizada por escrito manteniendo el anonimato de las mujeres, y con su consentimiento para compartirla en el ámbito académico y sociosanitario. Además, todo el material recogido fue revisado por las mediadoras interculturales¹¹ que, compartiendo características con ellas, tienen el poder epistémico para identificar los sesgos mencionados anteriormente.

5.3. Fase de interpretación y análisis de la información.

Entre enero y septiembre del 2020 llevamos a cabo la interpretación y el análisis de la información recogida en la fase anterior. En primer lugar, revisamos la información de las dos fuentes extraídas del proyecto (sistematizaciones de las sesiones de los grupos focales y las transcripciones de las entrevistas), con el objetivo de identificar aquellos aspectos del DSAS en los que las mujeres habían mostrado un mayor interés y habían dedicado mayor tiempo en las conversaciones. Y así, poder concretar las variables de análisis, a partir de su propia visión del DSAS en articulación con el marco teórico propuesto.

En segundo lugar, analizamos la información de cada variable a partir de la complejización del modelo piramidal de Bosch y Ferrer (2013), que desarrollaron para comprender y explicar la violencia que se ejerce sobre las mujeres basada en el género. A partir de los cinco escalones que ellas definieron, surge la pirámide que utilizaremos para comprender las vulneraciones del DSAS en este análisis.

11 Inspiradas en el Grupo Focal Interpretativo (GFI). Un método participativo y analítico que rompe con la forma clásica de organizar la investigación, pues permiten descubrir los privilegios que traemos a nuestro trabajo académico, desafían nuestras suposiciones interpretativas, nuestros supuestos acerca de las vidas de otras personas y elaboran una crítica a posibles sesgos o distorsiones sobre la información (Rodríguez, Migliaro y Krapovickas; 2018).

1. Base de la estructura piramidal o primer escalón.

En el modelo de Bosch y Ferrer (2012) este escalón hace referencia a la sociedad patriarcal, en la que los hombres tienen más poder y privilegios que las mujeres y, además, existen un conjunto de creencias que legitiman esta situación asimétrica y justifican las violencias que viven las mujeres (Ib.). No obstante, este modelo no incorpora las críticas realizadas al heterosexismo y al binarismo sexo/género del término patriarcado, por lo que convenimos llamar a este primer escalón *sistema cisheteropatriarcal*.

Además consideramos fundamental incorporar una mirada multidimensional, que pueda integrar y analizar la existencia de diferentes sistemas de opresión que nos permitan comprender las diferentes opresiones que vivimos las mujeres. Uno de estos sistemas sería el colonial/racista que, evidentemente, también impacta en la vivencia del DSAS de las mujeres protagonistas del proyecto.

2. Procesos de socialización diferencial.

Las autoras lo definen como los procesos a través de los cuales se difunden las creencias y actitudes misóginas que genera la cultura patriarcal. A través de ellos, las personas aprenden e interiorizan los *mandatos de género*

(Lagarde; 1999 y 2005), es decir, los modelos de masculinidad y feminidad que se construyen en cada contexto sociocultural e histórico. Como ya hemos visto, estos modelos se convierten en referentes y condicionan las expectativas, las conductas y los escenarios en los que se encuentran las personas (Bosch y Ferrer, 2013).

3. Expectativas de control.

Las expectativas de control derivan de los mandatos de género descritos, y median entre la acción de una persona y la reacción de otra en un contexto concreto. En el ámbito de la psicología, refiere a la estimación o suposición de que una determinada acción producirá un determinado resultado. En el marco de estudio, los hombres asumen o interiorizan el mandato de género, esperando mantener el control sobre las mujeres, su vida, su cuerpo, su sexualidad, sus amistades, su economía, etc. Mientras que las mujeres interiorizan como legítimas estas pretensiones y las conductas masculinas que derivan de ellas (Bosch y Ferrer, 2013).

Estos dos escalones (socialización diferencial y expectativas de control) se pueden vincular con lo que Bourdieu (2000) llamó violencia simbólica. Con este concepto, el autor explica el proceso a través del cual los grupos oprimidos interiorizan y asimilan la dominación.

También utilizó la expresión “somatización de las relaciones sociales de dominación”, para señalar que el orden masculino se inscribe también en los cuerpos a través de una socialización que inculca las maneras de manejar el cuerpo, de usarlo, que quedan inscritas en forma de disposiciones corporales automáticas y aparentemente naturales (Bourdieu, 2000).

4. Eventos desencadenantes.

Se refiere a hechos, fenómenos, sucesos o acontecimientos relevantes que activan o ponen en marcha las estrategias de control y la violencia que los hombres consideran legítimas de ejercer sobre las mujeres. En definitiva, desinhiben la violencia. La lista de posibles eventos desencadenantes es muy amplia e incluiría acontecimientos personales, sociales y político-religiosos, entre otros. La mayoría de estos eventos fueron considerados en su momento como causas de la violencia de género, pero evidencias de múltiples investigaciones feministas señalan de forma contundente que no constituyen por sí mismos factores causales de esta violencia, si no facilitadores o desinhibidores (Bosch y Ferrer, 2013).

5. Estallido de la violencia.

En el modelo originario, se trata de las diferentes formas de violencia física, psicológica, económica, sexual, material, etc. que se despliegan con el objetivo de no perder el control y/o de recuperarlo (Bosch y Ferrer, 2013).

En este trabajo, corresponde a las vulneraciones del DSAS, y no únicamente a las violencias. A partir de la definición del DSAS propuesta, podemos entender las vulneraciones del DSAS como cualquier tipo de malestar físico, emocional, mental o social experimentado por una persona en relación a la sexualidad y la afectividad, lo que incluye al propio cuerpo sexuado consigo misma, y con otros cuerpos en relaciones sexo-afectivas. La violencia física, psicológica, sexual, económica o patrimonial ejercida por los hombres se considera una vulneración de este derecho. Pero también la violencia ejercida por otras personas y/o instituciones que, en última instancia, mantienen un orden social en el que las mujeres no tienen control de su cuerpo, sexualidad, placer, vínculos y procesos reproductivos. Además, destacamos que el punto de partida lo tomamos de la propia subjetividad de las mujeres participantes, considerando como vulneración todo aquello que produce dolor, miedo, preocupación, incertidumbre, desconfianza, etc.; suponga mayor o menor facilidad encontrar la persona que las produce.

Con todas estas consideraciones, el modelo propuesto quedaría de la siguiente manera:



Imagen 1. Adaptación propia. Modelo piramidal explicativo de las vulneraciones del DSAS.

Por último, destacaremos como elemento de análisis las resistencias que ponemos en marcha ante estas lógicas. Weeks (1998) ya expuso que las personas que habitan un territorio en un momento histórico concreto no son simples receptoras pasivas de unos mandatos culturales, sino que activan estrategias, a veces individuales y otras colectivas, para resistir a dichas imposiciones sociales. En el modelo piramidal para explicar las violencias contra las mujeres basadas en el género, las autoras plantean que, en el paso de cada escalón al siguiente, existían puntos de fuga o procesos de “filtraje” para explicar por qué muchos varones, socializados igualmente en las normas del patriarcado, rechazan sus privilegios de género y no hacen uso de la violencia (Bosch y Ferrer, 2013).

Este proceso de filtraje se puede entender como una forma de resistencia a los mandatos de género, tanto para los hombres como para las mujeres. Lo que supone entender que las personas tenemos capacidad para tomar decisiones, es decir, autonomía. Siguiendo a Álvarez (2015), es “tan difícil afirmar de alguien que no tiene, en absoluto, autonomía, como afirmar que tiene una autonomía máxima” (Ib.: 16). Los diferentes grados de autonomía depende de si se dan las tres condiciones necesarias para ejercerla:

1- La capacidad racional de las personas para crear criterios propios que les permitan evaluar y valorar sus decisiones.

2- La capacidad para reflexionar sobre su posición en un entorno y unas relaciones sociales que influyen en su situación y, por tanto, en sus decisiones.

3- La presencia de una amplia gama de opciones/oportunidades significativas, las cuales siempre se dan en un contexto social, cultural e histórico concreto.

Así, podemos ver que este concepto de la autonomía propone el análisis de todos los aspectos que configuran el escenario de una persona, en el que tienen que tomar decisiones. En este concepto, los aspectos sociales, culturales e históricos de un contexto concreto juegan un papel central en la configuración de las opciones que tienen las personas. Por tanto, los cambios que se produzcan en estos aspectos permitirán reconfigurar las opciones, cuantitativa y cuantitativamente, que tienen las personas para tomar sus decisiones (Álvarez, 2015).

5.4. Fase de validación de resultados.

La validación de los resultados consta de cuatro momentos o fases. La primera de ellas, en febrero del 2020, persigue contrastar los resultados del análisis con profesionales del sector sanitario¹², administrativo¹³, académico¹⁴ y al tejido asociativo¹⁵ de la ciudad de València. Así como incorporar sus conocimientos y experiencias con respecto al DSAS. Para ello, planteamos una mesa de concertación. Es decir, un espacio participativo, en el que distintos actores y actoras sociales dialogan sobre temáticas de interés general para la ciudadanía con el propósito de generar acuerdos básicos en la conceptualización y ejecución de políticas

12 Unidad de Referencia para la Cirugía Reconstructiva de la Muti-lación Genital Femenina del Hospital Doctor Peset, Hospital General de Valencia, unidades de Salud Sexual y Reproductiva del Centro de Salud de Nazaret, la Malvarrosa y Serrería; agentes de salud de base comunitaria del proyecto MIH Salud.

13 Conselleria de Participació, Transparència, Cooperació i Qualitat Democràtica (GVA), Centro de Salud Pública (GVA), Grupo de Acción contra el Maltrato (GAMA), Escola Valenciana d'Estudis de la Salut (EVES), Regidoria de Cooperació al Desenvolupament i Migració.

14 Universitat de València: grados de rama sociosanitaria (Facultad de Enfermería y Podología, Medicina, Trabajo Social y Derecho), posgrados especializados en género (Máster de género y políticas de igualdad y Máster de derecho y violencia de género). Escuela de Enfermería la Fe y Universitat Politècnica de València (centro de cooperación y Unidad de Igualdad).

15 Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR), Fundación CE-PAIM, Red-Aminata (Djo Aminata), Valencia Acoge, Asociación de mujeres africanas de Paterna, Asociación africana Benka, Cruz Roja, Médicos del Mundo, Asociación Nourdine Cultural la Paz, Centro de Acogida al Refugiado/a (CAR), Federación Unión Africana España, Por ti mujer, Federación Estatal de Planificación Familiar, Asociación por la integración de las mujeres africanas en Valencia, Fundación WASSU, Federación Unión Africana, Berenice, ACCEM y Federación Vicente Ferrer.

públicas, operando como un mecanismo de participación ciudadana y democratización de la toma de decisiones públicas (Licha, 2003).

En el segundo momento de la fase de validación buscamos dotar de acreditación académica al análisis realizado durante el proceso, a través de la presentación de un primer borrador del trabajo como TFM en el Máster de Género y Políticas de Igualdad de la Universitat de València (octubre 2021). A partir de aquí, y con el propósito de romper con el hermetismo que caracteriza a la producción académica de conocimiento, nos propusimos acercar los resultados y conclusiones extraídas a diferentes sectores de la ciudadanía valenciana para su validación.

La tercera fase de validación pretende realizar una devolución de los resultados con las mujeres, que surge del compromiso político de huir del extractivismo académico, esto es, la apropiación del saber y conocimiento de grupos en situación de vulnerabilidad social para traducirlos, desde un lugar de privilegio, en lenguajes y lógicas que no sólo les son ajenas sino que además, niegan su origen, despreciando su protagonismo y agencia (Bard y Bonavitta, 2008). Para ello, realizamos 20 sesiones en grupos focales entre noviembre del 2020 y junio del 2021, en el que participaron un total de 19 mujeres, de las cuales algunas habían participado en la fase de recogida de la información y otras se unieron al proceso en este mo-

mento. Todas ellas, como grupo, continuaron involucradas en el siguiente año, hasta junio 2022, realizando actividades formativas a otras mujeres (educación entre iguales con 15 mujeres más) y acciones reivindicativas por la defensa del DSAS.

La cuarta y última fase de validación se estructuró con el propósito de reflexionar sobre la utilidad del modelo teórico propuesto en la comprensión de las vulneraciones del DSAS y los procesos que les subyacen. Se plantean 6 grupos de discusión con el protagonismo de las mujeres del proyecto y la participación de personal sanitario¹⁶, personal técnico del tejido asociativo¹⁷, personal docente de facultades sociosanitarias¹⁸ y personal administrativo¹⁹ de diferentes organismos públicos. Desde las epistemologías feministas afirmamos que estos encuentros permiten poner en valor el conocimiento creado en ámbitos no académicos, rompiendo

así las lógicas de poder establecidas institucionalmente. Se reconoce así el poder epistémico de las mujeres migrantes y racializadas para enriquecer el saber que opera en las diferentes instituciones sociosanitarias occidentales.

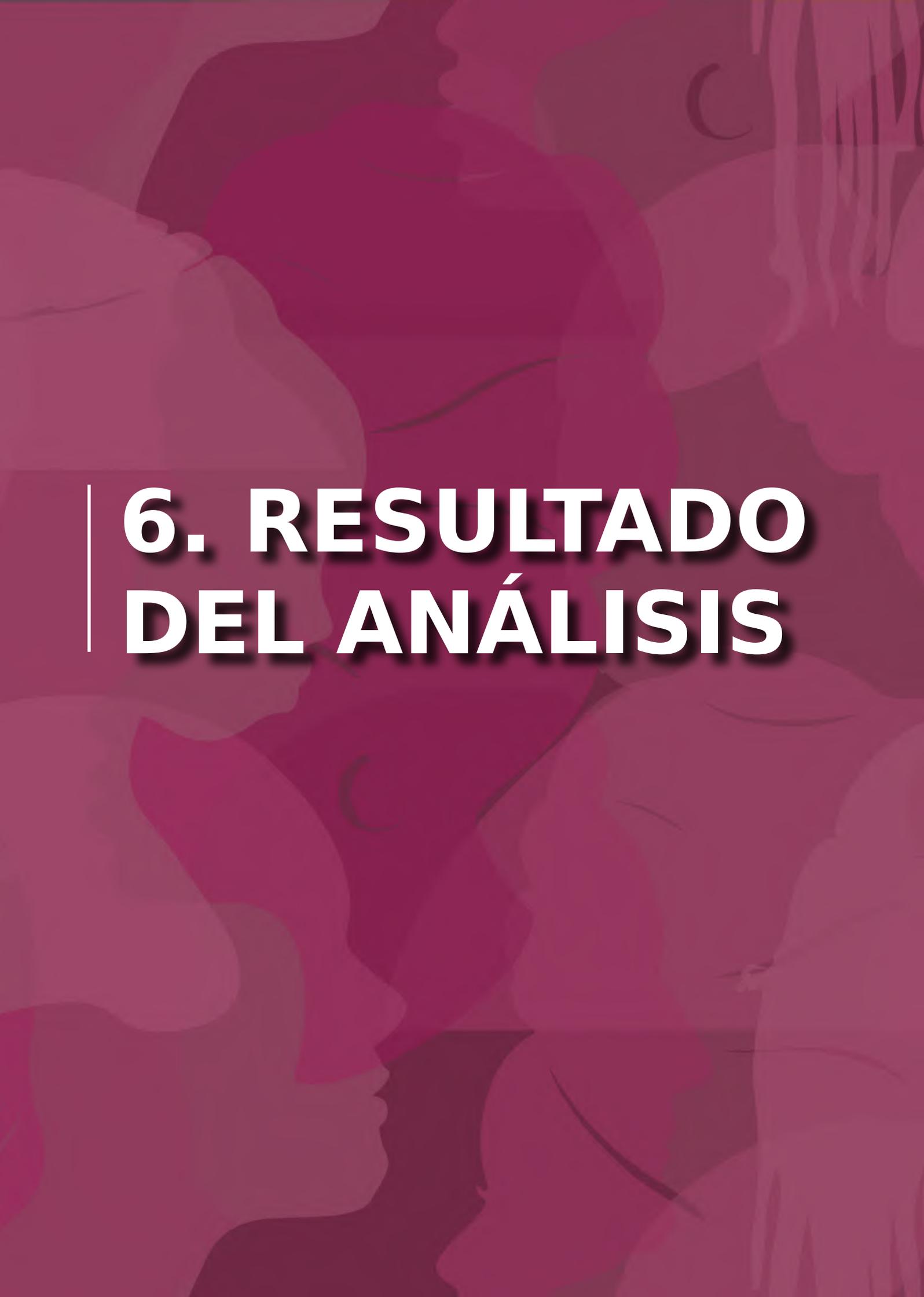


¹⁶ Unidades de salud sexual y reproductiva del centro de salud de la Malvarrosa y Serrería.

¹⁷ Accem, Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR), Cruz Roja, Federación Unión Africana "Casa África", FEPSI (por sus siglas en francés: Mujeres Comprometidas en la Promoción de la Salud Integral), Marea Verde, Por ti mujer, Red Aminata (Djo Aminata), València Acull.

¹⁸ Escuela de Enfermería de La Fe y Facultad de Medicina de la Universitat de València.

¹⁹ Conselleria de Participació, Transparència, Cooperació i Qualitat Democràtica (GVA), Direcció General de Salut Pública (GVA) y Grupo de Acción contra el Maltrato (GAMA- Policía Local).



6. RESULTADO DEL ANÁLISIS

6.1. Las variables del derecho a la salud afectiva y sexual.

Las mujeres protagonistas del proyecto han identificado que el DSAS está compuesto por diez (10) variables o aspectos especialmente importantes: autoimagen corporal, ciclo menstrual, virginidad, genitalidad, cortes/mutilaciones genitales femeninas, sexo con una misma y con otras personas, grado de autonomía para establecer o modificar vínculos afectivo-sexuales, grado de autonomía para decidir sobre el tipo de vínculos afectivo-sexuales, afectividad y reproducción o no reproducción. A continuación, realizamos una breve presentación de cómo entendemos cada variable identificada en el presente documento.

Partiendo de la definición del DSAS propuesta, y tomando el cuerpo como punto de partida, las mujeres centraron su interés en la autoimagen corporal. El término imagen corporal pertenece al terreno de lo imaginario (Montenegro, Ornstein y Tapia, 2006), y se trata de una variable compleja que refiere a la representación mental que una persona elabora sobre sí misma y su cuerpo. Pero esta imagen no se correlaciona estrictamente con la apariencia física real (Vaquero-Cristóbal, Alacid, y Muyor, 2013). Thompson et al.

(1999) entienden que la imagen corporal está compuesta por distintos componentes:

Perceptivo (la precisión de la percepción de la propia apariencia se relaciona con la evaluación del tamaño y el peso corporal), Subjetivo (relaciona elementos como satisfacción con la apariencia, el nivel de preocupación y la ansiedad asociada a la satisfacción) y de Comportamiento (comprende las ocasiones evitadas por el sujeto por sentir alguna incomodidad asociada a su apariencia corporal) (Do Amaral y Freitas, 2020: 477).

Como ya hemos mencionado, el cuerpo de las mujeres ha recibido atención especialmente en cuanto que tiene capacidad gestante. Este reduccionismo, que está en sintonía con el mandato de género femenino, impacta en el imaginario colectivo e influye en la importancia que las mujeres le otorgamos cuando hablamos de nuestro cuerpo. Así, las mujeres compartieron múltiples experiencias sobre la reproducción, entendiéndose como todo el proceso de fecundación-embarazo-parto-posparto. Así como compartieron experiencias sobre las dificultades de reproducción y las consecuencias de estas dificultades.

También visibilizaron sus preocupaciones sobre el ciclo menstrual²⁰, que lo entendemos como un “fenómeno multidimensional” en el que se dan “toda una serie de influencias recíprocas que no son sólo biológicas o psicológicas, sino también sociales y culturales”(Botello y Casado, 2015:14). Lo que explica:

(...) la necesidad de tener en cuenta el análisis de aquellos aspectos psicosociales que confluyan en él, estudiando, aparte de las funciones biológicas, las vertientes psicológicas, antropológicas y culturales del ciclo que son las menos estudiadas, por la dificultad de movernos en terrenos personales y subjetivos. La subcultura menstrual contiene un lenguaje, utillaje sanitario, normas sociales, expectativas y creencias hacia cómo debe sentirse, cómo debiera actuar, comportarse, etc., las mujeres durante el ciclo menstrual (Botello y Casado, 2015:14).

Profundizando en el ciclo menstrual, las mujeres pronto empezaron a hablar de la virginidad como una idea fuerte que aparece en el escenario cultural cuando tienen su primer sangrado menstrual. De hecho, la virginidad se configura como un aspecto central en las concepciones dominantes de la sexualidad femenina que atraviesa todo su ciclo vital (Dávalos, 2017; Chacón y Gamboa, 2018). Siguiendo a Nahima Quetzali Dávalos Vázquez (2017), la virginidad es una norma de género que regula la sexualidad de las mujeres y determinan su valor en relación al modelo ideal de pureza en una comunidad y contexto concretos.

El hecho de que el correlato físico de la virginidad sea el himen, nos llevó a hablar de la genitalidad o anatomía sexual, es decir, a los órganos sexuales internos y externos. Entendiendo como genitalidad todo el abanico de morfologías anatómicas que son posibles, independientemente de los significados culturales que categorizan sólo dos morfologías posibles según el binarismo sexo/género (Cabral y Benzur, 2005; González, 2009).

En el marco de la genitalidad, y teniendo en cuenta la participación de mujeres procedentes de países donde se practican los cortes o mutilaciones genitales femeninas (tipo I, II y III), se destinó una gran cantidad de tiempo a esta práctica. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “comprende todos los procedimientos consistentes en la resección

20 La palabra menstruación procede del latín menstruus, que significa “mes” y hace alusión a su periodicidad.

parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos”. Además, la misma OMS clasifica cuatro tipos de corte o mutilación genital femenina:



Tipo 1: resección parcial o total del glande del clítoris (la parte externa y visible del clítoris, que es la parte sensible de los genitales femeninos) y/o del prepucio/capuchón del clítoris (pliegue de piel que rodea el glande del clítoris).

Tipo 2: resección parcial o total del glande del clítoris y los labios menores (pliegues internos de la vulva), con o sin escisión de los labios mayores (pliegues cutáneos externos de la vulva).

Tipo 3: denominado a menudo infibulación; estrechamiento de la abertura vaginal, que se sella procediendo a cortar y recolocar los labios menores o mayores, a veces cosiéndolos, con o sin resección del prepucio/capuchón del clítoris y el glande del clítoris (tipo 1).

Tipo 4: todos los demás procedimientos lesivos de los genitales femeninos con fines no médicos, tales como la punción, perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital.

En cuanto a los vínculos afectivo-sexuales, surgieron numerosos temas o aspectos a los que las mujeres otorgan una gran importancia en su vivencia del DSAS. El sexo fue un tema central en esta línea. Inicialmente obtuvo una mayor atención el sexo con otros/as que, en el marco de este trabajo, lo entenderemos como aquellos actos²¹ que tienen que ver con nuestro cuerpo sexual y en los que están implicadas otras personas.

El sexo con una misma ocupó un lugar secundario, a pesar de tener un papel fundamental en el autoconocimiento corporal, anatómico y sexual. En el marco de este trabajo, refiere a aquellos actos sexuales que realizamos sin otra persona y que podemos vincular a la masturbación, el autoplacer, la autoestimulación, etc. Podemos recurrir a la definición que propone Burgos (2012) en su libro *La masturbación*:

21 Refiere a cualquier tipo de encuentro sexual con otras personas (en singular o en plural); incluye actos verbales o no verbales, con contacto físico o no, que tenga que ver con nuestro cuerpo sexuado.

El matrimonio también fue un tema recurrente destacando, por un lado, el grado de autonomía para establecer o modificar los vínculos, dada la existencia de matrimonios forzados, arreglados o por conveniencia²², así como dificultades para divorciarse, alejarse, etc. Por otro lado, destacaron también el grado de autonomía para decidir sobre el tipo de vínculos afectivos-sexuales. Es decir, para decidir libremente la poligamia, la monogamia, el poliamor, o cualquier otro tipo de contrato posible.

Por último, y también en el ámbito de los vínculos afectivo-sexuales, se habló continuamente de la afectividad. Los afectos son un constructo complejo que implica mecanismos fisiológicos, componentes cognitivos y expresiones conductuales, las cuales están mediadas por las relaciones sociales en un sistema histórico concreto que incluye en las personas desde la infancia (Alcalá, et. al, 2006; Huertas, 2008). En definitiva, la afectividad tiene que ver con el apego, los cuidados, la forma en la que expresamos afectos, nos comunicamos, etc.

22 Entiendo matrimonio por conveniencia aquellos que se realizan para regularizar una pareja de hecho, para regularizar situación administrativa, o para acceder a ciertos beneficios administrativos, por ejemplo.

Si ampliamos el horizonte, podemos decir que la masturbación es “toda forma de autoplacer sexual obtenido mediante cualquier tipo de estimulación física directa”. (...) al trascender lo puramente genital amplía la frontera. Creo que se trata de una idea acertada porque la masturbación puede empezar con una erotización placentera de la piel de las zonas no genitales del cuerpo y aprovechar también los placeres que surgen de estimular los sentidos de la vista, el olfato, el gusto y el oído, además del tacto. Música, velas, un perfume... pueden acompañar caricias encaminadas a la creciente excitación. A veces, las caricias en sí mismas son el premio, lo deseado (Ib.: 13).

6.2. Las vulneraciones del derecho a la salud afectiva y sexual, y los procesos socioculturales que les subyacen.

Siguiendo el modelo propuesto teóricamente, iremos analizando cada variable según los escalones de la pirámide, cuyos nombres resaltan en negrita. Por cuestión de extensión, nos centraremos en el análisis piramidal de las seis primeras variables identificadas y destacadas por las mujeres protagonistas. Indicar también que, por una cuestión tanto de extensión como de confidencialidad, no mostraremos el detalle de los resultados. Sin embargo, al inicio de cada variable aparecen intervenciones literales de las mujeres participantes.



1. Autoimagen corporal.

“Muchas veces me miro en el espejo y me doy cuenta de que desnuda no me gusta ni mi barriga ni mis piernas, y cuando me visto me gusto más porque tapa las cicatrices, las estrías”

Mujer de origen subsahariano

En el primer escalón de la pirámide, que refiere a la intersección del **sistema cisheteropatriarcal** y el **sistema colonial/racista**, existe la necesidad de crear una jerarquía de poder entre hombres y mujeres, y entre unas culturas y otras. Para ello, se estipulan socialmente una serie de atributos corporales diferenciados que forman parte de lo bello y lo no bello en un momento y contexto particular.

Como vimos en el marco teórico, el modelo corporal de las mujeres ha estado históricamente marcado por la exaltación de la maternidad y la hipersexualización. En cuanto a la hipersexualización, los modelos de belleza son uno de los dispositivos reguladores del cuerpo de las mujeres (Cobo, 2015). Y las mujeres, tanto en las entrevistas como en los grupos focales, muestran la importancia que la belleza tiene para ellas y la percepción de su cuerpo.

La belleza se constituye como un elemento central en el modelo corporal de las mujeres y, por tanto, en la identidad femenina:

La belleza se considera una característica de la feminidad, tanto como se concebía en el siglo XIX, y se ha pensado como una obligación para las mujeres ser bellas. La belleza se constituye entonces, en parte de la normalidad femenina que se impone a los cuerpos de las mujeres a través de prácticas identificadoras gobernadas por esquemas reguladores (Muñiz, 2014: 422).

Aunque también existe un modelo de belleza masculino, éste no ocupa el mismo lugar. Además, sus diferencias están intrínsecamente relacionadas con los modelos e identidades de género en un contexto cultural e histórico determinado y, siguiendo a Vigarello (2005), reproducen los esquemas de dominación ejercida sobre las mujeres (Muñiz, 2014).

Los modelos de belleza corporal han experimentado transformaciones a lo largo de la historia y difieren de unas culturas a otras, como evidencian las mujeres. Esto afirma que el cuerpo es un dominio en construcción, y que la belleza es “un conjunto de conceptos, representaciones, discursos y prácticas” que tienen el potencial de materializar, construir y dar inteligibilidad a los cuerpos sexuados (Muñiz, 2014: 422).

Independientemente de las diferencias históricas y culturales, la juventud se ha conservado como un requisito indispensable. El modelo impuesto en el siglo XIX por la civilización occidental, y que perdura hasta nuestros días, incluye características como la piel firme, el rostro terso y sin arrugar, el cabello sin canas y la delgadez extrema. Además de integrar rasgos caucásicos como la piel blanca y los ojos claros, que promueve la discriminación racial, especialmente en circunstancias migratorias (Muñiz, 2016).

Estos modelos son transmitidos a través de complejos **procesos de sociali-**

zación. Numerosos estudios muestran el papel fundamental que los medios de comunicación tienen en la definición de la corporalidad de las mujeres a través de anuncios, películas, pornografía, etc. (Sáez, Valor-Segura y Expósito; 2012; Vaquero-Cristóbal, y cols. 2013; Muñiz, 2014; Verdú, 2018). No obstante, en este diagnóstico ocuparon un papel esencial las experiencias con el entorno familiar y escolar. Las burlas, críticas y el *bullying* de la infancia fueron violencias verbales y explícitas que vulneraron el DSAS en el pasado de las mujeres y que, a su vez, se convierten en esa trayectoria socializadora que ha ido modelando y constituyendo su autoimagen.

Para entender la estrecha vinculación entre este proceso de socialización y las **expectativas de control**, nos aproximamos brevemente a la *teoría de la cosificación* (Fredrickson y Roberts, 1997) que “subraya la importancia de las experiencias de socialización de género, en concreto, aquellas experiencias que exponen a las mujeres a ser valoradas exclusivamente por su cuerpo”; así como el impacto que estas experiencias tienen en el bienestar físico, psicológico y social de las mujeres (Sáez, Valor-Segura y Expósito; 2012: 42). También indican que existen dos formas de cosificar a las mujeres: la evaluación corporal y las aproximaciones explícitas no deseadas, y que éstas se pueden dar en los medios de comunicación, pero también en las interacciones interpersonales en cualquier ámbito (Ib.).

La continua exposición a situaciones en las que las mujeres son sexualmente cosificadas, hace que éstas se perciban a sí mismas como objetos, interiorizando la mirada de un observador externo. Este fenómeno se denomina autocosificación, y se manifiesta por la autovigilancia entendida como “un continuo seguimiento de la apariencia corporal” (Fredrickson y Roberts, 1997: 180; visto en Ib.: 42).

Con la cosificación las mujeres son reducidas a objetos -no sujetos- de la mirada y el deseo masculino; mientras que con la autocosificación las mujeres son controladas por los discursos patriarcales y racistas interiorizados, teniendo que examinar constantemente el peso, la comida, la ropa, etc. para acercarse al modelo con el que están en continua comparación.

En esta comparación permanente, cualquier desviación corporal se convierte en un **factor o evento desencadenante**

de malestar y, por tanto, de vulneración del DSAS. Así, las mujeres verbalizan que hay factores o transformaciones corporales a lo largo de su ciclo vital que han influido negativamente en su autopercepción: envejecimiento; proceso de embarazo-parto-posparto; y algunos procesos de salud-enfermedad.

Respecto al envejecimiento, parece evidente que, si la juventud es un eje central del concepto de belleza en todas las culturas, la vejez sea un eje central del malestar. Con lo que respecta al proceso de embarazo, parto y posparto, Zicavo (2009)²³ explica que el cuerpo de las mujeres experimenta transformaciones sin precedentes en un periodo muy corto de tiempo y que dichos cambios son socialmente divinizados y aceptados. Pero, sólo mientras dura el embarazo, ya que, inmediatamente después del parto, se vuelve a exigir a las mujeres que cumplan con el estándar de belleza hegemónico. Un modelo que obviamente ignora procesos como el del embarazo, así como otros procesos mencionados por las mujeres como de salud-enfermedad (cicatrices, por ejemplo).

Podemos entender también la migración como un factor de malestar, pues es en sí mismo un factor de discriminación. Si bien los modelos de belleza difieren relativamente entre culturas, ciertos rasgos físicos que en el país de origen están incorporados al modelo, en el país de “acogida” son susceptibles de discriminación y, por tanto, de malestar. Pastor y Bonilla (2000) indican:

Los modelos culturales proveen de signos que significan el cuerpo en un sentido definitorio, estético y ético, guiando al sujeto en la apropiación de imágenes ideales que forman parte del repertorio de sus identificaciones. El sistema de valores relativos al cuerpo es transmitido a través del imaginario social por medio de los modelos de género, y se presenta y percibe como un patrón de bienestar y ajuste social (Ib.:36).

23 “El embarazo se configura en un estadio temporal que suspende la imagen corporal anterior, que cambia las formas, el peso, las líneas que lo demarcan. Incluso la geografía del rostro se transforma. Es un cuerpo permisivo, abierto, glotón. (...) Precisamente, todo lo que luego deberá dejar de ser para reinscribirse dentro de los parámetros de belleza imperantes. En sociedades donde las imágenes de belleza femeninas se han vuelto cada vez más opresivas, las mujeres saben que su “licencia de maternidad corporal” les durará poco” (Zicavo, 2009: 3).

El uso del pañuelo, como ejemplo proporcionado por las mujeres, en el contexto cultural de su país de origen es un signo que forma parte de la identidad corporal de las mujeres. Un signo cultural que adquiere un significado distinto desde la mirada de la cultura dominante en el país de acogida. Pero, además, aquí entraría todo el proceso de exotización mencionado en el marco teórico que, a través de estereotipos, marcan a las mujeres como objetos que pueden ser instrumentalizados o saqueados (Arrollo, 2022) y que se traducen en miradas, comentarios y gestos discriminatorios diarios (Delicado-Moratalla, 2017; Romero, 2007).

En definitiva, lo que tienen en común todos los factores mencionados, es que alejan el cuerpo de las mujeres del modelo normativo y hegemónico de belleza generando un malestar generalizado con el propio cuerpo y, por tanto, generando una **vulneración del DSAS**. Lo que, a su vez, desencadena estrategias y prácticas corporales que pretenden corregir las desviaciones a la norma, como el ejercicio, las dietas, las prendas para resaltar alguna parte de la figura, para estilizar la silueta, el maquillaje, el teñido del cabello y la cirugía cosmética como el remedio definitivo para solucionar los “defectos” del nacimiento (Muñiz, 2016: 425). Muchas de estas prácticas perpetúan la

vulneración del DSAS, ya que suponen un riesgo para la salud. Las mujeres destacaron el uso de fajas como uno de los mecanismos reguladores del cuerpo que utilizan, sabiendo que puede tener un impacto negativo en su salud.

Por último, en la fase de validación de resultados, se añadió que el marcaje racial que realiza la población de acogida sobre las mujeres migrantes influye en procesos tanto sociales y culturales, como en procesos económicos e institucionales. Influye en el acceso al trabajo, las atenciones sociosanitarias y la forma de relacionarse con la población de acogida.



2. Ciclo menstrual.

“(...) nos hablan de la salida de los pelos y que en algún momento vamos a sangrar, pero ni siquiera nos explican de dónde va a salir la sangre”

Mujer de origen asiático.

Las mujeres expresan en las actividades del proyecto que antes del primer sangrado carecen de información o ésta es escasa y/o sesgada. Posteriormente, con el primer sangrado, sintieron sorpresa, miedo y/o vergüenza. Y que, a partir del primer sangrado, ocurren tres cosas importantes: la información que reciben se basa exclusivamente en la higiene, se naturaliza el dolor menstrual y, se inicia un proceso de socialización basado en el temor a los hombres, a perder la virginidad, y al embarazo.

De esta forma, y partiendo de la definición de la **vulneración del DSAS**, consideramos que el miedo, la vergüenza y el dolor son experiencias emocionales que no deberían ser propias de un proceso corporal natural. El miedo es una emoción que se moviliza ante una experiencia afectiva desagradable que acontece ante un peligro o amenaza, y que en el caso de que el peligro no sea real o esté sobredimensionado deja de ser adaptativo y tiene un impacto negativo en la salud (Piqueras, et. al., 2009). Bajo esta lógica, lo que sería realmente una amenaza son

las alteraciones del ciclo menstrual. Alteraciones que en numerosas ocasiones no son identificadas, justamente, por la normalización del dolor menstrual. Porque, aunque son usuales las sensaciones vinculadas a los cambios hormonales y corporales que acontecen durante el ciclo menstrual (M. Armand, 2019), los parámetros y umbrales de malestar que se pueden sentir están poco estudiados y se suele aludir a la subjetividad, naturalizando el dolor. Y naturalizar el dolor “es uno de los rasgos más llamativos que nos privan de tener diagnósticos tempranos de enfermedades ginecológicas” (Tarzibachi, 2017-2018: 44).

Para entender cómo se llega a esta vulneración, empezaremos por la base de la pirámide. El **sistema cisheteropatriarcal** atribuye a las mujeres un rol reproductivo que trasciende la capacidad biológica para instalar el resto de características y rasgos que definen el género femenino. Y en este esencialismo biológico, el ciclo menstrual queda relegado a un requisito para la reproducción, que no importa por sí mismo.

En cuanto al **proceso de socialización** previo al primer sangrado menstrual, las mujeres destacaron la falta de información que recibieron y que, como numerosos estudios muestran, es la causa más estructural del miedo experimentado en la primera menstruación (Camacho,

1997; Rohatsch, 2015; Feijóo, 2016; Blázquez y Bolaños, 2017; Tarzibachi, 2018). El silencio y el tabú caracterizan al ciclo menstrual de igual modo que lo hacen en otros aspectos de la sexualidad y la corporalidad de las mujeres, y es, en cierta medida, símbolo de la represión sexual femenina (M. Armand, 2019).

Ante la falta de información, los mitos se transmiten libremente a través de los diferentes canales de socialización. Y ante esta situación es la comunidad científica la que tiene la responsabilidad de generar conocimiento e información verídica, comprometida y libre de sesgos. No obstante, como ya vimos en el marco teórico, las investigaciones científicas integran sesgos androcéntricos y patriarcales que perpetúan el silencio, el tabú y los mitos. Ya que contribuyen a concebir el ciclo menstrual desde una visión esencializada y reducida que se centra en la reproducción, produciendo un conocimiento sobre ella muy reducido (Dauder y Pérez, 2017).

Cuando las mujeres experimentaron el primer sangrado menstrual, comparten que sintieron vergüenza y miedo, y que no sabían lo que les estaba ocurriendo. Lo que las llevó a ocultar durante cierto tiempo que sangraban mensualmente. Progresivamente, la socialización se centró en la higiene y en *hacer que no se note*. Lo que, a su vez, contribuye al silencio y tabú, en una especie de espiral tan difícil de romper como de describir.

La información basada en la higiene-ocultación coincide con aquellos mitos²⁴ que relacionan la menstruación con la suciedad y la impureza (Feijóo, 2016; Blázquez y Bolaños, 2017), y que exigen a las mujeres que controlen y domestiquen su cuerpo y sus fluidos (**expectativas de control**). La naturalización del dolor, siendo otro de los elementos discursivos de la socialización, coincide también con ciertos mitos como, por ejemplo, y desde una postura religiosa, que el cuerpo de las mujeres está preparado para el sufrimiento. Mitos y creencias que, como forma de control, “las puede colocar en un lugar de vulnerabilidad y dependencia, desde el cual es más fácil su subordinación y control en aras del mantenimiento de un sistema que quiere, entre otras cuestiones, que sigan siendo reproductoras y asexuales”²⁵ (Blázquez y Bolaños, 2017: 264).

24 Transmitidos por figuras femeninas en los sistemas familiares, por las comunidades médicas en las consultas, por los medios de comunicación en anuncios de productos de higiene menstrual, etc.

25 Una mujer de origen subsahariano expresó: “mientras haya dolor no te irás con los hombres”.

En cuanto a los **eventos desencadenantes** de malestar, encontramos que el primer sangrado menstrual es un evento por sí mismo, pues le sigue una reacción de miedo, sorpresa y vergüenza. En el estudio llevado a cabo por Camacho (1997), además de evidenciar que estas emociones están generalizadas, afirma que desencadena un proceso de socialización basado en el temor a las relaciones sexuales, a los hombres y a perder la virginidad:

También desencadenan un mayor malestar en cuanto al ciclo menstrual ciertas enfermedades como podría ser la endometriosis u otras alteraciones, tanto anatómicas como hormonales. No obstante, y valga la redundancia, el factor que influye en dicho malestar es concretamente que el dolor esté naturalizado cultural y científicamente, pues en muchas ocasiones se traduce en una falta de atención sanitaria. Como muestra el estudio de Blázquez y Bolaños (2017):

“Como parte de esta concepción sobre la sexualidad femenina, en los relatos de las mujeres, encontramos que las advertencias y enseñanzas de sus ‘ancestras’ aluden a la peligrosidad masculina, en relación a la posibilidad de perder el don máspreciado de una mujer: la virginidad. Se trata de una educación en el miedo en la que no se informa ni orienta a las jóvenes sobre su cuerpo, sus derechos, sus potencialidades, sino que se les enseña a desconfiar y a reprimir sus emociones en su práctica amorosa, lo que condiciona y limita sus relaciones con el otro sexo (Camacho, 1997: 127).

Las mujeres acuden al personal sanitario experto para que les informe si todo lo que sucede en su cuerpo funciona correctamente. Sin embargo, en el sistema sanitario las respuestas que encuentran son bien distintas. Allí la única respuesta que reciben es que “todo es normal”, lo cual puede retrasar el diagnóstico de problemas de salud (carencias nutricionales, exposición a disruptores endocrinos) y de enfermedades, como puede ser la endometriosis (Ib.: 261).

En la fase de validación se incorporó como evento desencadenante de malestar en esta variable la clase social, ya que se consideró como un factor fundamental la pobreza menstrual. Concepto que añade, a la ausencia de educación sobre el ciclo menstrual que se ha tratado en este análisis, la falta de acceso a productos para la gestión menstrual y a la falta de infraestructura (agua, saneamiento, higiene y espacios) (Alvarado, 2021). En concreto, se refirió a otro colectivo de mujeres invisibilizado en nuestra sociedad: las mujeres en situación de calle.

3. Virginidad.

“La primera vez que fui al ginecólogo, porque no estaba casada, era todavía virgen. Hablé con una amiga cuando me dieron cita y me dijo que si iba perdería la virginidad”

Mujer de origen magrebí.

Ya vimos que las protagonistas del proyecto rescatan el culto a la virginidad como una variable que debe ser tenida en cuenta cuando se habla del DSAS, ya que se ha construido históricamente como un eje central de la vida sexual de las mujeres.

Para analizar el **sistema cisheteropatriarcal** que subyace en esta variable, Rubin (1986)²⁶ indica que hablar de virginidad nos ha de llevar obligatoriamente a hablar del matrimonio, entendido por la autora como una de las formas más representativas del intercambio de mujeres que ha existido históricamente en las diferentes sociedades.

26 En “el tráfico de mujeres: notas sobre economía política del sexo” Rubin realiza un estudio exhaustivo de las obras de Marx, Engels y Levi-Strauss, entre otros.



No es difícil, ciertamente, hallar ejemplos etnográficos e históricos del tráfico de mujeres. Las mujeres son entregadas en matrimonio, tomadas en batalla, cambiadas por favores, enviadas como tributo, intercambiadas, compradas y vendidas. (...) esas prácticas parecen simplemente volverse más pronunciadas y comercializadas en sociedades más “civilizadas”. Desde luego, también hay tráfico de hombres, pero como esclavos, campeones de atletismo, siervos o alguna otra categoría social catastrófica, no como hombres. Las mujeres son objeto de transacción como esclavas, siervas y prostitutas, pero también simplemente como mujeres. Y si los hombres han sido sujetos sexuales -intercambiadores- y las mujeres semi-objetos sexuales -regalos- durante la mayor parte de la historia humana, hay muchas costumbres, lugares comunes y rasgos de personalidad que parecen tener mucho sentido (entre otras, la curiosa costumbre de que el padre entregue a la novia) (Rubin, 1986: 18-19).

¿Y qué papel tiene en todo esto la virginidad? Levi-Strauss (1969) analiza la virginidad como el bien necesario o el requisito indispensable para el establecimiento de una unión matrimonial, es decir, para la construcción de redes de reciprocidad y parentesco, pues determina el prestigio individual y familiar de la mujer (Dávalos, 2017). Por su parte, Irigaray (1985) plantea que la mujer virgen sirve a los hombres para obtener beneficios y ganancias propias; esto significa la *dote* como práctica mercantil en la que se entrega la virginidad de la mujer a cambio de bienes materiales (Chacón y Gamboa, 2018).

Para conseguir este orden social, el sistema cisheteropatriarcal construye y transmite un modelo femenino que incorpora la virginidad -y la pureza- como mandato de género que se transmite a través de **procesos de socialización** centrados en evitar el sexo y el embarazo²⁷. No obstante, como el correlato físico de la virginidad es el himen, también se centrará en evitar toda actividad física que pudiera generar la ruptura de esta membrana. Algunos ejemplos proporcionados por las mujeres son evitar ir en bici, jugar al fútbol, revisiones ginecológicas, etc. Y, aunque estos aspectos son compartidos por todas las culturas presentes en el proyecto, la cultura magrebí y subsaha-

27 Proceso de socialización caracterizado por el famoso: “ahora ya eres mujer”, tan evidenciado por las mujeres protagonistas del proyecto.

riana coinciden en mencionar mensajes socializadores que referían a la prueba del pañuelo o sábana blanca.

Este proceso de socialización es totalmente opuesto en la construcción del modelo masculino, pues como como explica Dávalos (2017):

Los hombres no sólo no pueden ser vírgenes por no tener himen, sino por los roles sociales que los vincula como encargados de comprobarla (...). Para ellos las relaciones sexuales se consideran necesarias antes del matrimonio. Su sexualidad no sólo se delimita a la procreación sino a la experimentación que alimente su masculinidad (...). Los objetivos de su iniciación se vinculan con comprobar que tiene el impulso necesario y dominio para mantener relaciones sexuales con una mujer; y, además, acceder a un conocimiento que les permita encontrar a la mujer indicada (virgen) que estará a prueba durante los rituales matrimoniales (Ib.: 26-27).

Se construye así un modelo de sexualidad femenina preventivo, limitante y restrictivo; mientras que se construye un modelo de sexualidad masculina basada en la experimentación, el impulso sexual y el dominio. Es a través de este proceso que se van interiorizando las **expectativas de control**. Las mujeres tienen que controlar su cuerpo limitando el sexo, pero también actividades diarias, con el afán social de “reservarse para un hombre”. A la vez, los hombres adquieren la expectativa de que pueden consumir el cuerpo de las mujeres cuando quieran y como quieran, sin tener siquiera que controlarse a ellos mismos.

Las **vulneraciones** más representativas de esta variable serían la prueba de la virginidad²⁸ (“prueba del pañuelo o sábana blanca”), cuyo evento desencadenante es la ceremonia matrimonial, y los C/MGF que analizaremos más adelante. Aunque también surgieron en la fase de validación los crímenes de honor. No obstante, todas las mujeres en todas las culturas viven, a través de este constructo, miedo a la primera relación sexual, miedo al embarazo y miedo al rechazo comunitario por no sangrar en la primera relación sexual con penetración; entre otros temores asociados a la sexualidad.

²⁸ Porque, según expresan las mujeres, es una invasión de su cuerpo y genera malestar.

Por último, que el valor de las mujeres se asocie a la virginidad puede dar lugar a prácticas que también estén vulnerando el DSAS, como es la reconstrucción del himen; un procedimiento quirúrgico que se practica en la genitalidad sin ninguna razón médica. Alberola y Lagrich (1997) explican:

Se le exige a la mujer llegar virgen al matrimonio, si no el marido tiene derecho a repudiarla según el código del honor y de la sangre. De ahí que las mujeres recurran a hímenes artificiales entrando en el círculo del simulacro, de la creación de un engaño para satisfacer las fantasías de los hombres y tapar así el verdadero problema que no es sino la incomunicación o falta de comprensión entre los sexos (Ib.:142).

4. Genitalidad.

“¿Cómo se llama esa bolita pequeña que tenemos y que es muy sensorial?”

Mujer de origen magrebí.

Como mencionamos en el marco teórico y en el apartado de metodología, el **sistema cisheteropatriarcal** comprende la genitalidad en base a dos únicas configuraciones anatómicas posibles²⁹ (Butler, 1990), que se construyen de manera binaria, y sobre las se inscriben el resto de características, atributos y roles que configuran el género (Weeks, 1990; Rubin, 1996; Fraise, 2001; Lamas, 2003).

Hablar de dos configuraciones nos lleva a hablar de dos modelos normativos de genitalidad que excluyen³⁰ cualquier variabilidad respecto al estándar. Lo expresamos así porque no sólo excluyen los genitales intersexuales, sino también a la gran variabilidad que se observa en la realidad anatómica³¹.

Por las intervenciones de las mujeres podemos identificar que estos modelos normativos van más allá de lo anatómico, pues integran aspectos estéticos que

29 Autoras/es como Foucault (1980), Fausto-Sterling (1993), Langlo (1999) y Moro Abadía (2006) las han denominado “sexo verdadero” (González, 2009).

30 Exclusión que supone discriminación social, así como patologización y medicalización biomédica, con graves repercusiones sobre el DSAS.

31 Labios internos más grandes que los externos, clítoris de diferentes tamaños, y un largo etc.

también marcan cómo debe ser la genitalidad de las mujeres. En concreto la genitalidad externa, ya que la genitalidad interna es la gran desconocida junto con el ciclo menstrual.

Con la genitalidad externa ocurre exactamente igual que con el resto del cuerpo de las mujeres: está atravesada por modelos de belleza. Se exalta la “estandarización de una imagen de vulva pre-púber, asociada al ideal vigente de feminidad, juventud y belleza y a la depreciación que sufre el cuerpo experimentado” (Ortega, 2014: 145). Especialmente la imagen pre-púber³² de la vulva se puede apreciar en los **procesos de socialización** de las mujeres, que hablan mucho de la depilación y de cómo las mujeres de sus contextos familiares las acompañaron en el proceso de aprendizaje, transmitiendo mitos vinculados a la higiene.

Ortega (2014) analiza el papel que los discursos ideológicos han tenido tanto en la formación como en la transmisión de estos modelos. Por ejemplo, la sexualidad femenina ha sido históricamente estigmatizada a través de la demonización de la vulva, entre otras. En especial, se han demonizado aquellas vulvas con ciertas características anatómicas (como los labios internos “hiperdesarrollados”), asociándolas a la excesiva sexualidad, a un apetito sexual insaciable o a una “degeneración racial y moral” (Ib.).

32 Imagen construida desde la mirada masculina, y que pone en evidencia la necesidad de los hombres, no sólo de reducir a las mujeres como objeto sexual, sino también de infantilizarlas para mantener y facilitar el dominio sexual.

Actualmente, los discursos médicos contribuyen a reproducir y transmitir estos mensajes de manera más directa o indirecta. Por ejemplo, al denominar labios mayores a los labios externos y labios menores a los labios internos están transmitiendo, más que su posición, el tamaño que deberían tener. También sostienen estos modelos los discursos pornográficos y los discursos económicos; estos últimos permiten el lucro a través de la depilación y de las prácticas que realizan las mujeres para acercarse al modelo.

En cuanto a los aspectos anatómicos o funcionales, nos encontraríamos de nuevo con el himen, pero aparece en el proceso de socialización analizado previamente en la variable de la virginidad. Aquí destacaremos los mensajes sobre la genitalidad que nos devuelven de nueva una construcción centrada en la reproducción³³. La ausencia de información sobre el clítoris que han recibido las mujeres encuentra su origen en la reducción de los estudios científicos a la reproducción, como ya vimos en el marco teórico, invisibilizando cualquier otra función de sus órganos genitales como el placer.

33 Las mujeres nos cuentan que la información recibida sobre sexualidad iba siempre dirigida a la reproducción y, de hecho, la terminología utilizada por la comunidad médica es justamente “aparato reproductor” y no, por ejemplo, “aparato genital”.

Siguiendo a Tuana (2006), destacamos dos de las formas de ignorancia o producción del no-saber que están relacionadas con el placer de las mujeres. La primera es identificada por la autora como “saber que no se sabe, sin que importe”

La segunda forma de ignorancia la llama “ni siquiera se sabe que no se sabe”, poniendo el ejemplo de

Se refiere al desinterés por conocer e investigar sobre determinados temas por parte de quienes están en posiciones de iniciar y financiar investigaciones, donde la decisión de “no saber” está unida al privilegio (...). Otros ejemplos de esta falta de interés por la investigación de algunos temas relacionados con los cuerpos y la salud de las mujeres, que nos hacen plantearnos qué valores están en juego en lo que no sabemos y por qué, se pueden ver en el desconocimiento sobre la eyaculación femenina, en todo lo relacionado con la sexualidad lésbica o la sexualidad de las mujeres mayores, o en la insuficiente investigación sobre las necesidades de las mujeres durante la menopausia (Dauder y Romero, 2018: 150-151).

El desconocimiento histórico sobre la anatomía del clítoris, órgano olvidado por la medicina debido a los sesgos reproductivos en la investigación sobre la anatomía de los genitales de las mujeres. El énfasis en el conocimiento de la reproducción (...) se convirtió en una barrera para el conocimiento del clítoris y los labios (...), algo muy parecido a lo que ocurre con la próstata femenina (Dauder y Romero, 2018: 151).

Estos discursos modeladores de la genitalidad de las mujeres permean cualquier estructura social, incluida la estructura familiar. Y, en este contexto, el proceso generalizado de socialización que han compartido las mujeres está basado en el tabú, el silencio y la demonización de la genitalidad de las mujeres. Lo que se manifiesta en mensajes limitantes como “no te mires” o “no te toques”.

Estos mensajes nos llevan al escalón de las **expectativas de control**, en tanto que las mujeres vamos interiorizando que no “está bien” que exploremos nuestro cuerpo, pero sí que lo toquen los hombres. Es decir, que asumimos que nuestro cuerpo es de dominio ajeno, porque existe para satisfacer el deseo y placer masculino cuando, además, nuestro placer está eclipsado por la reproducción, interiorizando también el rol reproductor y de los cuidados propios del mandato de género femenino.

Además, tenemos que controlar nuestra genitalidad para que se asemeje lo máximo posible al modelo construido socialmente. Así, siguiendo una lógica de análisis semejante a la utilizada en la variable *autoimagen corporal*, los **eventos desencadenantes** de malestar en esta variable serían todas aquellas variaciones que experimentan nuestros genitales y los alejan del modelo normativo: el envejecimiento, el parto, etc. Pues las mujeres evidencian un malestar generalizado o **vulneración** respecto a su genitalidad, porque no les gusta mirarse o porque sienten algún tipo de complejo con respecto a ella. Incluso manifiestan vergüenza al hablar de ella o al mirarla.

Por último, este malestar puede dar lugar a una serie de prácticas corporales que más que mejorar el bienestar y la salud, la empeoren. Estamos hablando de cualquier tipo de corte o mutilación geni-

tal femenina y que, siendo por sí mismos vulneraciones del DSAS vinculadas a la genitalidad, las analizamos a continuación.



5. Cortes/Mutilaciones Genitales Femeninas (C/MGF).

“Para mí, relacionar la virginidad con la pureza y la honestidad es la mayor estafa que el ser humano ha creado en la cultura maliense. Y por desgracia en muchas culturas se considera que una mujer mutilada es la garantía de virginidad y fidelidad. ¿Os imagináis la presión de una mujer desde que nace a ser perfecta? Y que esa perfección empieza y acaba con su virginidad”

Mujer de origen subsahariano.

En las sociedades occidentales están experimentando un crecimiento exponencial las prácticas quirúrgicas que se han venido llamando “cirugía estética genital” o “genitoplastia”. Las cuales están relacionadas estrictamente con el malestar o vulneración descrito anteriormente y pueden ser, siguiendo a Ortega (2014), la vaginoplastia (estrechar o ensanchar el diámetro vaginal), la labioplastia o ninfectomía (corte de parte de los labios menores cuando se considera su tamaño asimétrico o anormal), la reducción del capuchón del clítoris, su reposicionamiento, la himenoplastia, el relleno de labios mayores, el relleno o liposucción del Monte de Venus y el blanqueamiento láser de la vulva (Ib.).

Todos estos procedimientos quirúrgicos entrarían dentro de la cuarta categoría de C/MGF (tipo IV) definida por la OMS y, a pesar de su existencia en nuestras sociedades sin recibir mayor cuestionamiento, seguimos poniendo el foco en aquellos que se llevan a cabo en países del sur global o empobrecidos económicamente.

C/MGF (tipo I, II y III) es una terminología creada por los organismos internacionales europeos. Pero las mujeres de origen subsahariano que han participado en el proyecto nos compartieron los nombres que reciben en su idioma o dialecto: “*bolokoli*”, “*sunna*”, “*joangal*”, “*ñyaka*”, “*kuyà*”, etc. Rescatar aquí estos términos sirve para reconocer que los C/MGF forman parte de la identidad cultural de los

grupos humanos que la practican. Como indican Bedoya y Kaplan (2004):

(...) otorga unas señas de identidad propias, avaladas por unas huellas físicas imborrables, permanentes e inalterables, que llevarán de por vida, y por unos aprendizajes propios que caracterizan y diferencian a cada uno de los grupos y que constituyen el primer peldaño en la construcción de su identidad étnica y de género. Y como en muchas culturas, este mundo está claramente definido y diferenciado entre el mundo secreto de las mujeres y el mundo secreto de los hombres. La circuncisión es una “marca” que llevan de por vida, y simboliza que su unidad al grupo también será de por vida. Se trata de una cuestión de cohesión social y de pertenencia, estás dentro o estás fuera (Ib.: 4).

Es decir, se trata de una práctica que sirve al **sistema cisheteropatriarcal** para corporalizar la identidad femenina construida en una cultura determinada. Se construye un modelo genital³⁴ que implica un C/MGF centrado en el clítoris, y sobre el que se inscriben los mandatos de género. Las mujeres subsaharianas participantes expusieron que esta práctica se realiza para preservar la virginidad antes del matrimonio y la fidelidad durante éste. Esto nos vuelve a llevar al modelo femenino centrado, por un lado, en una sexualidad restrictiva que priva a las mujeres del placer sexual; y, por otro lado, centrado en el matrimonio heterosexual como forma privilegiada de crear vínculos afectivo-sexuales.

En los **procesos de socialización**³⁵ compartidos por las mujeres participantes de la investigación podemos encontrar mitos y creencias que se construyen y transmiten para reforzar los mandatos de género. En *La Mutilación Genital Femenina en España. Prevención e intervención. Guía para profesionales* (UNAF, 2013) recoge el conjunto de argumentos y creencias que las mujeres identificaron, y que se muestra a partir del “mapa mental” elaborado por la OMS (2013)

34 Ya hemos visto en la variable genitalidad la existencia de modelos genitales que integran aspectos tanto anatómicos como estéticos.

35 Entenderemos que se tienen en cuenta aquí los procesos de socialización analizados en las variables anteriores, especialmente en las variables virginidad y genitalidad.



Imagen 6. *La Mutilación Genital Femenina en España. Prevención e intervención. Guía para profesionales* (UNAF, p. 50) Disponible en: <http://unaf.org/wp-content/uploads/2017/02/AF-2016-10-09-DIGITAL-GUIA-MGF.pdf>. Consultado el 07/07/2020.

Las mujeres protagonistas del proyecto compartieron mitos y creencias de los tres tipos, y constituyen todos ellos elementos muy importantes en la socialización de las niñas. Respecto a los discursos religiosos y espirituales, se generaron debates sobre si el Corán hace alusión directa o no. Y, aunque no aparece explícitamente, “hay varias argumentaciones que le atribuyen fundamentación islámica basada en ciertos *hadices* (dichos y acciones del profeta Mahoma)” (UNAF, 2013).

El estatus y el reconocimiento son las creencias socioculturales más destacadas por las mujeres, ya que es un criterio de pertenencia cultural y las mujeres que no han sido cortadas son rechazadas y excluidas por su comunidad. El hecho de que esta práctica esté estrechamente relacionada con la virginidad y la pureza la coloca como un condicionante del prestigio individual de las mujeres, pero también de su familia, al ser el bien necesario para el establecimiento de la

unión matrimonial (Dávalos, 2017). También, desde los mitos psicosexuales, aluden a que pretende asegurar la fidelidad durante el matrimonio. Se piensa que así se asegura el placer en los hombres y la reproducción en las mujeres. Finalmente, se transmite también la idea de que los genitales cortados son más limpios y que previene problemas de salud en sus bebés y la transmisión de enfermedades y daños en los hombres (mitos higiénicos, estéticos y de salud).

Con todos estos mitos y falsas creencias, las mujeres van asumiendo las **expectativas de control**. Por un lado, se trata de mensajes que dirigen la sexualidad de las mujeres hacia el matrimonio, la reproducción y el placer de los hombres; dejando muy poco margen para el disfrute y las decisiones sobre el propio cuerpo. Por otro lado, se trata de una decisión que no toman las niñas por sí mismas, sino que el poder y control sobre esta decisión está en la familia o, en su defecto, en la comunidad.

Los **eventos desencadenantes** que preceden al momento del C/MGF, según nos han transmitido las mujeres participantes, son: nacer niña en una comunidad en la que se practica, el cumpleaños (cuando llegas a la edad socialmente considerada para llevarla a cabo), que se vaya a realizar una ceremonia de C/MGF en la comunidad, la ceremonia matrimonial o el parto, por ejemplo. También las presiones sociales, así como las burlas,

las críticas y en general el rechazo social por no estar mutilada.

Además, existen una serie de factores que condicionan el malestar o las consecuencias sobre la salud de las niñas y las mujeres. Según la *Guía multisectorial de formación académica sobre MGF (2014-2020)*, estos factores serían: el tipo de procedimiento (I, II o III); las condiciones generales de la niña o la mujer en el momento de la intervención como, por ejemplo, la edad (las mujeres pusieron énfasis en que si se practica cuando la niña es muy pequeña no recuerdan el trauma, pero que si ya son mayores se quedan grabadas las imágenes, las sensaciones físicas, etc.); las circunstancias en las que se realice (si se practica en un ámbito más rural o urbano, la cercanía a un centro de salud, etc.); los instrumentos empleados; y la persona que la realiza. Toda esta variabilidad y heterogeneidad la pudimos ver en las intervenciones de las mujeres durante el proceso.

Siendo los C/MGF por sí mismos una **vulneración del DSAS**, las mujeres nos especificaron las repercusiones y consecuencias que esta práctica ha tenido en su salud. En el momento del C/MGF o a corto plazo se puede experimentar: dolor intenso, hemorragias, cicatrización anómala, problemas urinarios, infecciones locales, miedo, pánico, shock o estrés traumático, tétanos, e incluso la muerte. Las consecuencias más tardías o a largo plazo son: disuria (dolor o la molestia al ori-

nar), retenciones de orina, cálculos, prurito vaginal (picazón o irritación molesta), queloides (crecimiento anormal, benigno de tejido cicatricial), hematócolpos (retención vaginal de la menstruación), abscesos (cavidad donde se acumula pus), VIH, desgarros, infertilidad... etc. Se trata de consecuencias genitourinarias, sexuales, reproductivas, obstétricas y psicológicas que pueden acompañar a las mujeres a lo largo de toda su vida y, aunque es difícil conocer la mortalidad exacta de esta práctica, la OMS estima cada año se producen alrededor de 3.000 muertes de niñas o mujeres como resultado de esta práctica y sus complicaciones (Buñuel y Rata, 2017; Kaplan, 2017).

Finalmente, indicar que en la fase de validación se evidenció la vinculación de esta práctica con los matrimonios forzados, una vulneración del DSAS relacionada con la variable del grado de autonomía para establecer vínculos afectivo-sexuales. Además, cabe decir, que aunque no aparece detallado en este documento, se trabajó en todas las fases para que las mujeres conocieran la existencia de la Unidad de Referencia para la Cirugía Reconstructiva de la MGF del Hospital Doctor Peset (València).

6. Sexo con una misma y con otras personas.

“Un dicho de mi país: amarren a sus perras que mis perros están sueltos”

Mujer de origen latinoamericano.

La forma en la que experimentamos sexualmente con nuestro cuerpo está marcada por un **sistema cisheteropatriarcal** que se basa en la heterosexualidad normativa; la cual, no sólo determina la necesidad de un hombre y una mujer para que se dé el deseo sexual, excluyendo cualquier otra forma de relacionarse sexualmente (Martínez, 2010), sino que también construye una sexualidad diferenciada para hombres y mujeres.

Osborne (1993) explica que la sexualidad es un área de la vida que, igual que el resto de áreas vitales, está reglada por el género. Esto quiere decir que existe una sexualidad femenina y una sexualidad masculina, construidas de manera opuesta y complementaria. En su libro, *La construcción sexual de la realidad* (1993), describe que la sexualidad masculina se construye como “violenta, agresiva, centrada en los genitales y carente de emocionalidad”; mientras que la sexualidad femenina “es definida como

tierna, sexualmente difusa y orientada a los sentimientos”³⁶.

Las mujeres construyeron estos modelos de sexualidad a partir de sus historias y experiencias de vida, quedando de la siguiente forma:



Sexualidad femenina	Sexualidad masculina
Objeto de deseo	Sujeto de deseo
Pasivas	Activos
Sumisas	Agresivos
Impulso sexual controlable	Impulso sexual incontrolable
Dirigida al placer de la otra persona	Dirigida al propio placer
Vinculada a los sentimientos	No vinculada a los sentimientos
Centrada en la reproducción	Centrada en el placer
Represión de la masturbación	Libertad para la masturbación
Un solo hombre	Muchas mujeres

Tabla 1. Matriz construida colectivamente por las mujeres participantes del proyecto.

Durante la construcción de esta matriz de identidad sexual diferenciada, una mujer dijo: “parece que se les ha educado al revés”. Y pudimos identificar todas juntas el **proceso de socialización** vivido desde la infancia.

Las mujeres expresan cómo han recibido, especialmente de familiares, mensajes que limitaban la exploración de su cuerpo (“no te toques”) o el acceso a contenido erótico-pornográfico. Mensajes que han reprimido su deseo e impulso sexual desde muy pequeñas, y que se ven reforzados por los discursos dominantes sobre la masturbación femenina, que brillan por

³⁶ “Toda mujer conoce... la amplia diferencia entre su sexualidad y la de cualquier hombre entrenado bajo el patriarcado... (Conoce) que el énfasis en la sexualidad genital, la objetualización, la promiscuidad, la ausencia de un compromiso emocional... (constituye) el estilo masculino y que nosotras, en tanto que mujeres, confiamos más en el amor, la sensualidad, el humor, la ternura y el compromiso.” (Ib.: 43).

su ausencia o por el carácter demonizante. Por el contrario, nos cuentan que los niños-hombres hablan con naturalidad de la masturbación y está más normalizado que se toquen, indicando ya jerarquías relacionadas con el cuerpo y el placer. En la adultez, siguiendo esta línea diferencial, se sigue negando la masturbación femenina y exaltando la masculina.

Dado que la sexualidad femenina está construida poniendo en el centro la reproducción y el placer de los hombres, parece lógico que la masturbación femenina, que no contribuye ni a una cosa ni a la otra, haya sido tan vehementemente reprimida. Además, no encaja con el resto de características de la sexualidad femenina, pues supondría admitir que son sujetos de deseo (y no sólo objetos) y activas, por ejemplo.

Esta represión sexual, que empieza desde muy pequeñas con la exploración del cuerpo y la masturbación, se traslada progresivamente a las relaciones sexuales con los hombres. Ámbito sexual en el que las mujeres no pueden mostrar iniciativa, expresar lo que les gusta o incluso negarse al impulso sexual de los hombres; entre otras. Además, cuando llega la primera relación sexual con un hombre, las mujeres ya han interiorizado que los hombres no pueden controlar su impulso sexual, que priorizan su placer, que pueden estar con muchas mujeres,

que deben llevar el mando y que pueden ser agresivos en el sexo.

El hecho de que la sexualidad haya sido construida desde la mirada masculina explica, entre otras cosas, el coitocentrismo que impera en el imaginario colectivo de todas las sociedades y culturas a lo largo de la historia. Siguiendo a Suarez-Errekalde, Silvestre y Royo (2019):

Utilizaremos la supuesta “incapacidad” de los hombres para controlar su impulso sexual para hablar de las **expectativas de control**. Los hombres interiorizan, a través de su proceso de socialización, que no tienen por qué hacerse responsables de controlar su impulso sexual. Como explica Rich (1996):

Consideramos que este “pene-con-vida-propia” es una de las creencias más erróneas y peligrosas que existen, pues da cobijo al acoso, abuso y agresión sexual dentro y fuera del matrimonio; a la promiscuidad no consensuada o infidelidad, etc. Y, por tanto, es una creencia que requiere un contradiscurso inmediato.

Por su parte, las mujeres viven un proceso muy distinto. Y existen una gran cantidad de aspectos que “tienen un propósito irrefutable: evitar que las mujeres retomen el poder sobre su propio cuerpo, su placer y, a fin de cuentas, su libertad de

elección y posibilidad de transformación social” (Blanco, 2009: 67). Blanco (2009) los concreta de la siguiente forma:

Aspectos sobre nuestra sexualidad, como lo son el divorcio entre sexualidad y placer, su reducción a la procreación y al ámbito exclusivamente reproductivo, la subordinación sexual, el desencuentro con nuestra intimidad, el desconocimiento de nuestras propias necesidades, la negación del deseo, la simbiosis con el deseo del otro, la postergación permanente de nuestra propia satisfacción, el desconocimiento de nuestro cuerpo al tener una relación cosificada con el mismo, producto de la comparación subjetiva con una imagen estereotipada ideal e impuesta de lo que debe ser nuestro cuerpo (Ib.: 68).

Aunque esta falta de poder o control sobre el propio cuerpo no es determinista ni determinante, constituye el marco sociocultural a través del cual experimentamos el sexo, con nosotras mismas y con otras personas. Un marco sociocultural que por sí mismo obstaculiza el bienestar de las mujeres en la sexualidad. No obstante, ¿qué **factores o eventos desencadenantes** dificultan este bienestar?

En cuanto a la masturbación, las mujeres refieren que la maternidad y la migración influyen significativamente en el tiempo que disponen para ellas mismas (para el ocio, el descanso, etc.). Respecto al primer factor, generalmente, las mujeres siguen asumiendo las actividades reproductivas sin corresponsabilidad por parte de sus maridos. De esta forma, el acompañamiento constante a sus hijos/as limita en tiempo y espacio las opciones para poder disfrutar en general, y disfrutar de su cuerpo en particular. Respecto a la migración, el tiempo dedicado al ámbito laboral, ya sea porque la búsqueda de trabajo se hace más costosa o porque tienen pluriempleos de baja remuneración para poder subsistir, impacta negativamente en las posibilidades de disfrute e intimidad. Además, en la mayoría de mujeres coexisten estas dos opciones, dificultando todavía más todo lo expuesto. Destacamos también que las mujeres que han vivido los C/MGF (I, II y III) expresan que las consecuencias físicas y psicológicas de dicha práctica suponen un obstáculo para vivir con placer el cuerpo, tanto en el sexo con una misma como en interacción erótica con otros/as.

En lo que refiere a la interacción sexual con los hombres, los aspectos que desencadenan malestar o vulneración son específicos del tipo de discriminación o violencia sexual experimentada por cada una de ellas. A continuación, visibilizamos las **vulneraciones del DSAS** y aquellos factores que las mujeres han reconocido como desencadenantes.

Siguiendo el trabajo de Igareda y Bodelón (2013), clasificaremos algunas de las vulneraciones que generan un malestar evidente, según las definiciones del código penal español. En primer lugar, me referiré al *acoso sexual*. En el Artículo 182 del Código Penal se define como:

Actos de contenido sexual dirigidos a acosar o atacar la integridad y dignidad de la víctima, en el contexto de una relación laboral, educacional o mercantil. Se exige que tales comportamientos provoquen en la víctima una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante. Si además el agresor comete estos actos aprovechándose de una situación de superioridad, el castigo será mayor. Cuando la víctima es especialmente vulnerable, debido a su edad, su posición o sus circunstancias, la pena será también mayor (Ib.: 69).

Como describimos en el apartado “Las mujeres protagonistas del proyecto”, la mayoría de ellas trabajan en el sector del hogar y de los cuidados. Se trata de un ámbito laboral feminizado, poco remunerado y regularizado, en el que las mujeres migrantes y racializadas viven una discriminación interseccional que incluye, en numerosas ocasiones, el acoso sexual (insinuaciones, chantajes, etc.). Además, dado el aislamiento y la ausencia de testigos que caracteriza a este sector, existe una gran dificultad para denunciar, agravada en el caso de una situación administrativa irregular y otras circunstancias propias de la migración.

Las mujeres destacaron también experiencias relacionadas con el *acoso sexual callejero*. Una mujer de origen subsahariano enfatizó el hecho de que ser mujer, migrante y negra son eventos desencadenantes de un acoso basado en la exotización de su cuerpo, ofreciéndole dinero a cambio de sexo. También, en concreto una mujer de origen latinoamericano, compartió las presiones que recibió por parte de su hermana para ejercer la prostitución. En este caso, ser migrante, y llevar muy poco tiempo en el país de “acogida” en comparación a su hermana, generaba una relación desigual y era un factor desencadenante.

En segundo lugar, aludimos al *abuso sexual* como “comportamientos en contra de la integridad sexual realizados sin la utilización de violencia o fuerza, y sin el consentimiento de la víctima”. Esta defi-

nición incluye los que se realicen sobre menores de 13 años, personas privadas de sentido o personas con trastorno mental (Igareda y Bodelón, 2013: 69). El abuso sexual infantil es una de las vulneraciones más nombradas por las mujeres participantes, siendo principalmente perpetrado por un miembro de la familia (tocamientos, muestra del pene, etc.). Además, en todos los casos existió una revictimización posterior que consistió en el silencio familiar y en la culpabilización de la niña.

También adscribimos a esta categoría el sexo no deseado. Aquel que tenemos las mujeres por no rechazar el deseo de los hombres, por no saber decir que “no”, por complacer a los hombres, etc. Así como los tocamientos, besos y caricias no deseados; exposición a pornografía sin desearlo; que se masturben delante de ti; que se quiten el preservativo durante el coito sin consentimiento; entre otras.

En tercer lugar, la *agresión sexual*; definida como “actos en contra de la libertad sexual de la víctima realizados con el uso de violencia o intimidación” (Ib.: 69). En este caso, las mujeres participantes identifican como agresiones la humillación verbal o no verbal, el uso de la fuerza y sentir dolor durante las relaciones sexuales. Además, también incluyen las insistencias a pesar de haber dicho que “no”, que paren, etc. pues la vivencia es intimidante dada la relación de poder existente entre hombres y mujeres. Todas las experiencias compartidas fueron dentro de

una relación matrimonial. En los casos en los que hubiera penetración, sería considerado como *violación*.

En cuarto lugar, *violación* como “una agresión sexual que consiste en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos vías” (Ib.: 69). En este caso, las mujeres reconocen o identifican, además de las anteriores, las violaciones como arma de guerra; en las cuales, la guerra es el evento desencadenante.

Hasta aquí las violencias sexuales explícitas. Pero la propuesta es incluir como vulneraciones del DSAS cualquier males-



tar o dificultad para alcanzar el completo bienestar en el sexo con una misma y con otras personas. Por tanto, consideramos discriminaciones que de igual modo vulneran el DSAS de las mujeres las dificultades para disfrutar del cuerpo y la masturbación, no experimentar placer durante las relaciones sexuales compartidas o que no tengan el mismo valor.

6.3. Resistencias de las mujeres a los sistemas de opresión.

Como plantearon Bosch y Ferrer (2013), en el ascenso a cada escalón de la pirámide existe la posibilidad de salirse o “fugarse” de las exigencias que marcan los sistemas de organización social, tanto en las posiciones de privilegio como en las de opresión. Las mujeres, como grupo oprimido por el sistema cisheteropatriarcal adquirimos a lo largo de la vida infinidad de mecanismos para resistir y confrontar las vulneraciones del DSAS que experimentamos. Las mujeres migrantes, como grupo oprimido tanto por el sistema cisheteropatriarcal como por el colonial/racista, han desarrollado mecanismos de resistencia más complejos para confrontar las vulneraciones del DSAS que padecen.

Para analizar las resistencias de las mujeres a estos sistemas de dominación utilizaremos la propuesta de Saltzman (1992), que describe dos sistemas paralelos que explican la persistencia del sistema de

dominación masculina a lo largo de la historia y a pesar del desarrollo de leyes que buscan la igualdad. Por un lado, describió la existencia de un *sistema de sexos de coerción* para explicar que se utiliza la violencia para imponer la dominación y que mantiene unas normas de género muy rígidas, cuya transgresión comporta graves consecuencias (Bosch y Ferrer, 2013). Entendemos que algunos de los mecanismos de resistencia se relacionan con asumir las exigencias de género impuestas por la propia cultura para evitar la exclusión, la coacción y/o la violencia. Estas exigencias de género se configuran en numerosas ocasiones como un signo de identidad cultural, que favorece o determina la pertenencia y la inclusión étnica. No obstante, otras se convierten en factores de discriminación y violencia durante la migración, especialmente para las mujeres racializadas procedentes de países empobrecidos del sur global que residen en un país enriquecido económicamente del norte global. El sistema colonial/racista crea un jerarquía de poder que se mantiene gracias a la producción y reproducción de estereotipos que ignoran y ridiculizan los significados culturales que subyacen a las decisiones de las mujeres migrantes, produciendo estigma y exclusión.

En este sentido, las protagonistas de este proyecto identifican no sólo mecanismos de resistencia relacionados con el género, sino también con el racismo social, económico e institucional que confrontan cuando llegan al país ‘de acogida’.

Por ejemplo, hacen enormes esfuerzos por aprender un idioma nuevo, a pesar de que trabajan mayoritariamente en un sector feminizado que ni les facilita la interacción social con la población de acogida, ni les ofrece remuneración suficiente para vivir; se informan unas a otras de los recursos que existen para resolver dudas administrativas, buscar vivienda o empleo, aprender idiomas o habilidades informáticas, conocer los servicios sanitarios y cómo acceder a ellos, etc. (València Acull cumple en este aspecto un papel fundamental en este proceso de llegada). Además, conviven con una cultura diferente que les hace de espejo y les permite reconocer que algunos aspectos del género y la sexualidad que han interiorizado a lo largo de su vida son construidos y, por tanto, transformables.

Saltzman (1992) describe que coexiste, junto con el *sistema de sexos de coerción*, un *sistema de sexos de consentimiento* en el que más que obligar o castigar, incita o convence a las mujeres a través de mecanismos de seducción para que acepten los modelos y comportamientos que le suponen propios, para obtener a cambio reconocimiento social (Bosch y Ferrer, 2013). Los espacios de diálogo creados en el proyecto han favorecido que las mujeres visibilicen los mecanismos que han puesto en marcha a lo largo de su vida para resistir a esta seducción. Además, han permitido considerar nuevos mecanismos de resistencia para transformar la realidad social que les rodea.

En la fase de validación de los resultados, las mujeres participantes se han apropiado de los conocimientos construidos colectivamente, de los enfoques del proyecto y del modelo teórico propuesto. Este último ha sido especialmente útil para que las mujeres analicen su situación con respecto al DSAS y generar cambios internos que están directamente relacionados con la propuesta teórica de Álvarez (2015) sobre la autonomía. Las mujeres han adquirido una herramienta para analizar la posición que ocupan en el entorno, y las relaciones de poder que influyen en su vivencia del DSAS. Y esto, a su vez, ha incrementado su capacidad de desarrollar su propio criterio y aplicarlo cuando se trata de tomar decisiones en el terreno de la sexualidad.

Una condición para el ejercicio de la autonomía es la presencia de una amplia gama de opciones en el contexto, a partir de las cuales poder tomar una decisión, y que estas opciones sean significativas (accesibles, aceptables, adaptadas y de calidad³⁷) para la persona que toma la decisión (Álvarez, 2015). En este sentido, la apropiación del modelo teórico piramidal como herramienta de análisis es un mecanismo de resistencia a nivel individual que propicia modificaciones en las relaciones de poder, pero también a nivel colectivo pues ha fortalecido su agencia social para exigir y reivindicar la multiplicación de sus opciones significativas ante las instituciones que, en este contexto, tienen la responsabilidad u obligación de generarlas o garantizarlas.

37 Variables de los DDHH.

Las mujeres han sido protagonistas del trabajo llevado a cabo con el personal sociosanitario, académico, sanitario y administrativo de la ciudad de València. Un trabajo que ha permitido delinear una serie de estrategias o resistencias colectivas para garantizar el DSAS de las mujeres migrantes. Las mencionamos a continuación.

Una de las estrategias está relacionada con la formación dirigida a las mujeres migrantes, al personal y futuro personal sociosanitario, y al personal administrativo de diferentes organismos públicos vinculados a la temática. Las personas e instituciones que han participado en este proyecto consideran que la garantía del DSAS mejorará en la medida en que la ciudadanía en general, y las personas que trabajan en las distintas instituciones clave: (1) conozcan las variables del DSAS; (2) incorporen los enfoques (derechos humanos, género e interculturalidad) desde una perspectiva interseccional; y (3) tengan acceso al modelo teórico propuesto, como herramienta de análisis para conocer tanto las vulneraciones de derechos que viven o han vivido las mujeres migrantes de la ciudad de València como los procesos socioculturales que hay detrás.

Otra de las estrategias consiste en señalar la necesidad de generar mecanismos para que los diferentes sectores implicados en la garantía del DSAS puedan llevar a cabo un trabajo coordinado en la promoción de la salud en general, y de la salud afectivo-sexual en particular. Esto



implica huir de una concepción fragmentada de la salud e incorporar un concepto más holístico que integre el ámbito físico, mental, emocional, social, cultural y espiritual de manera equilibrada.

También se plantea una estrategia que incluye la realización de un mapeo de todos los servicios, entidades, organizaciones y recursos vinculados al DSAS. Así como las rutas o formas de acceder a cada uno de ellos. Esto es así porque, si bien existe una potente infraestructura en la ciudad de València para atender y garantizar el DSAS de las mujeres valencianas, en numerosas ocasiones la información no es accesible para las mujeres en general y las barreras se multiplican en el caso de las mujeres migrantes.

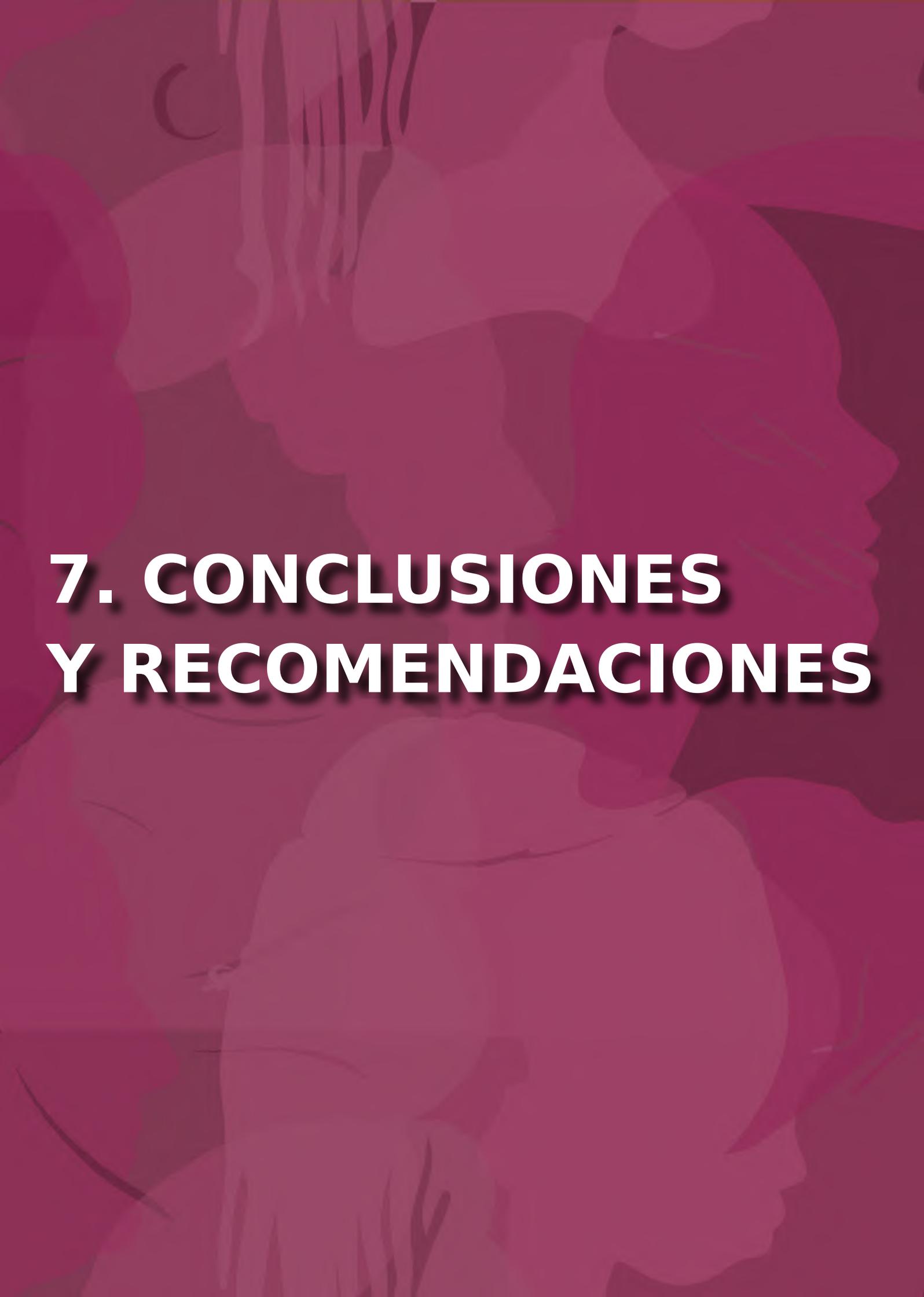
Otra estrategia identificada es la de incidir con carácter urgente en las políticas públicas para que se reconozca y potencie el papel de las Agentes de Salud de Base Comunitaria en la garantía de este derecho. Se trata de una figura que no sólo facilita la traducción del idioma,³⁸ sino también la traducción entre culturas: son un nexo o espacio puente entre dos culturas. A pesar de ser imprescindibles, contar con formación acreditada y suponer un beneficio para el sistema de salud,³⁹ no existe ni presupuesto ni obligación de contratar

a personal con este perfil sanitario en el sistema valenciano de salud pública. Por ello, es necesaria una revisión inmediata de los perfiles profesionales del sistema de salud pública valenciana.

Finalmente, las mujeres reclaman facilidades para crear sus propias asociaciones y ser autónomas en todo el ciclo de un proyecto, desde el diseño de intervenciones hasta la propia evaluación de los procesos. Esta línea entra en coherencia con los principios de cualquier ONGD, y en concreto de la EpDyCG, pues su propósito último es desaparecer cuando los colectivos y la población tienen las capacidades para gestionar autónomamente sus proyectos vitales y sociales. También entra en coherencia con los fundamentos de las epistemologías feministas, ya que la manera más contundente de evitar las jerarquías y relaciones de poder en una intervención es que se dé entre iguales.

38 La mayoría de mujeres que no dominan el idioma, van al sistema sociosanitario acompañadas de sus maridos y/o de sus hijas/os. Lo que impide la libre expresión de temas relacionados con el DSAS y, por tanto, una adecuada atención.

39 No sólo agiliza las atenciones sanitarias, sino que también suponen un beneficio económico al reducir las consultas que requiere una mujer para comprender diagnósticos, tratamientos, etc.



7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este documento define el DSAS como el mayor estado de bienestar físico, emocional, mental y social que puede alcanzar una persona en relación a su sexualidad y afectividad, lo que incluye el propio cuerpo sexual consigo mismo, y con otros cuerpos en relaciones sexo-afectivas. A partir de esta definición, las mujeres establecieron las variables más relevantes según su propia experiencia. Algunas de estas variables encuentran una mención específica o una relación directa con la Declaración de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos (WAS, 1999), pero hay aspectos de la sexualidad que, de acuerdo con los resultados obtenidos en este proceso, requieren una mayor atención. Si estos aspectos los convirtiéramos en derechos, podrían nombrarse, por ejemplo, de la siguiente manera:

- Derecho a vivir en completo bienestar con nuestro cuerpo
- Derecho a vivir el ciclo menstrual libre de tabú, miedos y dolor
- Derecho a vivir en completo bienestar con nuestra genitalidad, en toda su diversidad

Las distintas variables están interconectadas, hasta tal punto que ha sido realmente difícil separar unas de otras para su análisis. Y esta interrelación casa bien con la idea de que estamos hablando de derechos humanos indivisibles e interde-

pendientes.⁴⁰ Por eso, la ausencia de reconocimiento de los aspectos que se han incorporado en este trabajo al concepto de DSAS, no sólo impide analizar los procesos de vulneración del derecho, sino comprender bien todas las variables y el mismo DSAS en general.

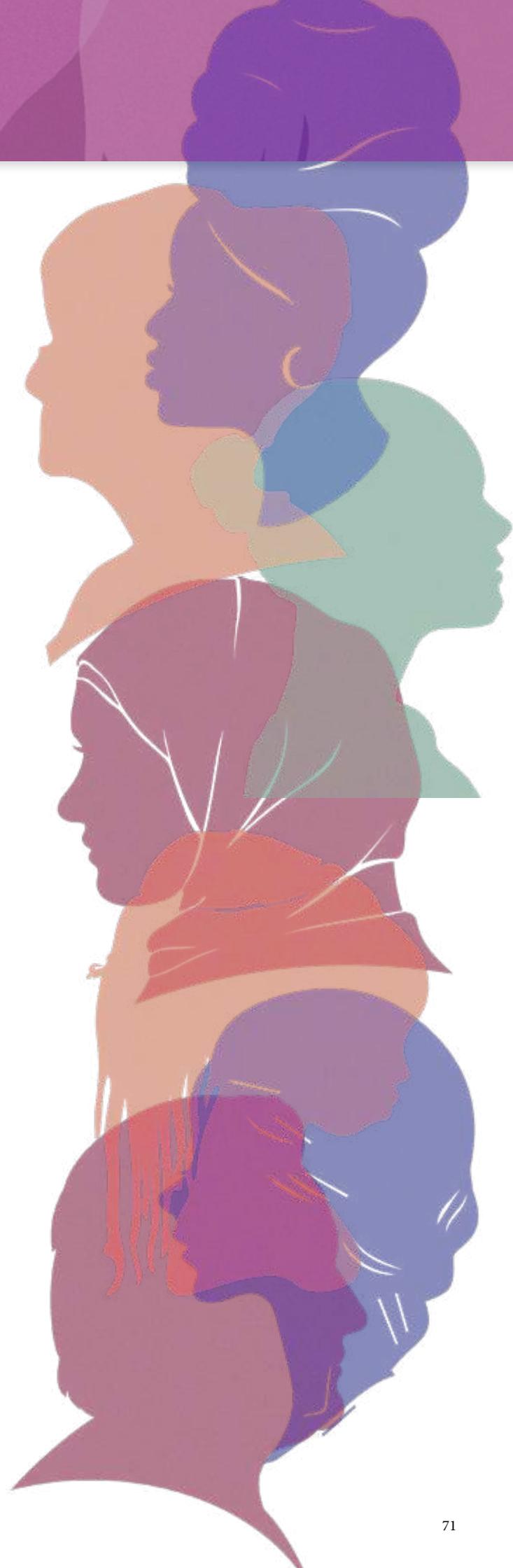
Necesitamos más trabajos como este, que analicen las variables que han quedado pendientes: (1) Grado de autonomía para establecer o modificar los vínculos (matrimonios forzados, arreglados o por conveniencia...), (2) Grado de autonomía para decidir sobre el tipo de vínculos afectivo-sexuales (poligamia, monogamia, poliamor, etc.) , (3) Afectividad y (4) Reproducción o no reproducción.

En los resultados del análisis llevado a cabo, encontramos semejanzas y diferencias entre las culturas a las que pertenecen las mujeres protagonistas (latinoamericana, subsahariana, asiática y magrebí). Está claro que nuestra vivencia del DSAS está marcada por la intersección de diferentes posiciones sociales de privilegio-opresión. Sin embargo, nos gustaría destacar las palabras de una mujer de origen magrebí que participó activamente en las actividades del proyecto

40 Disponible en: <http://derechosoc.civilisac.org/4-3-la-indivisibilidad-e-interdependencia-de-los-derechos-humanos.html#:~:text=La%20indivisibilidad%20significa%20que%20todos,los%20derechos%20humanos%20est%C3%A1n%20interrelacionados> Recuperado el 30/09/2020.

En cada cultura se nos dice cómo hemos de ser mujeres y cómo hemos de vivir nuestra sexualidad por ser mujeres. Hemos visto en los talleres nuestras diferencias, desde nuestras culturas, pero también muchas cosas en común, en todas las culturas, hay unas funciones asignadas y en la sociedad a las mujeres se les ha dado menos valor que a los hombres (H., 2019).

El conocimiento y reconocimiento de los puntos en común y las diferencias culturales nos permite enriquecernos y establecer mecanismos de resistencia que trasciendan lo individual. Esto es lo que ha sucedido en este proyecto. Las mujeres que lo han protagonizado, como agentes sociales, han identificado las relaciones de poder que influyen en su bienestar afectivo-sexual, creando criterios para tomar decisiones propias de manera un poco más libre. A través de los enfoques y la herramienta de análisis propuesta, han llevado sus conocimientos y reflexiones sobre el DSAS a más mujeres (migrantes y no migrantes) y a otros sectores de la sociedad valenciana a través de actividades de sensibilización y talleres formativos.



Gracias a su trabajo de movilización colectiva se han identificado nuevos retos para la ciudad de València, y se han delineado estrategias de actuación junto con profesionales del ámbito sociosanitario, administrativo y académico con el propósito de mejorar la garantía de este derecho. Estas estrategias requieren, para ser efectivas, de la creación de grupos de trabajo interdisciplinares que puedan concretar y poner en marcha acciones específicas, así como del compromiso de toda la ciudadanía valenciana para reclamar y reivindicar que así sea.

Es imprescindible que las personas y profesionales de los distintos ámbitos de intervención conozcamos las variables relevantes para la garantía del DSAS y los procesos de vulneración generalmente tan invisibilizados. Este conocimiento nos permitirá realizar programas, proyectos y acciones más significativas y dirigidas a producir transformaciones en la base estructural de los sistemas de opresión-privilegio.

Finalmente, queremos indicar que somos conscientes de que el presente documento está permeado por los sesgos eurocéntricos del equipo técnico y dinamizador de este proyecto, a pesar de los intentos y los mecanismos que hemos puesto en marcha para mitigarlos y/o visibilizarlos. Por ello, invitamos a quienes lo tengan en sus manos a repensar el lugar que ocupan en el escenario social y a reconocer las distintas oportunidades que les brinda la vida para enriquecerse del encuentro intercultural, desde el respeto, la empatía y el buen trato.

“(...) si quieres quitar un árbol, en vez de quitar las ramas de arriba, tienes que empezar por sus raíces. Entonces, cuando matas las raíces, aunque no tocas las hojas, se matará todo” (Aminata Soucko)



8. BIBLIOGRAFÍA

ALBEROLA, Nieves y LAGRICH, Saloua (1997). Fátima Mernissi, *Asparkía*, VIII, 141-145.

ALCALÁ, Visitación, CAMACHO, Manuel, GINER, Daniel, GINER, José, y IBÁÑEZ, Elena. (2006). Afectos y género. *Psicothema*, 18(1), 143-148. Recuperado a partir de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8409>

ALVARADO, M^a Fernanda (2021). Transformando la experiencia menstrual a digna, consciente y accesible. Observatorio Prensa. Recuperado a partir de <https://obserdigital.com.mx/2021/10/26/transformando-la-experiencia-menstrual-a-digna-consciente-y-accesible/>

ÁLVAREZ, Silvina (2015). La autonomía personal y la autonomía relacional. *Análisis filosófico XXXV* 1 (13-26).

AMORÓS, Celia (1997). Dimensiones de poder en la teoría feminista. *Revista Internacional de Filosofía Política*, 25, 11-34.

ARROYO-ORTEGA, Adriana (2022). Desplazamientos corporales de una mujer afrodescendiente desde la deshumanización de los cuerpos racializados. *Ánfora*, 29(52). 71-93.

BEDOYA, María. H. y KAPLAN, Adriana. (2004). *Las mutilaciones genitales femeninas en España: una visión antropológica, demográfica y jurídica*. En Lucas, J. y García, J. (Ed.), *Evaluating the impact of existing legislation in Europe with regard to FGM*. Spanish Report, Universitat de Valencia.

BLANCO, Jessie (2009). Rostros visibles de la violencia invisible. Violencia simbólica que sostiene el patriarcado. *Revista venezolana de estudios de la mujer*, 14(32), 63-70.

BLÁZQUEZ, Maribel y BOLAÑOS, Eva (2017). Aportes a una antropología feminista de la salud: el estudio del ciclo menstrual. *Salud colectiva*, 13(2), 253-256.

BOSCH, Esperanza y FERRER, Victoria A. (2013). Nuevo modelo explicativo para la violencia contra las mujeres en la pareja: el modelo piramidal y el proceso de filtraje. *Asparkía*, 24, 54-67.

BOTELLO, Alicia y CASADO, Rosa (2015). Miedos y temores relacionados con la menstruación: estudio cualitativo desde la perspectiva de género. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(1), 13-21.

BOURDIEU, Pierre (2000). *La dominación masculina*. Barcelona, E. Español: Anagrama.

BUÑUEL, Ana y RATA, Noelia (2017). Mutilación Genital Femenina (MGF): La labor de prevención y sensibilización del Ayuntamiento de Madrid. En Nuño, Laura y Kaplan Adriana (Ed.), *Aspectos socioculturales y legales de la Mutilación Genital Femenina: experiencias transnacionales de prevención y protección*. Madrid, E. Español: Magaly Thill.

BURGOS, Georgina (2012). Breve historia de la masturbación. En Burgos, Georgina (Ed.), *La masturbación*. Barcelona, E. Español: De Vecchi Ediciones, S.A.

CABRAL, Mauro y BENZUR, Gabriel (2005). Cuando digo intersex. Un diálogo introductorio a la intersexualidad. *Cadernos pagu*, 24, 283-304.

CHACÓN, Guadalupe S. y GAMBOA, Flor de María (2018). Tabú de la virginidad a través de los "cántaros rojos". Las jóvenes rurales en Michoacán: entre la tradición y la educación. *Revista de investigación y divulgación sobre los estudios de género*, 22, 55-84.

CAMACHO, Gloria (2001). Relaciones de género y violencia. En Gioconda, Herrera (comp.), *Estudios*

de género, (115-161). Quito, Ecuador: FLACSO.

COBO, Rosa. (2015). El cuerpo de las mujeres y la sobrecarga de sexualidad. *Investigaciones Feministas*, 6, 7-19.

CURIEL, Ochy (2007). La Crítica Postcolonial desde las Prácticas Políticas del Feminismo Antirracista. *Nómadas* (26), 92-101.

DAUDER, S. y PÉREZ, Eulalia (2018). *Las 'mentiras' científicas sobre las mujeres*. Madrid: Catarata.

DÁVALOS, Nahima Quetzali (2017). "Alguien ya robó mujer: virginidad y rito de paso en un barrio 'binnizá' de Juchitan, Oaxaca" (tesis de pregrado). El Colegio de San Luis, A.C, México.

DEL MORAL, Lucía, (2012). En transición. La epistemología y filosofía feminista de la ciencia ante los retos de un contexto de crisis multidimensional. *e-cadernos CES*, 18, 50-80. doi : 10.4000/eces.1521

DO AMARAL, Marcela L. y FREITAS, Marconi (2020). No tan desvergonzadas. El empoderamiento de las mujeres gordas y sus cuerpos en los destinos de sol y playa. *Estudios y Perspectivas en Turismo*, 29, 472-500.

ESPINOSA, Yuderlys (2012). De por qué es necesario un feminismo decolonial: diferenciación, dominación co-constitutiva de la modernidad occidental y el don de la política de la identidad. *Solar*, 12(1), 142-171.

EXPÓSITO, Carmen. (2012). ¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad. *Investigaciones feministas: papeles de estudios de mujeres, feministas y de género*, (3), 203-222.

FEIJÓO, M. Beatriz (2016). *Tapua: La menstruación como parte de los ciclos de violencia simbólica* (tesis de pregrado). Universidad San Francisco de Quito, Quito.

FRAISSE, Geneviève (2001). El concepto filosófico de género. En Tubert, Silvia (Ed.), *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto* (39-46). E. Español: Cátedra.

GALAZ, Caterine Joanna y MONTENEGRO, Marisela (2015). Gubernabilidad y relaciones de inclusión/exclusión: los dispositivos de intervención social dirigidos a mujeres inmigradas en España. *Universidad Psicología (Bogotá, Colombia)*, 14(5), 1667-1680.

GALDOS Silvia S. (2013). La conferencia del Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 30(3), 455-460.

GAMBA, Susana (2008). Feminismo: historia y corrientes. *Mujeres en Red*. El Periódico Feminista, 1-8. DOI: <http://www.mujeresenred.net/spip.php?article1397>

GONZÁLEZ, Araceli (2009). Michel Foucault, Judith Butler, y los cuerpos e identidades críticas, subversivas y deconstructivas de la Intersexualidad. Isegoría. *Revista de Filosofía Moral y Política*, 40, 235-244.

GREGORIO, Carmen (2009). Mujeres inmigrantes: Colonizando sus cuerpos mediante fronteras procreativas, étnico-culturales, sexuales y reproductivas. *VIENTO SUR* 104, (42-54).

HARDING, Sara (1987). Is There a Feminist Method? En Harding, Sara (Ed.), *Feminism and Methodology*. Bloomington/Indianapolis: Indiana University Press.

IGAREDA, Noelia y BODELÓN, Encarna (2013). Las violencias sexuales y el acoso sexual en el ámbito universitario español. *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*, VII (2), 65-79.

KAPLAN, Adriana (2017). Introducción a la Muti-

lación Genital Femenina desde la Antropología. En Nuño, Laura y Kaplan, Adriana (Ed.), *Aspectos socioculturales y legales de la Mutilación Genital Femenina: experiencias transnacionales de prevención y protección*. Madrid, E. Español: Magaly Thill.

KAPLAN, Adriana; TORÁN, Pere; BEDOYA, M. Helena; BERMÚDEZ, Kira; MORENO, Juani y BOLÍVAR, Bonaventura (2006). Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria. *Atención Primaria*, 38(2), 122-126.

LAGARDE, Marcela (1996). Identidad de género y derechos humanos: la construcción de las humanas. En Guzmán, Laura y Pacheco, Lourdes (Ed.), *Estudios Básicos de Derechos Humanos*. San José de Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.

LAMAS, Marta (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, 7 (18).

LAMAS, Marta (2003). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. En M. Lamas, *El género. La construcción cultural de la diferencia* (327-366). México: PUEG.

M. ARMAND, Mariana (2019), *El tabú de la menstruación: símbolo de la represión sexual femenina* (tesis de pregrado). Instituto de Psicología de la Salud, Montevideo.

MARTÍNEZ, Ariel (2010). Identificación melancólica y constitución de la identidad de género masculina. Aportes del psicoanálisis a los estudios contemporáneos de género. *Revista De Psicología*, 19(2), Pág. 79-102.
<https://doi.org/10.5354/0719-0581.2010.17110>

MARTÍNEZ, Ariel (2011). Los cuerpos del sistema sexo/género: Aportes teóricos de Judith Butler. *Revista de Psicología* (12), 127-144.

MARTÍNEZ, Consuelo (2005). El esquema cultural de género y sexualidad en la vida cotidiana. Una reflexión teórica. *Culturales*, 1 (2), 30-62.

MATEO, Patricia (2011). Transdeseantes: de la heterosexualidad obligatoria al deseo lesbiano. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 29, 33-67.

MEDINA, Rocío (2013). Feminismos periféricos, feminismos-otros: una genealogía feminista decolonial por reivindicar. *Revista Internacional de Pensamiento Político*, (8), 53-79.

MESTRE, Ruth (2005). Trabajadoras de cuidado: las mujeres de la Ley de Extranjería. En Francisco, CHECA (coord.), *Mujeres en el camino: el fenómeno de la migración femenina en España* (p. 139-168). Barcelona: Icaria.

MICOLTA, L. Amparo (2007). Migración internacional y desarrollo. El aporte de las mujeres. *Trabajo social* (9), 9-24

MILLET, Katte (1995). *Política sexual*. Madrid: Cátedra.

MONTENEGRO, M. Angélica; ORNSTEIN, Claudia y TAPIA, Patricia A. (2006). Cuerpo y corporalidad desde el vivenciar femenino. *Acta Bioethica*, 12(2), 165-168.

MUÑIZ, Elsa, (2014). Pensar el cuerpo de las mujeres: cuerpo, belleza y feminidad. Una necesaria mirada feminista. *Revista Sociedade e Estado* 29(2), 415-432.

MUT, Elena (2009). Las redes sociales de las mujeres inmigrantes iberoamericanas. *Revista de Servicios Sociales y Política Social* (85), 65-81.

ORTEGA, Isabel (2014). Nuevos itinerarios corporales de seducción. La estética del contorno genital. *Dossiers Feministes*, 18, 139-150.

OSBORNE, Raquel (1993). *La construcción sexual*

de la realidad. Madrid: Cátedra.

OSBORNE, Raquel (1995). Sexo, género, sexualidad. La pertinencia de un enfoque constructivista. *Papers* (45), 25-31.

OSO, Laura y PARELLA, Sònia (2012). Inmigración, género y Mercado de trabajo: una panorámica de la investigación sobre la inserción Laboral de las mujeres inmigrantes en España. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 30(1), 11-44.

PASTOR, Rosa y BONILLA, Amparo (2000). Identidades y cuerpo: el efecto de las normas genéricas. *Papeles del psicólogo*, 75, 34-39.

PIQUERAS, José Antonio; RAMOS, Victoriano; MARTÍNEZ, Agustín Ernesto y OBLITAS, Luis Armando (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 26(2), 85-112.

PRIETO, M.A y MARCH, J.C (2006). Investigación cualitativa. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. En Fleitas, Reina y Márquez, Miguel (ed.), *Antología preparada para el primer curso diplomado en desarrollo humano local, género, infancia, población y salud* (149-154). La Habana: Universidad de la Habana-Universitas/Cuba-PNUD/PDHL

PULEO, Alicia (1992). *Dialéctica de la sexualidad: género y sexo en la filosofía contemporánea*. Madrid, E. Español: Cátedra.

PULEO, Alicia (1999). Un pensamiento intempestivo: la razón emancipadora ilustrada en la filosofía de Celia Amorós. *ISEGORÍA*, 21, 197-202.

RICH, Adrienne. (1996). "Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana (1980)". *DOUDA Revista d'Estudis Feministes*, 10, 15-42.

RODRÍGUEZ, Adelina (2010). Desigualdades de género: en la salud y en la enfermedad. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, 5, 1-18.

RODRÍGUEZ, Lorena; MIGLIARO, Alicia y KRAPOVICKAS, Julieta (2018). Del papel al barro: metodología feminista para el abordaje de las desigualdades de género en sindicatos rurales uruguayos. *Revista latinoamericana de antropología del trabajo*, 4, 1-27.

ROHATSCH, Magdalena (2015). Menstruación. Entre la ocultación y la celebración. En *XI Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires: Buenos Aires.

ROMERO, Carmen (2007). El exotismo de los cuerpos y la fetichización de la mirada en la producción de las "mujeres inmigrantes" como "otras". En Sánchez, Leyva y Reigada, Alicia (eds.), *Crítica Feminista y Comunicación* (186-214). Sevilla, E. Español: Comunicación Social.

RUBIN, Gayle (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo, *Nueva Antropología*, 3, 95-145.

RUBIN, Gayle (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En C.S. Vance (ed.), *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina* (113-190). Madrid: Talasa.

SÁEZ, Gemma; VALOR-SEGURA, Inmaculada y EXPÓSITO, Francisca (2012). ¿Empoderamiento o Subyugación de la Mujer? Experiencias de Cosificación Sexual Interpersonal. *Psychosocial Intervention*, 21(1), 41-51.

SÁNCHEZ, Alma (2009). Cuerpo y sexualidad, un derecho: avatares para su construcción en la diversidad sexual. *Sociológica*, (64), 101-122.

SCHONGUT, Nicolas (2012). La construcción social de la masculinidad: poder, hegemonía y violencia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2 (2), 27-65.

SORDO, Tania (2017). *Violencias en contra de las mujeres en base al género en el Estado mexicano. Un análisis interseccional* (Tesis Doctoral). Instituto Universitario de Estudios de la Mujer (IUEM), Madrid.

SUAREZ-ERREKALDE, Maialen; SILVESTRE, María y Royo, Raquel (2019). Rompiendo habitus, (re) orientando caminos. Prácticas e identidades sexuales emergentes como resistencias subversivas al orden sexual patriarcal. *Encrucijadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 17, 1-25.

TAPIA, Marcela (2011). Género y migración: Trayectorias investigativas en Iberoamérica. *Revista Encrucijada Americana* (2), 115-147.

TARZIBACHI, Eugencia (2017). Menstruar también es político. *Revista de política, derecho y sociedad*, 35-45.

TAYLOR, S.J; BOGDAN, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación*. Barcelona: Paidós.

Unión de Asociaciones Familiares (UNAF) (2013). Guía para profesionales. La MGF en España. Prevención e intervención. Recuperado de <https://unaf.org/wp-content/uploads/2015/10/Guia-MGF-2015.pdf>

VAQUERO-CRISTÓBAL, Raquel; ALACID, Fernando; MUYOR, José María y LÓPEZ-MIÑARRO, Pedro (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria* 28(1), 27-35.

VERDÚ D., Ana Dolores (2018). «El sufrimiento de la mujer objeto. Consecuencias de la cosificación sexual de las mujeres en los medios de comunicación». En Mañas, Carmen y Martínez, Alicia

(eds.), *Dossier monográfico: Sexo y bienestar. Mujeres y diversidad* (167-186). Feminismo/s. DOI: 10.14198/fem.2018.31.08

WEEKS, Jeffrey (1998). La invención de la sexualidad. En J. Weeks, *Sexualidad* (21-46). D.F: Paidós, PUEG, UNAM.

ZICAVO, Eugenia (2009). Cuerpo y maternidad. Cuerpos embarazados, ¿cuerpos embarazosos? En *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología/VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires*. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.

Otros recursos:

Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología - WAS (1999). Declaración de los derechos sexuales y reproductivos. 14º Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong.

Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. ohchr.org. Recuperado de http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará). Recuperado de: <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/Folleto-BelendoPara-ES-WEB.pdf>

Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Estambul, 2011). Recuperado de: <https://rm.coe.int/1680462543>

Ley Orgánica 1/2004, *Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*, BOE, Madrid, España, 28 de diciembre del 2004.





ORGANIZA



COLABORA



FINANCIA

