

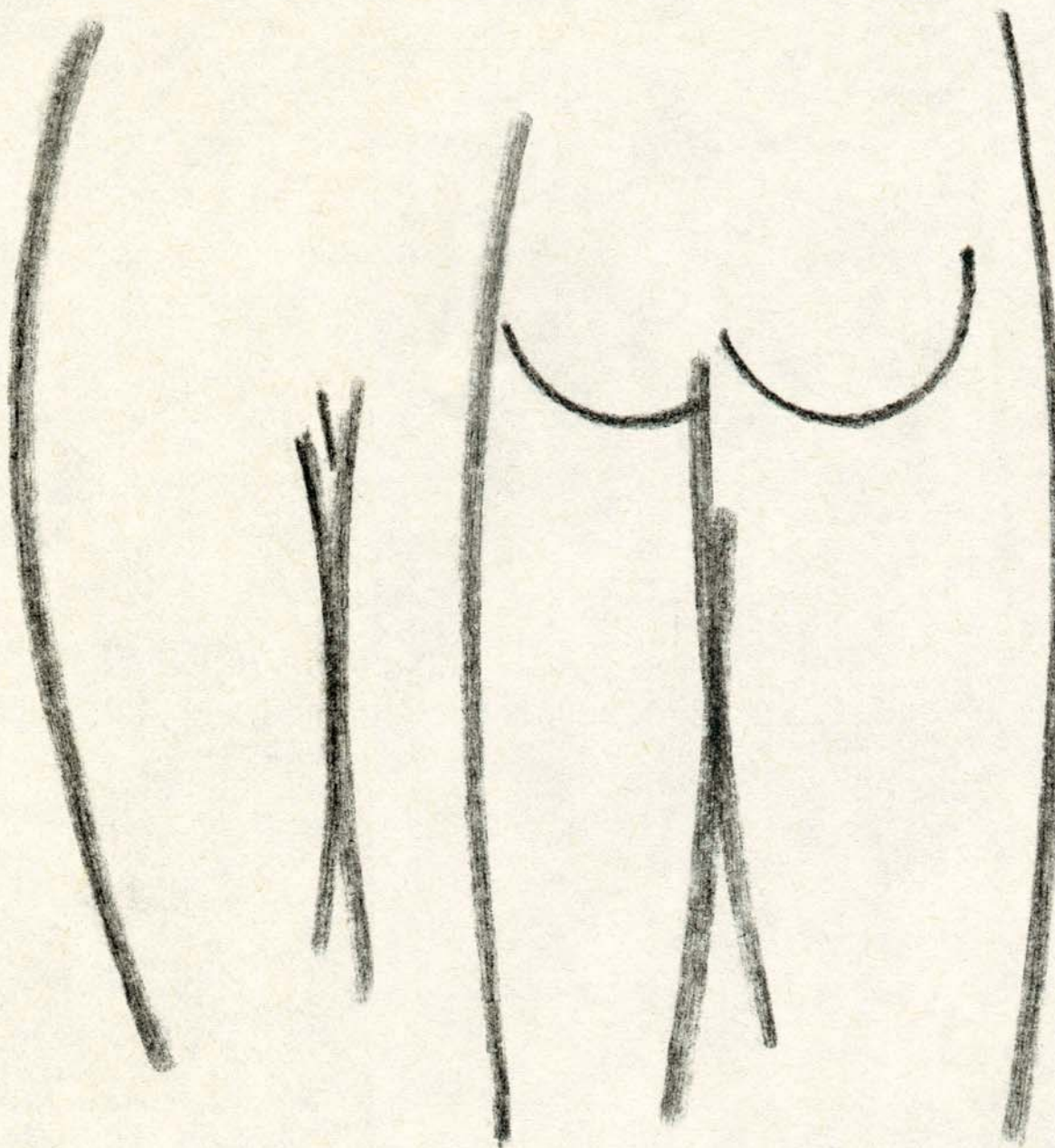
LA SEXUALIDAD HUMANA: UNA CONSTRUCCIÓN BIOGRÁFICA ■ PLACER Y SEXUALIDAD ■ LA EXISTENCIA LESBIANA ■ TRANSEXUALIDAD, TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD SEXUAL, TRANSGENERISMO E IDENTIDAD TRANSEXUAL MASCULINA Y FEMENINA ¿DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO? ■ L'HOMOFÒBIA: UNA MALALTIA DE LA SOCIETAT ■ DISFUNCIÓN ERÉCTIL: TABÚ EN EL PASADO, PROBLEMA DE SALUD ACTUAL ■ ELS CENTRES DE PLANIFICACIÓ FAMILIAR I SEXUALITAT

viure en **SALUT**

novembre / 2002
número **57**

Sexualitat

Elles i ells



GENERALITAT VALENCIANA

CONSELLERIA DE SANITAT
DIRECCIÓ GENERAL PER A LA SALUT PÚBLICA

viure en
SALUT

EDITA
Generalitat Valenciana.
Conselleria de Sanitat.
Direcció General per a la Salut Pública

DIRECCIÓ
Unitat d'Educació per a la Salut

REDACCIÓ
Javier Parra

ASSESSORAMENT LINGÜÍSTIC
Servei d'Assumptes Generals

MAQUETACIÓ
Javier Parra

FOTOGRAFIA
Javier Parra

DISSENY DE LA PORTADA
Javier Parra

COL-LABORADORS D'ESTE NÚMERO
Vicent Bataller. Amparo Bonilla.
Ximo Cádiz. Pepa González.
Manuel Martínez. Luis Mitjans.

IMPRESSIÓ I FOTOCOMPOSICIÓ
Talleres Gráficos Ripoll SA

DEPÓSIT LEGAL
V-1063-1988

VIURE EN SALUT s'envia gratuïtament a tots els col·legis, ajuntaments i centres sanitaris de la Comunitat Valenciana. També es trameta a les associacions, entitats o persones que ens envien la butlleta de subscripció o que ens ho sol·liciten per carta o per telèfon.

Agraïrèiem que se'ns comunicara qualsevol anomalia observada en la recepció, per tal de corregir-la, i també els canvis de domicili.

La Conselleria de Sanitat, entitat editora de VIURE EN SALUT, no s'identifica necessàriament amb les opinions expressades pels redactors i col·laboradors de la publicació.

VIURE EN SALUT autoritza la reproducció dels seus textos, sempre que se'n cite la procedència. Alhora, demanem que ens feu arribar dos exemplars de la publicació on s'inclouen els seus continguts.

Us convidem a fer una revista cada vegada més vostra. No dubteu a donar-nos la vostra opinió sobre la revista, expressar el vostre acord o desacord amb els articles d'opinió que hi apareixen, aportar suggeriments, plantejar dubtes o peticions, etc. Esperem les vostres col·laboracions.

Adreceu-vos a:

Direcció General per a la Salut Pública
Unitat d'Educació per a la Salut
96 386 80 00
Misser Mascó, 31-33
46010 València

Fe d'errades

Els autors de l'article *Prevalencia y etiología de la esquizofrenia*, publicat en el número 56 (*Esquizofrenia: la realitat perduda*), son Alberto Domínguez i Gloria Mengual, i no només Alberto Domínguez com apareixia en la signatura.

CARTES A
viure

La secció Fil Directe vol obrir les seues pàgines als lectors de VIURE EN SALUT. Volem conèixer la teua opinió. L'extensió serà com a màxim de 50 línies mecanografiades a dos espais. Aniran firmades i amb el número de DNI. VIURE EN SALUT es reserva el dret de publicació així com el d'ajustar-ne l'extensió en l'espai disponible.

ÚLTIMS NÚMEROS PUBLICATS:



VS 56:
Esquizofrenia



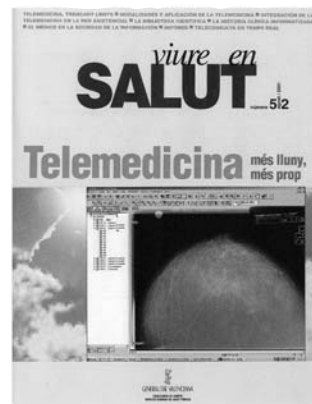
VS 55:
Nutrició



VS 54:
Salut, un enfocament de gènere



VS 53:
Humanització de l'atenció sanitària



VS 52:
Telemedicina



VS 51:
Crònics

BUTLLETA DE SUBSCRIPCIÓ GRATUÏTA

Cognoms i Nom: _____

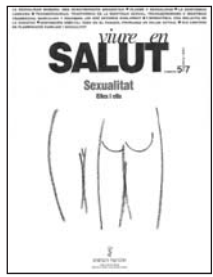
Domicili: _____

Localitat: _____ Telèfon: _____

Província: _____ C.P.: _____

Data de naixement: _____ Professiò: _____

TRAMETRE A: Direcció General per a la Salut Pública
Unitat d'Educació per a la Salut
Misser Mascó, 31-33
46010-VALÈNCIA

**SUMARI****Sexualitat****VS 57****fil directe**

2.....Cartes a Viure

editorial

3.....

informe4.....La sexualidad humana:
una construcción biográfica

LUIS MITJANS

6.....Placer y sexualidad

PEPA GONZÁLEZ

7.....La existencia lesbiana

AMPARO BONILLA

10.....Transexualidad, trastornos de
la identidad sexual,
transgenerismo e identidad
transexual masculina y femenina
¿De qué estamos hablando?

VICENT BATALLER

13.....L'homofòbia:
una malaltia de la societat

XIMO CÁDIZ

14.....Disfunción eréctil:
tabú en el pasado,
problema de salud actual

MANUEL MARTÍNEZ

16.....Els Centres de Planificació
Familiar i Sexualitat**agenda**

18.....Cursos. Congressos. Seminaris

recursos

19.....Materials temàtics

La preocupació sobre l'augment demogràfic ha sigut una qüestió que sempre ha quedat manifesta com una variable que podria afectar l'evolució de la humanitat, així països com l'Índia, la Xina, Bangla Desh, etcètera, creen polítiques dirigides a disminuir la població per la repercussió que tenia en el seu desenvolupament en àmbits com l'educatiu, sanitari, industrial, etcètera.

Tota esta preocupació coincidí amb l'aparició de ferramentes de tecnologia de reducció de la fecunditat: la píndola anticonceptiva, el dispositiu intrauterí i els mètodes hormonals d'acció prolongada. Pareixia que la crescuda del riu humà s'estava controlant mitjançant l'avenç tècnic.

Les polítiques de població es van basar en la necessitat de frenar el creixement demogràfic, però no es tenien en compte altres aspectes de la població com els canvis en la seua estructura o en les pautes migratòries.

Este paradigma, basat pràcticament en el control del creixement demogràfic, tingué la seua contestació en la Conferència Internacional sobre Població i el Desenvolupament (CIPD) celebrada al Caire en 1994. Tres elements cal destacar-ne:

En primer lloc, la força creixent del moviment feminista i les seues crítiques a l'excessiva atenció atorgada al control de la fecunditat –i per extensió, de la sexualitat–femenina, en detriment d'altres necessitats de la dona.

En segon lloc, la pandèmia del virus de la immunodeficiència humana / síndrome d'immunodeficiència adquirida (VIH/sida) que, desgraciadament, ha plantejat la necessitat de respondre sense embuts a les conseqüències de l'activitat sexual, fent possible i essencial parlar sobre el sexe, sobre les relacions sexuals fora i dins del matrimoni i sobre la sexualitat dels jòvens.

Des del començament, els programes de planificació familiar han funcionat com si la sexualitat mancara d'importància, com si el control de la fecunditat de la dona fóra simplement un desafiament tecnològic, i com si el context social, les relacions humanes i els seus comportaments i les relacions de poder entre hòmens i dones no tingueren importància.

Finalment, la definició de drets reproductius. El Programa d'Acció de la CIPD, declarà que “els drets reproductius inclouen alguns drets humans que ja estan reconeguts en les lleis nacionals, en els documents internacionals sobre drets humans i en altres documents pertinents [...] aprovats per consens”. Es definiren en particular tres tipus de drets: el dret de les parelles i individus a decidir de manera lliure i responsable la quantitat de fills, i la diferència d'anys entre ells, i a obtenir la informació i els mitjans necessaris per a això; el dret a gaudir del nivell més elevat possible de salut sexual i reproductiva, i el dret a adoptar decisions relatives a la reproducció i a la sexualitat sense sofrir discriminació, coaccions ni violència.

El nou paradigma reflectix la vinculació conceptual dels àmbits dels drets humans i de la salut reproductiva. Tenim davant una societat complexa, globalitzada en el factor econòmic, amb multitud de desequilibris estructurals i de reptes nous, que són creadors de problemes, i estos no sols es poden afrontar amb solucions tecnològiques.

Els embarassos no desitjats, la prevenció de les malalties de transmissió sexual, la violència, la salut sexual, l'educació sexual, la presa de decisions reproductives, lliures i responsables, el respecte a les persones amb diferent orientació sexual i pràctiques sexuals, etcètera, són reptes que ens afecten a tots.

La Conselleria de Sanitat, dins de la seua estructura de Salut Pública, ha creat la Unitat de Salut Sexual i Reproductiva, que respon als objectius previstos pel Pla de Salut de la Comunitat Valenciana sobre esta matèria i disposa d'una xarxa de Centres de Planificació Familiar i Sexualitat en totes les àrees de salut.

No perdem l'oportunitat de debatre i desplegar programes que promocionen i milloren la salut sexual i reproductiva dels ciutadans.

La sexualidad humana: una construcción biográfica

LUIS MITJANS

Entre otras variables de tipo cultural, el sexo es la que tiene más peso y perdurabilidad para delimitar a los seres humanos. Fruto de la combinación de diferentes caracteres sexuales biológicos y sociales, y de la manera que cada persona tiene de vivir el resultado de esta combinación en las diversas etapas de su vida, la realidad sexual se constituye en el núcleo biográfico que nos permite entender el desarrollo vital de cada persona: su singularidad. La identidad sexual se define como la conciencia que cada persona va construyendo a lo largo de su vida de ser una mujer o un varón.

Quisiera empezar este artículo con una afirmación, casi una tautología, ¿se es mujer o se es varón o no se es nada!

Parafraseando a Efigenio Amezúa (1999), que cita a J. Huxley (1939) “Prescindir de la realidad sexual, podemos decir hoy, es no tener estructuras, ni vivencias ni conductas humanas, pues el ser humano es sexuado desde el principio al fin, impregnado e invadido por ese valor”.

Todos los días en cualquier ámbito que nos movamos, escenarios profesionales y/o académicos o en el terreno particular, estamos frente a personas con las que interactuamos por las más diversas razones. Serán jóvenes o mayores, de una raza u otra, con una u otra profesión, de tal o cual nacionalidad, creencias, religiones y otros muchos aspectos culturales que enriquecen a los seres humanos.

La variable que nos aporta una primera unificación global de nuestra percepción sobre esa persona, la que la contextualiza y aporta toda una cascada de información significativa sobre ella, es si se trata de una mujer o de un varón. Y esto, claro, desde nuestra mirada que también será, irremediablemente, sexuada como varón o como mujer.

La variable “sexo” se constituye como la variable con más peso y la más perdurable que delimita a los seres humanos.

Es necesario resaltar, y más en estos momentos en los que nos está invadiendo el neologismo “género”, que cuando nos referimos al sexo no nos estamos limitando a entenderlo únicamente desde una acepción con significados biológicos (genes, cromosomas, hormonas, anatomías), ni la acepción que arrastra los significados conductuales cognitivos (acción, reacción emotiva, deseo, temor, pensamiento...).

Ambos están incluidos, pero cuando hablamos de “sexo” estamos haciendo referencia al constructo vivencial que nos hace, en gran medida, ser lo que somos. Este constructo es lo que denominamos como **identidad sexual**, y que para nosotros va a ser inseparable de nuestra humanidad.

Más tarde volveremos con la identidad sexual, pero antes queremos sustentar y dar consistencia al sexo. Para ello haremos un poco de historia del **hecho sexual humano** esbozando una teoría del desarrollo sexual que sitúe de dónde partimos.

La evolución filogenética nos ha llevado a conformarnos como una especie dimórfica. Dos for-

mas que constituyen en sí mismas un constructo bidireccional nuclear para los seres humanos.

Por una parte sitúa a cada individuo ante la sociedad que lo acoge en una de las dos categorías posibles.

Constituye en los primeros días de vida extrauterina de cualquier individuo lo que se denomina el sexo de asignación o civil, y esta es una acción determinante y a la vez excluyente. Desde luego esto recae en un cuerpo que ya lleva recorrido un tramo en ese proceso de construcción que llamamos sexuación.

Por otra, conforma las bases iniciales de un camino biográfico.

La ontogénesis de la diferenciación sexual nos va a ayudar a esbozar esta teoría del desarrollo sexual de la que hablamos. Hay un “sexo cromosómico”, aleatorio por otra parte y que sigue las leyes de probabilidad.

Interrumpo el paseo ontogénico para hacer un apunte. Seguro que también en ese proyecto de vida hay un “sexo fantaseado”, “un sexo deseado” y un “sexo esperado” por parte de ambos progenitores o al menos de la madre.

Siguiendo con los cromosomas. Estos cromosomas sexuales son el primer esbozo estructural que orientan el proceso de diferenciación. El segundo eslabón será la diferenciación gonadal que es orientada por el sexo cromosómico. Constituyéndose un nuevo nivel crítico, el **sexo gonadal**.

En este punto no se puede dejar de hacer referencia a una cuestión que planea en la construcción histórica de nuestra especie. Las culturas estructuradas alrededor de las grandes religiones monoteístas (hinduismo, budismo, judaísmo, cristianismo e islamismo) plantean en sus propuestas centrales, y nos referimos a las propuestas estructurales y vinculantes, que la línea base del desarrollo humano es el **sexo masculino**, para ser exactos se refieren a la vida con mayúsculas. Dios siempre es masculino. Y lo masculino se asocia, históricamente, irremediablemente al varón.

En el Génesis podemos leer: “Y de la costilla que Jehovah Dios tomó del hombre, hizo una mujer y la trajo al hombre” (Génesis 2, 22).

La mujer fue para Aristóteles (384-322 a.C.) un “hombre incompleto” y de sus ideas quedan huellas en los modelos científicos hasta bien entrado el siglo XX.

La teoría freudiana, a la que nadie puede negarle

su enorme influencia en el pensamiento moderno del siglo XX, propone la feminidad como una construcción subsidiaria de la masculinidad. La mujer tiene que renunciar a la masculinidad para alcanzar la feminidad.

El biólogo francés Alfred Jost (1972) mostró que en la organogénesis femenina las gónadas no son indispensables. Un feto castrado en la fase de prediferenciación genital lo hará siempre en sentido femenino independientemente de su sexo genético. Es el denominado paradigma de Jost: el sexo cromosómico lleva al sexo gonadal y éste al sexo genital.

En otras palabras, la feminización es el programa de base. Para que la masculinización tome forma en ese momento aún indiferenciado es necesario algo más, un cromosoma Y, una entidad genética TDF (Factor Determinante del Testículo), una gónada diferenciada como testículo, un nivel de producción de testosterona suficiente, unos receptores androgénicos celulares. La diferenciación sexual es en sí misma un proceso de desdoblamiento.

Esta sexuación toma cuerpo más significativamente en este periodo prenatal y neonatal en los genitales internos, los genitales externos y cerebro. Evidentemente estamos hablando de construcción de singularidades y, por lo tanto, éste no puede ser un proceso simétrico ni uniforme, es un proceso individualizado.

Pero volvamos a la filogenia. Además de ser una especie dimórfica somos una especie en la que los bebés nacen con una profunda inmadurez y nula autonomía, alargándose este periodo por muchos años. Tampoco existen demasiados automatismos estructurales innatos.

Desde luego esta es la base de la plasticidad, pero también crea una situación de gran fragilidad que en nuestra especie determina dos cuestiones claves:

- Por una parte el recién nacido no nace con una identidad personal. En realidad no está constituido como un ser distinto a su madre. Esta identidad personal se va construyendo en los primeros meses de vida y está arraigada en una corporeidad sexuada, como varón o como mujer.
- La viabilidad de esa vida, tanto a nivel biológico como a nivel emocional, hace necesaria la existencia de una potente vinculación afectiva que securice a ese sujeto.

Se desarrollan los sistemas de apego, que van a configurar los modelos internos (Bowlby, 1969) que son determinantes en el cómo se sienten y desenvuelven las personas en su contexto relacional.

Este sistema de apego también es sexuado, sólo se puede construir en relación con el otro y esta relación siempre va a ser sexuada a partir de individuos irremediabilmente sexuados.

La identidad personal no está más que esbozada pero desde luego nuclearmente está definida en clave sexual: “yo soy yo porque tengo un cuerpo de varón y me tratan como tal”. La mirada del “otro” delimita y define nuestra “historia personal”.

El proceso de sexuación, construcción de los sexos, no ha hecho más que empezar, si hasta aquí el programa se desarrolla modulado y orientado por el contexto sociocultural a partir de aquí, el resto del programa, toda la vida de una persona, aún más.

Este contexto que lógicamente está determinado por el momento histórico, irá tomando cuerpo en este proceso de sexuación a través de todo el sistema de socialización (valores, atribuciones, etc.) que configuran las realidades mujer y varón.

En definitiva, el sexo de los seres humanos se construye a través de un desarrollo y evolución filogenética y ontogenética pero se individualiza biográficamente.

En él se combinan la historia social (que es la historia de la especie) y la historia individual.

Las categorías de reparto en este proceso de Sexuación en los dos modos posibles constituye lo que denominamos caracteres sexuales.

Llamados caracteres por ser característicos y sexuales por caracterizar con ellos a cada uno de los sexos (Amezúa, 1999).

Los Caracteres Sexuales Primarios: biológicos, los propios de cada sexo en exclusividad.

Los Caracteres Sexuales Secundarios: combinables con los primarios y no son de absoluta exclusividad de ninguno de los sexos.

Los Caracteres Sexuales Terciarios: roles sexuales, a lo que alude la terminología del género. Estamos refiriéndonos a gestos y rasgos atribuidos a uno u otro sexo de manera exclusiva o relativa según el contexto, pero desde luego intercambiables y flexibles.

Nuestra realidad sexual se constituye como el núcleo biográfico que nos permite entender el desarrollo vital de cada persona, su periodo prenatal, su infancia, su adolescencia, su juventud, su madurez y vejez. Y sobre todo su singularidad.

La sexualidad será, entonces, “la manera de vivir el resultado de esta sexuación” (Gómez Zapiain, 2000) en cada momento vital. Amezúa (1979, 1999, 2000) lo expresa fantásticamente cuando se refiere a que hay tantos “sexos” como personas existen.

En definitiva, la sexualidad será la manera de sentirse como varón o como mujer, con un modo más o menos masculino o más o menos femenino y con una orientación del deseo erótico heterosexual u homosexual.

En este punto retomamos el concepto de identidad sexual que dejamos en el aire al principio del artículo, y que por otra parte va a ser el núcleo de interés principal de la sexología moderna.

La identidad sexual se constituye como la conciencia que cada persona va construyendo a lo largo de su vida, a modo de capas de cebolla, de ser una mujer o un varón. Una conciencia llena de concordancias y discordancias, llena de suficiencias e insuficiencias, que va a sobrepasar a

todo el resto de identidades porque constituye el núcleo estructural de la identidad personal. Para muchos autores esta identidad sexual es equiparable a la identidad de especie en cuanto a la capacidad (fuerza) que posee para organizar las biografías individuales.

La disyuntiva entre lo social y lo biológico se resuelve y sintetiza en lo biográfico. En definitiva la historia personal de cada individuo es una historia escrita en clave sexual.

.....
Luis Mitjans Lafont.

Unidad de Salud Sexual y Reproductiva, Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General para la Salud Pública. Conselleria de Sanidad. Sexólogo médico. Sexoanalista, Máster en Salud Pública. Secretario General de la Asociación Estatal de Profesionales de la Sexología

Bibliografía

- ABRAHAM, K., *Contribuciones a la teoría de la Libido*, Horme, 1985.
- AMEZUA, E., *Amor, Sexo y Ternura*, Adra, Madrid, 1976.
- AMEZUA, E., “Educación de los Sexos”, *Revista Española de Sexología*, Publicación del Instituto de Sexología, In.Ci.Sex. nº 107-108, Madrid, 2001.
- AMEZUA, E., *El desafío sexual*, Bruguera, Madrid, 1978.
- AMEZUA, E., “Teoría de los Sexos”, *Revista Española de Sexología*, Publicación del Instituto de Sexología, In.Ci.Sex. Nº 107-108, Madrid, 2001.
- BANCROFT, J., Sexual desire and the brain. *Sexual and Marital Therapy*, 3 (1), 11-27, Oxford, 1988.
- BANCROFT, J. - REINISCH, J.M., *Adolescence and puberty*, Oxford: Oxford University Press, Oxford, 1991.
- BOWLBY, J., *Una base segura*, Paidós, Buenos Aires, 1989.
- BRECHER, E., *Investigadores del sexo*, Grijalbo.
- CAPELLÀ, A., *Sexualidades Humanas, amor y locura*, “Conferencias de Psicoanálisis”, Editorial Herder, Barcelona, 1997.
- CREPAULT, C., *Protogénesis et développement sexuel: essai sur l'ontogénèse sexuelle et ses vicissitudes*, Presses de l'Université du Québec, Sillery, 1986.
- DIO-BLEISCHRAN E., *Sexualidad femenina*, Paidós, Buenos Aires, 1998.
- DOLTO, F., *Sexualidad femenina, libido, erotismo, frigidez*, Paidós, Buenos Aires, 1990.
- FERNANDEZ, J. (Coord.), *Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y el género*, Pirámide, 1988.
- FERNANDEZ, J. (Coord.), *Varones y Mujeres, Desarrollo de la doble realidad del sexo y el género*, Pirámide, 1996.
- FOUCAULT, M.(1976). *Historia de la Sexualidad*, Siglo XXI, Madrid, 1987.
- GIL CALVO, E., *El nuevo sexo débil*, “Temas de Hoy”, Madrid, 1997.
- GIL CALVO, E., *La mujer cuarteada, Útero, Deseo y Safo*, Anagrama, Barcelona, 1991.
- GÓMEZ ZAPIAIN, J. “El deseo sexual y sus trastornos: Aproximación conceptual y etiológica”. *Anuario de Sexología*, 1, Madrid, 1993.
- JOST, A., “Problems of fetal endocrinology: the gonadal and hypophyseal hormones”, *Rec Progr Horn Res*, 1953, 8: 379-382.
- LAQUEUR, T., *La construcción del sexo*, Ediciones Cátedra, Madrid, 1994.
- LEVAY, S. (1993). *El Cerebro Sexual*, Alianza Editorial, Madrid, 1995.
- MARTÍNEZ SOLA, F. “¿Qué es ser mujer?, algunos conflictos de la identidad femenina”, *Revista Española de Sexología*, INCISEX, Nº 90, 1998.
- MASTER, W. - JOHNSON, V. - KOLODNY, R.C., *La sexualidad humana*, Grijalbo, 1985.
- MONEY, J. - EHRHARDT, A., *Desarrollo de la sexualidad humana*, Morata, 1982.
- MONEY, J., - TUCKER, P., *Asignaturas Sexuales*, ATE, 1975.
- SULLEROT, E., *El hecho femenino*, Argos Vergara, 1979.
- TORDJMAN, G., *El placer femenino*, Plaza y Janés, 1994.
- TORDJMAN, G., *La violencia, el sexo y el amor*, Gedisa, 1981.
- TORDJMAN, G. - GELCMAN, C., *El placer masculino*, Plaza y Janés, 1994.

Placer y sexualidad

PEPA GONZÁLEZ

A lo largo de los siglos se ha ido construyendo un modelo genital-coital-orgásmico de placer erótico considerado “normal” que margina a otras formas de placer. Actualmente, a pesar de la información existente, muchas personas desconocen que llevan internalizadas las actitudes normativas por herencia cultural, siendo además la misma sociedad la que refuerza la tendencia a seguir este modelo.

A menudo hoy en día se confunden placer y sexualidad, y con frecuencia se habla de sexualidad refiriéndose exclusivamente a la relación sexual o al placer genital. Sin embargo, para el doctor **Marañón**, ya en 1930, los conceptos de **sexualidad-placer-reproducción** se encontraban bien diferenciados en su nueva teoría sobre la sexualidad *La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales*. El mismo ilustra el proceso a través del cual un hombre se hace hombre y una mujer se hace mujer, y no en términos biológicos sino **biográficos**, entendiendo por tal lo que otros llaman biopsicosocial. Se trata de saber cómo se sexúan los sujetos. Hoy, replanteándolo como **proceso**, hablamos de **sexualización** para explicar cómo se sexualizan, hablamos de **sexualidad** para dar cuenta de cómo se viven y hablamos de **erótica** para indicar cómo se expresan.

Entender que el placer es una noción distinta de la reproducción ha costado siglos, y al fin parece haber entrado en las referencias generales. Queda aún por comprender que la sexualidad es un concepto distinto del placer.

Cuando hoy llegan a nuestras consultas las denominadas disfunciones o problemas sexuales, la

mayoría de las veces se trata de problemas del placer, de la erótica en definitiva. Y no son pocos, pues representan más de la mitad de la demanda sexológica. Es por este motivo que nos vamos a detener a reflexionar sobre la erótica o la forma de expresar los deseos sexuales, los gestos o comportamientos encaminados a conseguir placer, goce, satisfacción, postergando el estudio de la sexualidad para otro artículo.

Centrándonos en la erótica y en su perspectiva a través del tiempo podemos afirmar que desde hace siglos existe una pauta o modelo de placer erótico que tiende a seguirse como forma “normal” de placer. **Nos estamos refiriendo al modelo de placer genital-coital-orgásmico**. De hecho, cuando vulgarmente se utiliza el término relaciones sexuales o hacer el amor, el mismo se refiere a este modelo, quedando el resto excluido. Todas las otras formas de placer son consideradas subsidiarias o mal menor cuando no se pueden tener “completas o no se puede llegar al final, al culmen”. Expresiones como ésta ponen de manifiesto el modelo mencionado y la actitud despreciativa o infravalorada ante un enriquecimiento y cultivo erótico diferente al modelo impuesto.

Nos sumaremos a la pregunta que se plantea hoy de casi todo, **¿este modelo de placer es natural o es cultural?** Teniendo en cuenta que lo natural ya no se sabe muy bien qué es, lo que sí sabemos es que lo es para la reproducción y no para el placer, puede que algunos aún lo confundan. El aspecto cultural parece tener más respuestas, pues es la cultura la que orienta nuestros gustos sobre qué y cómo debemos desear. Un simple ejemplo gastronómico: lo que para unos es delicioso (hormigas dulces) para otros es asqueroso. Cuestión que deviene marcada por la cultura ancestral.

Vamos a tomar en cuenta hechos y personajes históricos influyentes en el aspecto sociocultural que han ido orientando nuestras formas de placer. Un ejemplo claro: la época victoriana en la Europa del siglo XIX, caracterizada por el pensamiento cartesiano “la razón contra el instinto”. Razón sintoniza con “ahorro-control-utilidad” y productividad; en contra, instinto sintoniza con “gusto-lujuria-derroche-placer-inutilidad”. El orden burgués reprimía con intensidad lo instintivo, pues consideraba que era incompatible con la dedicación intensiva al trabajo, afectaba a la productividad. El orden moral victoriano confiscó, en consecuencia, el placer a la alcoba conyugal y a la seriedad de la función reproductora. Ésta era **la norma**. Fuera de este tipo de placer único, coital, masculino y reproductivo, estaba lo anormal, perverso y patológico, confirmado por la neuropsiquiatría de la época encabezada por **Krafft-Eblin** (1890) mediante su obra *Psicopatología sexual*. Sólo su contemporáneo en Francia, **Alfonso Donatiano**, más conocido por su título de nobleza como el **Marqués de Sade**, se planteaba y escribía en *Justine* y

Filosofía en el tocador, sobre la búsqueda, a través de todas las combinaciones imaginables, de sensaciones eróticas separadas del fin procreador (coito). Los guardianes del orden establecido se encargaron de calificarlo de loco y de apresar su obra.

El ginecólogo holandés **H. Van de Velde** (1873-1937) enseñó con sus publicaciones a copular a toda una generación. En su libro *Matrimonio ideal*, ponía de manifiesto que en el matrimonio con amor era lícito todo tipo de placer siempre que no fuera un fin en sí mismo, todos esos placeres sólo eran válidos como preliminares para alcanzar la única meta correcta: **la cópula**.

Sigmund Freud –que tanto aportó al pensamiento del pasado siglo–, en 1905, en sus tres ensayos sobre una teoría sexual, tenía la intención de mostrar un territorio más amplio en las distintas variedades posibles de fines sexuales. Formuló con su teoría una predisposición erótica polimorfa y zonas erógenas (mucosa anal y labial) comparables a la genital y tan normales como ésta en la organización sexual. Entendiendo como “perverso” cuando alguna de estas zonas alcanzaba la supremacía, convirtiendo en la única (exclusiva) forma de satisfacción y, por tanto, quedaban excluidas todas las demás formas de placer.

Durante las décadas de los 60, 70 y 80 del siglo XX, se sucedieron grandes cambios sociales y morales, así como el inicio también de la modernidad erótica (con muchos autores e investigadores), un alegato a la permisividad sexual, una aproximación al ludismo predicado por Sade, las perversiones victorianas como diversiones eróticas, la voluptuosidad contra la descarga genital. El lema del momento “Haced el amor y no la guerra” nos da idea del placer como un valor. A la vez surge en los libros de educación sexual el término **petting** para “nombrar” a todos los placeres no coitales.

Todos estos discursos sobre el placer llegan hasta nuestros días –información no nos falta–, y podemos afirmar que son muchos los hombres y mujeres del siglo XXI que poseen el conocimiento de las posibilidades y la permisividad erótica, pero que son también muchos los que desconocen que llevan las actitudes normativas internalizadas por herencia cultural y que se les manifiestan, a su pesar, como vergüenza, asco, culpabilidad, miedo y rechazo a las fantasías sexuales, y esto, en consecuencia, les impide el desarrollo y disfrute de su erótica.

Esta tendencia a seguir el modelo cultural “coital-orgásmico” sin reflexión, sin comprensión de los propios gustos, deseos y capacidades, está en concordancia con la sociedad actual, caracterizada, entre otras, por el control obsesivo del tiempo, la competitividad en todas las esferas de la vida, la importancia numérica-estadística para concebir lo sano, lo correcto o adecuado en la vida; un tipo

La existencia lesbiana

AMPARO BONILLA

de vida pobre en empatía corporal, donde el cuerpo es exigido como si estuviera fuera de la mente, tomado como un ideal descarnado de eficacia y rendimientos mesurables (orgasmos y penetraciones) y subyugado al modelo estético, no tomando en cuenta la fatiga, el sueño, las emociones...

Estas características casan muy bien con el modelo erótico imperante, y su unión puede no crear problemas a determinadas personas con un suficiente desarrollo personal o en las relaciones homoeróticas en donde el “modelo” no es aplicable, se *libran por tanto de este lastre y pueden crear sus propios placeres* sin comparaciones. Pero cuando se juntan las características señaladas con personalidades hiper adheridas a la realidad externa, con exceso de estimulación, autoestima lábil, una fuerte autoexigencia, el resultado es un gran malestar erótico una angustiosa sensación de anormalidad y dificultad, y una consecuente evitación de los posibles contactos eróticos.

Este modelo, en definitiva, tiraniza tanto a hombres como a mujeres que intentan seguirlo: a los hombres por ser un modelo falocéntrico que somete y se apropia de “lo masculino” identificándolo, equiparándolo, a potente-activo-erecto y penetrativo (difícil de sostener); a las mujeres porque al ser un modelo masculino, les impide descubrir sus propias o femeninas formas de disfrute, sus zonas eróticas. Son muy altos los costes personales de este patrón erótico que renuncia a la voluptuosidad y la periferia corporal erótica. Así, nos encontramos en la consulta y fuera de ella con mujeres que saben disfrutar, que experimentan placer, pero que se sienten angustiadas porque no lo consiguen de la forma correcta o normal (orgasmo vaginal según el modelo). Hombres acomplejados porque no se sienten bastante eréctiles en el coito o no saben lo que según el modelo hay que durar. Éstos se obsesionan, dejan de gozar, no saben o no quieren disfrutar de otra manera, y frustrados por no poder cumplir el modelo se deprimen. Parejas que después de un tiempo se aburren y no se atreven a explorar o han perdido el juego erótico y la seducción a base de prisas y de otras prioridades en sus vidas a las que dedicar el tiempo. Podríamos seguir añadiendo muchas más problemáticas eróticas actuales, pero el espacio es limitado.

No es de extrañar que parte de este malestar estuviese estrechamente relacionado con el vacío y la poca importancia que se le da hoy a la educación sexual, la cual ha sido relegada y sustituida por la de prevención de embarazos, la promoción de conductas saludables o prevención de otros riesgos y confundida con salud reproductiva e higiene genital que nada tiene que ver con la sexualidad y menos con el placer, pero más acorde quizá con las exigencias de los tiempos que corren.

.....
Pepa González Sala.

Sexóloga médica del Área 10 de Salud.
Conselleria de Sanidad.

En nuestra sociedad sigue existiendo, desgraciadamente, un estigma asociado al término lesbiana. Esta estigmatización se mantiene mediante un proceso en el que se mezclan el ocultamiento, la indiferencia, el silencio y el rechazo. El reconocimiento de la diferencia comporta una posición activa ante la misma, que transforma nuestras propias actitudes, percepciones y vivencias en el acto mismo de dar visibilidad y dignidad a lo que, siendo diferente, constituye también la expresión de una existencia humana.

*A los poetas que alabaron su desnudez les diré:
mucho mejor que ella quitándose el vestido es ella desfilando por las calles de Nueva York —Park Avenue—
con un cartel que dice:
«Je suis lesbienne. I am beautiful».*

Cristina Peri Rossi, *Diáspora*

Hace unas semanas, Juan José Millás escribía en su columna de *El País* (11-10-02) con respecto al poder de las palabras y el modo en que la existencia humana se halla tocada

por la magia de las palabras. Convencido de ello, el autor valenciano afirmaba: “Nosotros estamos hechos, sobre todo, de palabras. Cuando nacemos, alguien toma ese trozo de carne fresca y comienza a amasarlo con palabras”. Y con esa inocencia –nada inocente, por cierto– con que mira el mundo y describe lo que observa, presentaba Millás la cara más trágica del poder de las palabras: “El corazón mata, pero las palabras también. Si a usted, por ejemplo, le asignan la palabra mujer, corre el peligro de perecer a manos de un marido (llevamos 38 mujeres muertas en lo que va de año). Y si le asignan el término inmigrante, tiene bastantes posibilidades de ahogarse al cruzar el Estrecho en una balsa”. El hecho de que las palabras se asocien a ciertas posibilidades de existencia (o de riesgo para la existencia, en este caso) no se da, por supuesto, de una manera automática; ello se basa en toda una serie de condiciones y/o contextos, los cuales permiten comprender esas formas posibles de existencia (deberíamos abrir aquí un paréntesis para reflexionar más profundamente sobre las condiciones asociadas a la existencia “mujer” o “inmigrante”. Condiciones referidas al cómo, dónde, cuándo se hacen posible esas formas de existencia, en su especificidad, implicando qué protagonistas, qué temores, esperanzas y restricciones, qué categorías de percepción y valoración de la realidad).

Dos formas posibles de existencia genérica se contraponen en el poema de Cristina Peri Rossi citado al principio de este texto, dos formas que la autora valora diferencialmente: la mujer que es declarada por otros como “objeto de deseo” y la mujer que se autoproclama “sujeto del deseo” en el acto mismo de afirmar para su deseo cierta orientación. ¿Qué implicaciones tiene esa auto-declaración de identidad, basada en la orientación del deseo –“yo soy lesbiana”–, como una forma de existencia? En otros términos, ¿cuáles son las condiciones de una existencia que se identifica con la palabra “lesbiana”?

El valor y la dignidad de la propia existencia afirmados en la enunciación “soy hermosa” contrastan frente al insulto y la injuria real o potencial –¡lesbianas!– que persigue a toda pareja de mujeres que ande en público cogiéndose de las manos, los hombros o la cintura. Desgraciadamente, esta categorización estigmatizante es la que sigue predominando en nuestra sociedad, al igual que sus efectos sobre la propia existencia individual, ya que el estigma funciona como una forma de control social (véase Viñuales, 2002). La existencia “lesbiana” es algo que pone en cuestión, sea en sentido real o figurado, su dignidad como personas, y ello es, sin duda, una de las condiciones que contribuyen, paradójicamente, a su in/existencia, es decir, a lo que en términos populares llamaríamos una exis-

tencia oculta “en el armario”.

¿Qué es “el armario”? ¿Cómo se construye? Para empezar, resulta todo un ejercicio de gimnasia mental plantear a las personas heterosexuales cuestiones como las siguientes:

¿Qué piensa usted que causó su heterosexualidad? ¿Cuándo y cómo decidió usted por primera vez que era heterosexual? ¿Es posible que su heterosexualidad sea simplemente una fase que puede llegar a superar? ¿Es posible que su heterosexualidad provenga de un miedo patológico hacia las personas de su mismo sexo? Si nunca se ha acostado con una persona del mismo sexo, ¿es posible que todo lo que usted necesita sea un/a buen/a amante? ¿A quién le ha confesado usted sus tendencias heterosexuales? (resulta muy interesante en esa línea el trabajo de Wilkinson y Kitinger (1994) y el artículo de Carlota Echalecu en la revista Gesto (2001)).

El mero hecho de plantear estas preguntas (que toda lesbiana se ha hecho alguna vez en su vida) supone una impostura, un desafío al privilegio del que gozan las identidades hegemónicas, cuya legitimidad como la expresión “normal” de la sexualidad se basa, en gran medida, en su naturalización. Que este privilegio ha hecho de la heterosexualidad una forma de relación social normativa, institucionalizada, que funciona opresivamente en el proceso de construcción de las identidades, es algo que se muestra en la forma como han sido entendidas “otras” sexualidades. Tal como plantean Wilkinson y Kitinger, las sexualidades normativas no dejan de ser una construcción, que funcionan a su vez como el contexto en que son construidas las sexualidades ‘desviadas’ o ‘alternativas’. De esta forma, las sexualidades que, desde el punto de vista de la normalidad estadística, podríamos denominar “minoritarias”, “periféricas” o “marginales”, han caído históricamente bajo la etiqueta de “perversiones” de una normalidad moral. La religión, la ley y la ciencia han funcionado, sucesivamente, como discursos legitimadores del control social que se ejerce sobre la diversidad sexual humana (pensemos, por ejemplo, en su condición de pecados, delitos o enfermedades). La creación de la norma –la relación sexual heteronormativa– y la patologización de todo desvío –o, alternativamente, su silenciamiento– son fenómenos correlativos que Peri Rossi también ha trasladado al lenguaje poético:

*Esta noche, entre todos los normales,
te invito a cruzar el puente.
Nos mirarán con curiosidad –estas dos muchachas–
y quizás, si somos lo suficientemente sabias,
discretas y sutiles
perdonen nuestra subversión
sin necesidad de llamar al médico
al comisario político o al cura.*

Cristina Peri Rossi, Lingüística general

Afortunadamente, vivimos en un Estado laico, cuyos fundamentos jurídicos se basan –al menos sobre la letra– en el derecho a la igualdad en la diferencia (nunca está de más recordar que, hoy en día, son aún muchos los países donde “lesbiana” y “homosexual” son términos asociados al riesgo de encarcelamiento y de muerte). Por su parte, el *Manual Diagnóstico y Estadístico*

de los Trastornos Mentales (DSM) que edita la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) ha ido eliminando, en sucesivas revisiones, toda consideración patológica de la homosexualidad: en 1973 desapareció la homosexualidad como una categoría diagnóstica y, más tarde, se anuló la “homosexualidad egodistónica” –referida al padecimiento que puede generar para una persona la vivencia de su condición homosexual y el deseo subsiguiente de cambiarla–. En la actual edición (DSM-IV) no figura absolutamente ninguna alusión a dicha condición. No obstante, todavía amplios sectores de la sociedad, incluidos profesionales de la salud mental, siguen considerando patológica esta variante normal de la sexualidad humana, ignorando que la misma APA, no sólo se ha pronunciado oficialmente a través de varias resoluciones que condenan la discriminación y la intolerancia hacia las personas homosexuales, sino que ha hecho un llamamiento a los profesionales de la salud mental para que desmientan activamente ante la sociedad el estigma que se asocia a la orientación sexual. Olga Viñuales (2002), en su libro *Lesbofobia*, nos advierte que ignorar estos hechos supone una forma de invisibilización que contribuye a mantener el estigma.

La invisibilización constituye una forma de opresión, basada en negar una existencia legítima y pública de las personas definidas por una categoría. Los mecanismos que conducen a la invisibilización de las lesbianas, a su in/existencia como tales, son variados. La construcción del armario es un proceso donde se mezclan el ocultamiento, la indiferencia, el silencio y el rechazo de las personas sobre la base de una orientación no normativa del deseo. La injuria, la ridiculización de la existencia lesbiana a través de un estereotipo devaluado, por ejemplo el de la ‘camionera’, que sigue teniendo muy mala reputación en nuestra sociedad, no deja de ser una forma de invisibilización de las diversas realidades en que viven, y se viven, las mujeres que desean y aman a mujeres. Como recuerda Viñuales, el distanciamiento social, el hecho de ignorar al otro, sus proyectos, intereses y relaciones, no reconocerle ningún valor, es otro factor que contribuye a la deshumanización del otro y entorpece la espontaneidad de sus interacciones sociales.

También las propias lesbianas contribuyen al proceso de invisibilización de su existencia, a través de la aceptación e interiorización del prejuicio y la marginación, somatizados en forma de culpabilidad y de vergüenza. Este mecanismo condena a muchas mujeres a realizar enormes esfuerzos por “desaparecer” a los ojos de la gente como lesbianas, sometiendo su vida a una continua vigilancia para tratar de borrar toda huella de su vivencia como tales, cuando no conduce a su progresivo aislamiento y a la privación de satisfacciones. El entrenamiento en la discreción y el disimulo constituye una forma de defensa o protección frente al dolor psíquico y/o físico que genera la conciencia de diferencia en las mujeres que se asumen como lesbianas, pero esta defensa no deja de producir sufrimiento y malestar. Echalecu (2001) invita a pensar, por ejemplo, en el coste que puede tener para las relaciones que estas mujeres establecen: “¿Cómo sobrevive una pareja que no puede pasear de la mano, ni besarse, ni contemplar un atardecer envuelta en un abrazo, ni darse el

beso de saludo en los labios cuando queda en un lugar público? ¿Quién tiene derecho a robarle la espontaneidad a una relación, sea ésta cual sea?”.

Esta forma de violencia, que se ejerce cotidianamente con toda naturalidad y se acepta como algo que resulta evidente e incuestionable, invisible hasta para sus propias víctimas, constituye una expresión de lo que el sociólogo Pierre Bourdieu (2000) ha denominado la violencia simbólica. Lo simbólico de este tipo de violencia procede de que se sustenta en un conjunto de presuposiciones y valoraciones sobre la realidad que vivimos y experimentamos, según ciertas categorías que ordenan el mundo social de una determinada forma. La violencia no sólo procede del hecho de que esa ordenación obedece a intereses particulares –que se hacen efectivos en la aplicación de esos esquemas clasificatorios a la organización de las prácticas y las relaciones, al ordenamiento de las prioridades, etcétera–, sino de la imposibilidad de ver y pensar el mundo al margen de esos esquemas de conocimiento y reconocimiento, incluso por parte de las personas que peor retratadas salen en esa representación que pone en peligro su reputación en el vecindario, en la familia y en el trabajo.

Cuando nos enfrentamos al análisis de categorías sociales, categorías que definen grupos diferenciados y marcados de una valoración negativa, adoptar una perspectiva histórica constituye siempre un antídoto contra su naturalización esencialista. Por ello, resulta muy saludable preguntarse por qué y cómo se ha convertido la relación sexual en una relación de poder, instituyendo una de sus variantes en normativa, en heterosexismo. Es decir, para qué y de qué forma han sido construidos el sexo y la sexualidad con un papel asignado tan relevante en la construcción de la realidad social y subjetiva de las personas. En esa línea, un buen número de trabajos se ha dedicado a indagar en los procesos de construcción histórica de la condición homosexual de la existencia, que condujeron a adoptar la vida erótica (la conducta sexual y la orientación del deseo) como criterio de definición de las personas y sus identidades, trascendiendo lo que son “prácticas sexuales” propiamente dichas (véase, por ejemplo, Weeks (1998)). La creación de una “identidad homosexual” permite unificar, resumir y dar sentido a la experiencia de la persona en el mundo y en relación con otras personas, de una forma que integra la dimensión subjetiva y social de la existencia, tomando como base el deseo. No obstante, como antes sugerí, las condiciones homosexual y heterosexual así visibilizadas no son dos alternativas simétricas: lo que podría llamarse la identidad heterosexual es algo que parece ocurrir por defecto. Las mujeres heterosexuales no tienen conciencia de diferencia, al menos, no necesitan querer ser heterosexuales, en el sentido en que una lesbiana sí necesita demostrarse que lo es, llegando a poner a prueba su deseo en prácticas heterosexuales.

En la medida en que la lesbiana se identifica como mujer que ama y desea a mujeres, un análisis de esta categoría implica explorar la conceptualización del cuerpo y del género. Laqueur (1994), por ejemplo, muestra en su trabajo sobre la construcción social del sexo que la idea

de que existen dos sexos sólo tiene sentido en relación a la estructura de género de la sociedad, por lo que hasta nuestra comprensión del cuerpo está impregnada por aquélla. Al mismo tiempo que el sexo, o la diferenciación sexual, se convierte en el referente de posiciones de género preestablecidas, donde el principio masculino-activo predomina sobre el femenino-pasivo, la sexualidad va a contribuir a naturalizar las diferencias entre los sexos (sean anatómicas, fisiológicas, psíquicas, sociales o comportamentales) y a justificar la división jerárquica de papeles y de esferas sociales que se les asignan. La explicación naturalista que se hace de la diferenciación sexual parte de un reduccionismo de la sexualidad al papel asignado a ambos sexos en la procreación, de modo que la construcción de diferencias esenciales entre los sexos y la construcción del dispositivo de la heterosexualidad reproductiva son fenómenos correlativos, ambos forman parte de la construcción genérica de la realidad social.

Entre sexo y género se ha supuesto tal correspondencia, que toda transgresión al modelo se considera una patología, no una opción que pueda cuestionar ese complejo simbólico (por ejemplo, el significado de la categoría mujer o de la feminidad). Así, se considera que un varón femenino es homosexual o que una lesbiana no es una mujer. La identidad femenina, 'ser mujer', significa ser sensible, pasiva, no apasionada, sumisa... Para la visión tradicional de la sexualidad femenina, movida sólo por el instinto reproductivo o sometida a la seducción y los requerimientos del varón, el lesbianismo representa un grado de autonomía inexplicable, en la medida en que sitúa el deseo de la mujer al margen del deseo del varón y, potencialmente, más allá del principio que divide lo masculino y lo femenino.

Lo cierto es que las mujeres lesbianas, a las condiciones de su sexo, unen las de su sexualidad, y ambas forman parte del mismo engranaje de dominación, que condena su existencia "como mujeres" y "como lesbianas" a un doble confinamiento. La discriminación sexual y la desigualdad genérica que aún sufre el colectivo de mujeres, recluido al ámbito de lo doméstico y a un segundo plano en lo público, se aplica también a las lesbianas y, en el caso de parejas y familias, se multiplica por dos. Pensemos, por ejemplo, en el poder adquisitivo, el acceso a la cultura, la precariedad laboral, la asunción de cargas familiares, factores todos ellos que también contribuyen a la invisibilización de las lesbianas en tanto que mujeres.

La operación que el pensamiento feminista ha tratado de elaborar en el plano teórico, separando el sexo del género para entender cómo se construyen con tal coherencia estos términos que llegan a parecernos muy naturales, pese a su origen social, es recreado en forma de vivencia por José Luis Sampedro en su novela *El amante lesbiano*. Sampedro nos propone otro ejercicio de gimnasia mental que nos permite mantener y pensar separadamente conceptos que, por regla general, entrelazamos estereotipadamente en cadenas de sentido: el sexo (mujer-varón), el género (al que denomina "sexo psíquico": feminidad-masculinidad), la orientación sexual (homo-hetero) y las prácticas sexuales (dominancia-sumisión, coito vaginal, etcétera). En la novela, los genitales de la persona no definen su iden-

idad sexual psíquica, tampoco son lo que más cuenta a la hora de definir su orientación sexual ni las relaciones sexuales practicadas. *El amante lesbiano* nos enseña que, fuera de la mutua correspondencia que establecemos entre estos términos (género-sexo-orientación-prácticas), ninguno de ellos tiene un referente incontestable en la realidad, ninguno tiene capacidad para sustentar más que una existencia precaria, la de unos sujetos que continuamente redefinen sus posiciones sobre esa red de identificaciones posibles.

El reconocimiento de "otras" sexualidades tiene un efecto pedagógico: no sólo facilita la contestación de la heterosexualidad obligatoria o normativa, también cuestiona la definición tradicional de los roles de género -sexuales, laborales, familiares, sociales-. Contemplar la elección del objeto de deseo no como un referente puntual e inamovible de nuestra vida, y tampoco por necesidad el principal, sino más bien un componente más de una biografía dinámica contribuye a visibilizar unas trayectorias personales más flexibles. Es una evidencia que en ambos colectivos sexuales, "lesbianas" y "heteros", la diversidad de las prácticas y formas de relación es la norma, y resulta difícil mantener esa categorización cuando se tienen en cuenta las biografías sexuales de muchas mujeres. Como Weeks señala, con mucho acierto, si aceptamos que la diversidad es la norma de nuestra cultura y que es el medio apropiado para pensar la sexualidad, la sociedad debería dotarse de una ética, unos valores y unas regulaciones que permitieran tratar con esa diversidad, dando visibilidad y legitimidad a posibilidades de existencia desarrolladas en condiciones de libertad y respeto humanos.

Pensemos que, pese a la publicidad que hoy en día tiene la tolerancia, ésta no es, en la mayoría de los casos, más que una forma de indiferencia disimulada de corrección política. La tolerancia nunca pasa de ser una presunción intangible hasta que se materializa en un reconocimiento efectivo de la existencia de lo "otro", lo diferente. El reconocimiento comporta una posición activa ante la diferencia que transforma nuestras propias actitudes, percepciones y vivencias, en el acto mismo de dar visibilidad y dignidad a lo que, siendo diferente, constituye también la expresión de una existencia humana. Éste es, en mi opinión, el sentido principal del denominado "orgullo gay", el de una afirmación de la propia dignidad, que parece ser mal comprendida cuando se busca su contrapartida en un supuesto, pero inexistente e innecesario, "orgullo heterosexual".

El patriarcado hetero-sexista no sólo favorece el silenciamiento y la invisibilidad, también promueve una especie de tendencia a la auto-revelación de la propia orientación sexual, la necesidad de compartir con otros ese aspecto de la identidad personal, que se ha llamado el *coming-out* o "salida del armario". La oscilación entre la visibilidad y la anulación de la diferencia parece ser un fenómeno que caracteriza a los grupos estigmatizados y condenados a la marginación social (Bourdieu, 2000). A través de esta doble estrategia, se busca construir una identidad positiva, que favorezca el incremento de la autoestima y de la salud mental de las personas. También en este aspecto es necesario

reconocer la especial invisibilidad de la existencia lesbiana, pues pese a la aparición puntual en alguna serie o película, la presencia de mujeres lesbianas en la vida real es mucho menor que la de sus iguales varones, como lo muestra el hecho de que apenas se conocen lesbianas significativas que hayan afrontado la auto-revelación como un acto con expresa utilidad política y social.

Al igual que la heterosexualidad, el lesbianismo es una opción individual de la experiencia sexual y del deseo que tiene implicaciones políticas. En un mundo hetero-patriarcal, asumir una existencia lesbiana se convierte en un acto de reivindicación o de afirmación de una sexualidad "disidente" o "transgresora" por definición, que ofrece resistencia ante los mecanismos de control de la diversidad sexual y de la diferenciación genérica. Pensemos si no en el trastocamiento de valores que sugiere Peri Rossi en otro de sus poemas:

*Te amo como mi semejante
mi igual mi parecida
de esclava a esclava
parejas en subversión
al orden domesticado.*

Cristina Peri Rossi, *Lingüística general*

Desde una posición de sujeto político, las mujeres lesbianas reclaman, en primer lugar, el "derecho a estar" o a "no desaparecer", lo que en un mundo sexista y masculino pasa por el derecho a establecer los propios compromisos y lealtades, las propias prioridades, las que dan sentido a su existencia 'como lesbianas'. Como dice Millás, nuestra existencia se fundamenta en palabras; a través de las palabras con que nos identificamos devenimos sujetos o no-sujetos. En ese sentido, Beatriz Suárez Briones (1997) nos recuerda que "Nuestra supervivencia individual y como grupo depende de que aprendamos esa forma de deslealtad hacia el patriarcado que es ver con nuevos ojos, encontrar un nuevo lenguaje en el que inscribir nuestra propia experiencia; de no ser así, seguiremos siendo silenciadas y borradas porque (...)una lesbiana que no reinventa el mundo es una lesbiana en proceso de desaparición".

.....
Amparo Bonilla Campos.
Profesora Titular de la Facultad de Psicología.
Universitat de València

Bibliografía

- BORDIEU, P., *La dominación masculina*, Anagrama, Barcelona, 2000.
- ECHALECU, C., "¿Lesbianas? ¿Qué lesbianas?" *Gesto. La otra revista*, 1 (2001).
- LAQUEUR, T., *La construcción social del sexo*, "Feminismos", Cátedra, Madrid, 1994.
- PERI ROSSI, C., *Poemas de amor y desamor*, Plaza y Janés, Barcelona, 1998.
- PERI ROSSI, C., *Diáspora*, Lumen, Barcelona, 2001.
- SAMPEDRO, J.L., *El amante lesbiano*, Areté, Barcelona, 2000.
- SUÁREZ BRIONES, B., "Desleal a la civilización". La teoría (literaria) feminista lesbiana. En X.M. Buxán (ed.), *Conciencia de un singular deseo. Estudios lesbianos y gays en el Estado español*, Laertes, Barcelona, 1997.
- VIÑUALES, O., *Lesbofobia*, Bellaterra, Barcelona, 2002.
- WEEKS, *Sexualidad*, "Género y Sociedad", Paidós, México, 1998.
- WILKINSON, S. - KITZINGER, C., "The social construction of heterosexuality", *Journal of Gender Studies*, 3, 307-316, 1994.

Transexualidad, trastornos de la identidad sexual, transgenerismo e identidad transexual masculina y femenina ¿De qué estamos hablando?

VICENT BATALLER

Existe en las ciencias de la salud una enorme cantidad de prejuicios, falacias y errores a la hora de abordar la transexualidad. Desde la medicina, la psicología, la psiquiatría y la sexología, se la sigue considerando, mayoritariamente, una enfermedad mental, atribuyéndosele un estatus de psicopatología *per se*. Es necesario un enfoque multidisciplinar en el abordaje de demandas de estas personas, de su conflicto en la orientación o identidad sexual, que les ayude a superar la estigmatización que la educación y las relaciones sociales les han hecho vivir. Sólo con paciencia, buena predisposición a la escucha y a la empatía, podremos entender el malestar de las personas con identidad sexual cruzada.

Inicio este artículo sobre la transexualidad citando al antropólogo y director del Máster de Sexualidad Humana de la UNED que más ha escrito y ha estudiado sobre transexualidad en nuestro país, Nieto, J. A. (1998), quien en su libro *Transexualidad, Transgenerismo y Cultura* dice: "...Entiendo que hay una mayor pluralidad y heterogeneidad de deseos personales que de opciones sexuales culturalmente aceptadas. En ese sentido la perversidad está al alcance de todos (empezando por los doctrinarios)". "...hasta que el deseo sexual, social, médica y culturalmente indeseable, no se satisfaga por medio de la conducta-acción no podrá ser identificado por la sociedad, etiquetado por la cultura, y patologizado por la medicina, y en suma el individuo no podrá ser tratado de perverso".

Otra de las aportaciones interesantes desde la sociología es una cita de Berenice Alvas (2002), que dice respecto a la transexualidad: "Por más

que se afirme que estamos determinados, nuestros deseos, habilidades, posibilidades y límites por el imperativo de la naturaleza, hay una cantidad considerable de sujetos que viven experiencias que niegan tales verdades y construyen una nueva forma de vivenciar la masculinidad y la feminidad. El género, entonces, es una herramienta por la cual los términos masculino y femenino se construyen, se reconstruyen, se fragmentan, se desnaturalizan".

Y, finalmente, una de las estudiosas más interesantes y feminista Judith Butler dice: "El género no es una esencia interna. Esa supuesta 'esencia interna' es fabricada mediante un conjunto sostenido de actos, postulados por medio de la estilización del cuerpo basada en el género. De esta manera se muestra que lo que hemos tomado como un rasgo 'interno' de nosotros mismos es algo que anticipamos y producimos mediante ciertos actos corporales, en un extremo, un efecto alucinatorio de gestos naturalizados".

Por todas estas y otras importantes fuentes de estudio sobre la identidad sexual, y mi experiencia clínica sobre transexualidad masculina y femenina, ya en el XIII Congreso Mundial de Sexología, en 1997, presenté dos casos clínicos sobre transexualidad masculina. Allí ya expresé la cantidad de prejuicios, falacias y errores que me encontré en las ciencias de la salud al respecto de la(s) transexualidad(es).

Desde las ciencias que vienen ocupándose de la transexualidad (la medicina, la psicología, la psiquiatría y la sexología) se la sigue considerando de forma mayoritaria una enfermedad mental.

Mi hipótesis al respecto es que la(s) identidad(es) sexual(es), al igual que ya ocurrió con la homosexualidad masculina y femenina, están muy patologizadas y estigmatizadas socialmente en nuestro entorno, atribuyéndoseles una psicopatología *per se* en el discurso "científico", que impide que se avance en estas cuestiones, tanto desde lo social como desde lo terapéutico.

Las personas transexuales siguen rechazando la psicoterapia de entrada, pues los prejuicios, falacias, errores, desconocimiento y ausencia de formación, que muchos profesionales de la salud tienen sobre la transexualidad masculina y femenina, les sitúa a la defensiva. La mayoría se sien-

ten rechazadas/os, al sentirse con un diagnóstico prejuicioso o sentirse que son tratadas como personas enfermas mentales, creando ya un rechazo hacia todo lo “psíquico” y entienden que su transexualidad no requiere de intervención psicoterapéutica, ni que ellas están “locas” o “enfermas mentales”.

En la nomenclatura psiquiátrica y psicoanalítica tradicional, se llama “transexual masculino” a un varón biológico que, aunque haya hecho todo su proceso transexualizador, su rol social, su tratamiento hormonal y tenga el informe favorable del médico o médica forense para una cirugía de reasignación sexual para ser mujer, sigue siendo una “ficción de mujer”. Para la Administración de justicia, el origen biológico y cómo fuimos inscritos al nacer, quedará siempre “marcado”, potenciando las dificultades que estas personas tienen para desarrollarse como transexuales.

La influencia psicopatológica, incluso una vez finalizado el proceso transexual persiste: su identidad está excluida, no existe. Esto es debido a que nuestro país todavía no ha legislado, sobre la base de la igualdad de derechos, acerca de todas las realidades del deseo sexual existente en las personas gays, lesbianas y transexuales.

La Carta de los Derechos Sexuales, en su artículo 11, establece el **derecho a la atención clínica de la salud sexual**: “La atención clínica de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales”.

Las diferentes organizaciones y colectivos de transexuales estiman que en España hay unas 55.000 personas, que junto a los 150.000 intersexuales y 500.000 personas con conductas transgénicas, forman un conjunto al que es necesario que se le dé respuesta a sus demandas de salud, en este caso de su salud sexual, y no seguir negando, disociando o escurriendo el bulto, excusándose con que hay otras prestaciones, tales como la salud bucodental, que no están incluidas. Estas argumentaciones indican el desconocimiento respecto a la sexualidad en general y de la configuración de la identidad sexual de todas las personas en particular. Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad para todos los seres humanos, tal como se aprobó en el XIII World Congress of Sexology (WAS), Valencia, Junio de 1997. (1 ANEXO).

Para E. Amezá: “La sexualidad es la dimensión subjetiva que cada cual da a su sexo a lo largo de la biografía. La identidad sexual es el sentimiento de esa coherencia que, sin olvidar el continuo, siempre tendrá elementos del otro sexo, siguiendo uno de ellos como hilo narrativo y protagonista o conductor”.

Se hace necesario enfrentar a la colectividad social a la realidad isosexual y a su reduccionismo etnocentrista heterosexista que no permite construir nuestra realidad cotidiana diversificada. Nuestra función como colectivo de sexólogos y sexólogas adscrito a una sociedad plural y diversa, tiene que pretender hacer presión para fomentar el progreso desde la perspectiva constructivista, instando reiteradamente a la

Administración a hacerse cargo de su propia función (dar cobertura social a las minorías y a las mayorías de un modo democrático), haciendo visible la identidad y la realidad de otras familias, al menos, tan respetable como las demás. Las parejas de hecho, la adopción, el matrimonio entre personas del mismo sexo, la educación sexual y las leyes que regulen el proceso transexualizador masculino o femenino tienen que ser directrices progresistas, como ya ocurre en otras colectividades sociales de nuestro entorno.

Desde 1983, el proceso de reasignación de sexo es legal en el Estado Español. A pesar de este importante paso, desde las instituciones públicas no se contempla su tratamiento para las personas transexuales. Olvidadas por los poderes públicos, dichas personas son objeto de burla, persecución e incluso asesinato en nuestro país.

Es obligación constitucional remover los obstáculos que impiden el pleno desarrollo de la personalidad, siendo la identidad sexual un factor fundamental en el desarrollo de ésta. En 1989, el Parlamento Europeo dictó la Resolución contra la Discriminación de las Personas Transexuales, en la que insta a los estados miembros a adoptar una serie de medidas para luchar contra dicha discriminación. Entre las medidas propuestas destacan las siguientes:

- Inclusión del tratamiento integral de cambio de sexo en la sanidad pública (endocrino, psicoterapéutico y quirúrgico)
- Medidas para contrarrestar la grave situación laboral de los transexuales (80% de paro, etcétera).
- Medidas para fomentar la investigación sobre la realidad transexual.

Un Estado laico y aconfesional como el nuestro, ha de dar cobertura no desde el conservadurismo sino desde la construcción progresiva de lo social, permitiendo que se abran nuevas opciones según las necesidades de los ciudadanos y ciudadanas, aunque éstos sean una minoría. La función de la minoría es recordar al Estado que la mayoría es sólo una mayoría, no lo correcto, adecuado o único posible.

Los procesos de aceptación de la identidad sexual no son un capricho, es un camino personal muy conflictivo al que se le añade la presión social, la estigmatización, la discriminación, la violencia contra las personas transexuales, generándoles, además, conflictos, ansiedades, fantasmas y síntomas que hay que contener, pues la ansiedad, el estrés, las depresiones, el suicidio, son demasiado frecuentes en este colectivo.

Es responsabilidad de la Administración pública garantizar la asistencia de la salud sexual de todas las personas de una manera digna, rigurosa y científica.

Los conflictos que siguen generando la aceptación social de la identidad lésbica, homosexual masculina, bisexualidad y transexualidad femenina y masculina en la Comunidad Valenciana y el retraso que llevamos en el terreno de la educación sexual frente a otras comunidades autónomas españolas y a otros países de la Unión Europea,

requieren la intervención urgente de un plan integral sobre salud sexual, (la **Organización Mundial de la Salud define la salud sexual como “la integración de los aspectos físicos, emocionales, intelectuales y sociales de un ser sexuado de manera que permitan un enriquecimiento positivo y mejoran la personalidad, la comunicación y el amor”, OMS, 1974**), donde los tres campos de intervención de la sexología: el preventivo-educativo, el de asesoramiento y el terapéutico estén cubiertos dentro del derecho universal a la salud pública de todos los ciudadanos.

Se sigue atribuyendo de forma general a la transexualidad un estatus de psicopatología *per se* en todos los procesos de identidad(es) sexual(es). Es hora de entender la multidisciplinariedad en el abordaje de las demandas por parte de las personas, de su conflicto en la orientación o identidad sexual, sin ser ya más estigmatizados de lo que la educación, las relaciones sociales les han hecho vivir e integrar. Aceptar el rol del sexólogo o sexóloga por parte de los profesionales de la educación y la salud, redundaría sin duda en una mayor salud sexual (OMS, 1974; Declaración de Valencia o Declaración Universal de los Derechos Sexuales, València, 1997; ratificada y aprobada por la WAS (World Association for Sexology), en Hong Kong, 1999), de todas las personas, también de los y las transexuales, y por tanto consigamos uno de los objetivos básicos de la salud: “sentirse y vivirse bien” para todos y todas.

El discurso tiene que ser protagonizado por el yo de la persona que demanda una escucha a su problemática, no podemos etiquetarlos si cumplen o no los criterios clínicos de los manuales de estudio sin más (DSM-IV, CIE 10, *Manual de terapia sexual*), y hacer un informe, positivo para la cirugía de genitales o CRS (Cirugía de Reasignación Sexual), sino que la terapia tiene como objetivo no “corregir” o “normalizar” al transexual, gay o lesbiana, sino tener al otro como protagonista, de su ciclo vital y ver que hay detrás de una demanda problemática en la vivencia de una orientación o identidad sexual. Sólo con paciencia, buena predisposición a la escucha y a la empatía, podremos entender cuál es el malestar de las personas con identidad sexual cruzada o cualquier otra demanda que nos formulen en la práctica diaria de nuestra profesión de sexólogos y sexólogas clínicos o psicoterapeutas.

Para Mercedes Garcia, doctora en psicología y sexóloga, “la transexualidad no se refiere a estados intersexuales sino a un elemento fundamental y vertebrador de la persona que es su ‘identidad sexual’, su sentido de pertenencia a un sexo que no concuerda con su sexo biológico, que centra su discordancia entra la identidad sexual y el cuerpo sexuado. La transexualidad es un problema de corporalidad, no de identidad sexual. El principal problema es sentirse sin percibirse, sentirse de una manera distinta a la que uno se percibe”.

Sentir o vivirse como hombre o mujer es un fenómeno complejo, tanto para las personas que viven o no esa discordancia. La identidad sexual es un elemento central del hecho sexual humano y de la sexología.

Para Efigenio Amezá, doctor en sexología y

director del Incisex, la "identidad sexual" es el resultado de la vivencia de la propia sexualidad. Su traducción en términos sencillos responde al sentirse masculino o femenino. Las confusiones, léase sus problematizaciones, pueden ir desde el simple solapamiento de ciertos datos de muy escasa importancia, hasta la confusión grave tocante a la misma troncalidad del autoconcepto o noción de sí como sujeto de uno u otro sexo. Es entonces y sólo entonces cuando se habla no ya de intersexualidad sino de transexualidad.

La transexualidad es un conflicto que gira en torno a la noción de identidad sexual, en el sentido de no sentirse a gusto ni identificado con su propia sexualidad masculina o femenina. Consiste en una idea distorsionada y que no corresponde con ser sexuado entero.

La expresión popular de "un hombre en cuerpo de mujer o viceversa" resulta muy gráfica pero reduce el concepto de sexualidad al de sexo, y éste a algunos de sus aspectos como son los órganos genitales. La desventaja es la pérdida de la densidad explicativa de los conceptos.

La sexualidad es estructurante del carácter e inherente al hecho de ser persona.

La sexología clínica, incluyendo a los profesionales sexólogos y sexólogas de que dispone el sistema público de la Comunidad Valenciana, deberían reciclarse, formándose en cuestiones sobre orientación e identidad sexual. Así mismo, se puede reciclar a los diferentes especialistas, dar cursos de formación continua en sexología clínica, tal y como se hace en otras especialidades médicas.

La sexología y los sexólogos y sexólogas son los profesionales sanitarios que, según las necesidades, tienen que coordinar y resolver la problemática que surja todavía por vivirse o sentirse diferente (transexual, transvestido, *querr*, etcétera), por sus actividades sexuales o por su orientación sexual (gays y lesbianas, bisexuales, etcétera) y que puedan ser tratadas desde la sanidad pública sus demandas de salud sexual, como se hace desde hace un montón de años en otros países que son de nuestro entorno cultural y económico. La sexología española tiene excelentes profesionales. En la Comunidad Valenciana somos pioneros desde hace 25 años y se dispone de recursos bien cualificados en los Centros de Planificación Familiar y Sexualidad, sexólogos y sexólogas de estos centros.

Para mí, es indispensable que un sexólogo clínico o sexóloga clínica con experiencia acreditada en psicoterapia e identidad sexual pueda coordinar lo que supone un proceso transexualizador, siendo el director/a de la(s) Unidad(es) Interdisciplinar(es) de Género (UIG) que se creen. Esta unidad es independiente de psiquiatría y mantiene la coordinación con todos y todas los y las profesionales que intervienen en el proceso transexualizador, (Bataller i Perelló, V. Revista BSTc Transexualidad, Ciencia y Política, N° 2, Enero/febrero 2000).

Si realmente los profesionales de la salud desean promover la salud sexual de las personas a las que atienden, tendrían que adoptar una actitud objetiva y científica en cuanto a la sexualidad,

que asegure la no imposición de sistemas de valores propios sobre las demás personas, dado que jamás se podrá establecer que las normas o valores propios son los de máxima universalidad: de modo que, para mí, la premisa primordial sería la escucha y el respeto ante la sexualidad y los comportamientos sexuales de los y las consultantes.

A mi entender, después de 15 años de ejercicio como terapeuta sexual, la formación en sexología clínica requiere algo más que simples conocimientos, es imprescindible una formación importante en psicoterapia y en conocimientos sobre las actitudes y los sentimientos de las personas. También me gustaría indicar que los sexólogos y las sexólogas que quieran ejercer como psicoterapeutas y tratar problemas sexuales, han de tener una formación específica en psicología y/o medicina y haber pasado un proceso terapéutico personal, al igual que tener una buena supervisión en psicoterapia.

El considerar "normal" y "natural" la heterosexualidad como única fuente de expresión sexual y seguir atribuyendo alteración de la salud mental por orientación e identidad sexual, es desconocer primero la realidad social de los llamados "heterosexuales", sanos *per se*, y en segundo lugar, ignorar las investigaciones que desde los años 50 vienen aportando las ciencias sociales y de la salud al estudio de la identidad, los roles de género, del comportamiento sexual y de la transexualidad: Evelyn Hoocher, (1954); J. Money, (1979,1984); Gooren L., (1986, 1991, 1987, 1988); J. Money, A. Ehrhardt, (1982); Juan Fernández, (1988, 1996, 2000); Duunk y van Driel, (1989); Rubin G., (1975, 1989); Oscar Guash, (1991, 2000); Blackwood, (1991); Mong J. Et al, (1996); Lourdes Méndez, (1993, 1995, 1999, 2000); Ricardo Llamas, (1995, 2000); Gooren L. J. G, (1986, 1991, 1998); Efigenio Amezá, (1991, 2000, 2001); Bataller i Perelló, (1995, 1997, 1999, 2000, 2001); Olga Viñuales, (1999); José Antonio Nieto, (1993, 1998, 1999); Enrique Gil Calvo, (1995, 1997, 2000); Colette Chiland, (1999); Mercedes García, (2000); Antonio Becerra, (2000), Cristina Garaizábal, (2000); Megens Jos, (2000), y un largo etcétera.

La ausencia de la sexología como disciplina científica de estudio en nuestra universidad, careciendo de la figura del sexólogo o sexóloga en sus diferentes áreas de intervención (educativa, asesoramiento sexual y terapia sexual), dificultan si cabe aún más la labor de dar carta de naturalidad, más allá de la función reproductiva y heterosexual, a las diferentes manifestaciones de la sexualidad humana. La sexología tiene cuerpo teórico y científico para aportar sus estudios y, así, eliminar en el entorno académico tantas falacias y errores científicos con respecto al hecho sexual humano, que se siguen trasmitiendo, muchas veces por desconocimiento, y contribuyendo a perpetuar la homofobia y transfobia existentes en nuestra sociedad.

Hoy en día se habla de salud integral, que comprende: la educación para la salud, la salud ambiental, la salud personal y social, la salud biológica, la salud sexual, la promoción de un estilo de vida saludable... Se trata de entender la salud en favor de la autorrealización personal y

social en armonía con los diferentes pueblos y la naturaleza (Bataller i Perelló, V., Tesis Doctoral, Educación Sexual, Universitat de València, E. G., 1995). Salud Integral.

.....
Vicent Bataller i Perelló.
 Doctor en Medicina i Cirurgia.
 Sexólogo clínico.

BIBLIOGRAFÍA

- ALVES DE MELO BENTO, B., "Cuerpo, Performance y Género", *La Experiencia Transexual*, 2002.
- ALVES DE MELO BENTO, B., *La experiencia transexual: Una reflexión inicial*, 2002.
- AMEZÚA, E., "La sexología como ciencia: esbozo del hecho sexual humano", *Revista de Sexología*, 1 (1979).
- AMEZÚA, E., "Sexología, cuestiones de fondo y forma". "La otra cara del sexo", *Revista de Sexología*, 49-50 (1991), INCISEX, Madrid.
- AMEZÚA, E., "Diez Textos Breves", *Revista Española de Sexología*, 91 (1999), INCISEX, Madrid.
- AMEZÚA, E., "Teoría de los sexos: La letra pequeña de la sexología". *Revista de Sexología*, 97-98 (1999), INCISEX, Madrid.
- AMEZÚA, E., *Líneas de Trabajo en sexología*, VI Congreso de Sexología, A.E.P.S., Gijón, 2000.
- AMEZÚA, E., *Educación sexual o sea de los sexos*, "Politeia Joven", Consejo Juventud España, Daimiel, 2001.
- AMEZÚA, E., (2001). "La intersexualidad en el marco del hecho sexual humano", Director de los Estudios de Postgrado de Sexología. Universidad de Alcalá-Instituto de Sexología. Madrid. Seminario Identidad sexual y Transexualidad. UIMP Valencia, 24-28 septiembre 2001.
- BATALLER i PERELLÓ, V., *Educación Sexual*. Tesis Doctoral. Universitat de Valencia, E.G, València, 1995.
- BATALLER i PERELLÓ, V., "Transexualismo masculino: dos casos clínicos", *XIII Congreso Mundial de Sexología*, 1997.
- BATALLER i PERELLÓ, V., "El proceso transexualizador desde la Sexología Clínica", *1ª Jornadas sobre Transexualidad*, Gran Canaria, 2000.
- BATALLER i PERELLÓ, V., "Transexualidad: vicisitudes en la construcción del género". *VI Congreso de Sexología*, A.E.P.S., Gijón, 2000.
- BATALLER i PERELLÓ, V., "La escucha y el proceso analítico en las identidades sexuales", *Seminario Identidad Sexual y Transexualidad*, UIMP, Valencia, 24-28 septiembre 2001.
- BATALLER i PERELLÓ, V., "Homofobia y Transfobia", *Politeia Joven*, Consejo Juventud de España, Daimiel. 2001.
- BATALLER i PERELLÓ, V., "Identity and Transsexuality". *XV Congreso Mundial Sexología*, París, 2001.
- BENJAMÍN, H., *The Transexual phenomenon*, 1966
- FERNÁNDEZ, J. (Coord), *Nuevas perspectivas en el desarrollo del sexo y el género*, Pirámide, Madrid, 1988.
- FERNÁNDEZ, J., "Identidades sexuales o identidades de género", *VI Congreso de Sexología*, A.E.P.S., Gijón, 2000.
- FERNÁNDEZ TREGUERRES, Jesús A., "Bases Neuroendocrinas de la identidad sexual", *Seminario Identidad Sexual y Transexualidad*, UIMP, València, 24-28 septiembre 2001.
- FOUCAULT, M., *Historia de la sexualidad*, Siglo XXI, Madrid, 1989.
- FREUD, S., *Tres Ensayos de Teoría sexual (1901-1905)*, Obras completas, volumen,7, Amorrortu editores, Buenos Aires, 1996.
- GARCÍA RUIZ, M., "Visión sexológica de la transexualidad. La transexualidad desde la sexología", *Asociación Estatal de Profesionales de Sexología. Seminario Identidad sexual y Transexualidad*, UIMP, Valencia, 24-28 septiembre 2001.
- GISBERT GRIFO, M. S., "Aspectos médico legales del transexualismo", *Seminario Identidad Sexual y Transexualidad*, UIMP Valencia, 24-28 septiembre 2001.
- Megens, J. (2000). Identidad y Transexualidad. VI Congreso Estatal de Sexología. AEPS Gijón.
- MEGENS, J., "Modelo alemán del proceso de cambio de sexo". *Seminario Identidad Sexual y Transexualidad*, UIMP, Valencia, 24-28 septiembre 2001.
- MÉNDEZ PÉREZ, L., "Entre la identidad sexual asignada y la identidad sexual vivida. Tensiones, conflictos y paradojas". *Seminario Identidad Sexual y Transexualidad*, UIMP, Valencia, 24-28 septiembre 2001.
- MONEY, J., - Ehrhardt, *Desarrollo de la sexualidad humana (diferenciación y dimorfismo de la identidad de género*, "Sexología, Manuales", Morata SA, Madrid, 1982.
- NIETO, J. A., *Sexualidad y Deseo. Crítica antropológica de la cultura*, Siglo XXI, Madrid, 1993.
- NIETO, J. A., *Transexualidad, Transgenerismo y Cultura. Antropología, identidad y género*, "Hablan las mujeres", nº 16, Talasa, Madrid, 1998.

L'homofòbia: una malaltia de la societat

XIMO CÁDIZ

Una vegada superats falsos debats sobre els orígens i la definició de l'homosexualitat, persisteix encara una repressió social sobre ella: l'homofòbia. Esta agressió no sols mina els drets de les persones homosexuals, sinó que també pot repercutir sobre la seua salut.

Quan l'OMS definia, en 1958, la salut com "un estat de benestar físic, psíquic i social i no com una simple absència de malaltia" s'estava establint un principi clau al qual ens hem de referir necessàriament si parlem del context social que envolta les persones homosexuals, és a dir, dels elements que condicionen el nostre projecte vital, la nostra qualitat de vida i per tant, la nostra salut.

Ja hem superat els debats de fa algunes dècades sobre la definició de l'homosexualitat com a patologia o trastorn (tot i que, dissortadament, encara trobem alguns professors universitaris i algunes institucions religioses de gran relleu que es mantenen en la més estricta tradició de l'homosexualitat com a desviació i perversió); ja no ens obsessiona trobar l'explicació mèdica sobre l'origen de l'homosexualitat (cada volta més definit com un fet amb moltes implicacions: socials, culturals, biogenètiques... sempre complexes)¹; ja hem superat l'associació de l'homosexualitat (com a suposat grup de risc) a la pandèmia del VIH-sida... però, encara que puga sorprendre, jo no abandonaria el camp de la salut per a analitzar l'orientació sexual. Per una raó molt senzilla: la repressió de l'orientació sexual, concretament de

l'homosexualitat, sí que té conseqüències per a la salut de gais i lesbianes.

I la repressió és molt diversa i comença amb el procés de socialització de la persona: l'entorn visible és exclusivament heterosexual, a l'educació (a casa i a l'escola) els models són heterossexuals, els referents dels mitjans de comunicació (que són els que més estan modificant-se) són heterossexuals, les lleis que regulen els nostres drets com a ciutadans o com a parelles són (encara) discriminatòries per a les persones homosexuals... Amb aquests ingredients el que tenim és un clima de por, autorepressió, negació, frustració, invisibilitat, inseguretat... que tots i totes, d'una forma més o menys intensa, hem de vèncer en algun moment de la nostra vida. I, el que és més greu, molts homes i dones homosexuals mai no el venceran i crearan una doble vida (en el millor dels casos), negaran un aspecte tan important de la persona com és la sexualitat i l'afectivitat o, fins i tot, optaran per desistir, pel suïcidi. L'entorn, que Monique Wittig² o Judith Butler³ denominen "heterossexualitat obligatòria", condiona la nostra salut d'una forma decisiva.

Eixa repressió, silenciosa o explícita, compon un fenomen que, com a poc, qualificaria de malaltia social: l'homofòbia. No són solament insults i agressions físiques... són també marginació, pressió familiar, acomiadaments laborals, negació de drets bàsics com a persones i com a parelles que sí que produeixen un impacte molt negatiu en eixa situació de benestar físic, psíquic i social que defineix una bona salut segons l'OMS. Quantes persones pateixen depressions, alteracions emocionals i psicològiques quan no s'atreixeixen a dir que són homosexuals al seu entorn familiar, d'amics, laboral..., quants joves viuen la seua adolescència de manera traumàtica perquè no exterioritzen la seua sexualitat⁴, quants seran víctimes d'intents de suïcidi, quants hauran de lluitar contra una expulsió de casa, contra una crisi familiar si diuen que són gais i lesbianes, quantes parelles de gais i lesbianes no poden ser pares o mares perquè la llei obstaculitza el nostre dret a crear i

protegir les nostres famílies, quantes parelles de gais i lesbianes són víctimes de discriminació davant d'aquelles parelles que per ser heterossexuals poden accedir al contracte matrimonial, quants gais o lesbianes han d'afegir a la pèrdua de la persona estimada la cruel venjança de les lleis que ens neguen el dret a una herència, a una pensió de viudetat... La veritat és que gais i lesbianes hem de tindre una autoestima ben alta per a poder suportar tanta discriminació, hem de ser extremadament *orgullosos*⁵ per a viure amb tanta humiliació.

Les estratègies *terapèutiques* són senzilles d'esbossar. No es tracta de curar el dolor i l'angoixa que produeix en moltes persones la seua homosexualitat amb polítiques d'assistència social que, a més a més, tampoc no existeixen. Es tracta d'anar a l'origen del problema: l'homofòbia que ens condemna a passar per eixa angoixa, per eixe patiment, per un motiu, l'orientació sexual, que per a altres, els i les heterossexuals, no és cap problema.

En algun cas les teràpies poden ser immediates. Per què els poders públics, concretament el partit polític que tinga la majoria parlamentària necessària, no posen remei al vessant legal de l'homofòbia? Per què no es reconeix, amb les modificacions legislatives pertinents, la igualtat real i legal per a gais i lesbianes? En un altre cas el tractament serà més llarg. Per què el sistema educatiu no aborda la sexualitat com un element més de la formació integral de la persona? Per què s'oculta l'homosexualitat en l'educació, en la societat, en la política, en el treball? Per què se'ns condemna a la invisibilitat, a la repressió, a l'absència de referents? Plantejar les preguntes, si hem passat per eixe calvari, és ben senzill. Trobar les respostes, malauradament, també. I en les respostes podem, també, trobar les solucions.

Els poders públics i el discurs ideològic que, no de forma evident, els domina tenen una responsabilitat clara en l'agressió permanent i sistemàtica a la nostra qualitat de vida, als nostres drets, a la nostra salut. Les implicacions quotidianes de la ideologia de la jerarquia catòlica en l'ensenyament, en les lleis, en la societat... són evidents. Fins que no es limite la seua influència, mentre no es respecte el dret a no ser discriminat que no és més que el dret a ser diferents, mentre no siga més important l'aplicació efectiva de l'article 14 de la Constitució espanyola que les directrius morals catòliques, eixa malaltia social que s'anomena homofòbia continuarà. És una qüestió de salut, és una qüestió de drets de les persones.

Ximo Cádiz i Ródenas.

Coordinador general del Col·lectiu Lambda de lesbianes, gais i transsexuals.

¹Ve al cas recuperar una carta de Sigmund Freud a una mare preocupada per l'homosexualitat del seu fill: "Endevine per la seua carta que el seu fill és homosexual. Però estic més impressionat pel fet que vosté no esmenté aquest fet en la informació que em dona sobre ell. Puc preguntar-li per què ho evita? L'homosexualitat no és evidentment un avantatge, però tampoc no és motiu per a avergonyir-se, ni un vici, ni degradació, ni pot qualificar-se com a malaltia (...). Molts individus profundament respectables de l'antiga cultura i de la moderna han sigut homosexuals, entre ells trobem alguns dels qui considerem grans homes (Plató, Miquel Àngel, Leonardo da Vinci...). És una injustícia perseguir l'homosexualitat com a crim i és també una crueltat". Freud escrivia això però la seua filla, Anna, anys més tard, aplicaria la psicoanàlisi als seus pacients homosexuals per a convertir-los en perfectes pares de família (amb un detall, certament interessant, la relació lesbica entre Anna Freud i la seua amiga Dorothy Burlingham). Tenim ací algunes dades sobre com la societat ha tractat l'homosexualitat, com hem conreat l'autoodi i la negació d'una condició, l'homosexualitat, que no és ni més ni menys natural que l'heterossexualitat. LLAMAS, R i VIDARTE, F. J. en *Homografías*, 1999. Espasa Calpe. Madrid.

²Al seu article "The Straight Mind" (la ment hètero, però també la ment estreta), Monique Wittig aïlla l'heterossexualitat com a realitat no sexual sinó política i epistemològica. Per a ella, la distinció hètero/homo no és una qüestió de plaer sexual sinó un règim polític d'opressió d'uns individus sobre uns altres. Aquest règim polític estableix una relació obligatòria entre les categories "home" i "dona" se sustenta en un marc conceptual que Wittig anomena "la ment hètero": "Amb la seva ineluctabilitat com a coneixement, com a principi obvi, com un a priori previ a tota ciència, la ment hètero desenvolupa una interpretació totalitzadora de la història, la realitat social, la cultura, el llenguatge i tots els fenòmens subjectius alhora. És imprescindible subratllar el caràcter opressiu que caracteritza la ment hètero en la seva tendència a universalitzar immediatament la seva producció de conceptes en forma de lleis generals que es pretenen vàlides per a totes les societats, totes les èpoques, tots els individus" (p. 27). La ment hètero produeix l'altre que la societat hètero necessita per funcionar harmònicament, perquè "la societat hètero es basa en la necessitat del diferent/altre a tots els nivells" (p. 27). WITTIG, M. "The Straight Mind" dins *The Straight Mind and other essays*. 1992. Beacon Press. Boston.

³La pregunta per a la societat és, més enllà de les pràctiques sexuals de cadascú, "Com hauria de ser el món per tal que el meu oncle visquera en companyia de la seua família, dels seus amics, o d'alguna mena de parentesc ampliat? De quina forma hem de replantejar les limitacions morfològiques ideals que recauen sobre els éssers humans de tal forma que qui s'allunya de la norma no siga condemnat a una mort en vida?". BUTLER, J. *El género en disputa*. 2001. UNAM-Paidós. México.

⁴Cal assenyalar, com a dada curiosa, que l'únic estudi espanyol oficial sobre suïcidi juvenil (fet des de l'INJUVE, del Ministeri de Treball i Afers Socials) ignora la no acceptació de l'orientació sexual com a causa de crisi de suïcidi.

⁵Freqüentment es qüestiona la utilització del terme *Orgull gai, lesbic i transsexual* (traducció aproximada de la paraula anglesa *Pride*, tal vegada més pròxima a una idea de dignitat). Sembla que l'orientació sexual no hauria de ser motiu d'orgull (estaran orgullosos i orgullosos els heterossexuals de ser-ho?). Però la quantitat d'obstacles, de repressions, d'ocultació... motiven una afirmació en positiu que se sintetitza en l'*Orgull* com a reacció de visibilitat front a les múltiples i freqüents discriminacions.

⁶Article 14. 9.2 i 43 de la Constitució Espanyola parlen de la igualtat davant la llei, del deure dels poders públics de garantir-la i de l'obligació dels mateixos de tutelar i protegir la nostra salut.

Disfunción eréctil: tabú en el pasado, problema de salud actual

MANUEL MARTÍNEZ

La disfunción eréctil se caracteriza por dos rasgos contrapuestos: alta prevalencia y bajo diagnóstico. En la mayoría de casos el origen de esta patología es orgánico, al cual se suman factores psicológicos que agravan el problema. Actualmente, la práctica totalidad de los pacientes afectados pueden aspirar a recuperar unas relaciones sexuales satisfactorias, siendo para ello fundamental el modificar determinados estilos de vida y factores de riesgo.

Qué es la disfunción eréctil? Se denomina así a la dificultad permanente para alcanzar y/o mantener una erección de duración y rigidez suficiente para permitir una relación sexual satisfactoria. Esta definición excluye, por tanto, otros trastornos como los del deseo sexual, eyaculación y orgasmo, así como los fallos ocasionales de la erección que pueden ocurrir en determinadas situaciones y que no implican una alteración persistente de la erección.

Dos rasgos contrapuestos caracterizan esta patología: alta prevalencia y bajo diagnóstico; es decir, a pesar de ser un problema muy frecuente son pocos los pacientes que acuden a la consulta en busca de solución. Así, los datos del primer estudio epidemiológico en España (proyecto EDEM) nos ha permitido conocer que un 12% de los varones entre 25 y 70 años presentan algún grado de disfunción eréctil, lo que equivale en términos absolutos a, aproximadamente, dos millones de españoles. Sin embargo, el porcentaje de pacientes que consultan de forma explícita es escaso (16%) y rara vez manifiestan este problema cuando acuden por otros motivos en los que está enfermedad es altamente prevalente, como son las consultas de hipertensión arterial y diabetes.

Son múltiples los motivos por los que los pacientes no consultan a su médico. Por un lado por vergüenza. Muchas personas sienten pudor y ansiedad y tienen dificultad para comunicar problemas sobre sexualidad. Otros tienen miedo a mostrar su “fragilidad masculina” y viven esta situación como una tragedia de la masculinidad, lo que contribuye a perpetuar y agravar el problema. Además la mayoría de los hombres mayores de 60 años (cerca del 90%), creen que es una situación natural ya que consideran la falta de una erección adecuada un acontecimiento relacionado con el envejecimiento y por tanto consustancial con la edad. Finalmente muchos piensan que no hay soluciones eficaces o que su médico no puede proporcionárselas. También, la propia actitud del médico ante la sexualidad, su falta de formación en el manejo de estos problemas, así como la falta de tiempo en las consultas, contribuyen a que ésta sea una patología infra-diagnosticada. No obstante, esta tendencia está cambiando en los últimos años. La aparición de fármacos eficaces junto con la difusión de estos problemas por los medios de comunicación, entre otros, está permitiendo que un gran número de pacientes acudan a nuestras consultas con el ánimo de afrontar un trastorno benigno que

no amenaza la vida del paciente, pero que provoca un gran impacto emocional y que afecta negativamente a la calidad de vida, tanto del sujeto que la sufre como de su pareja.

¿Cuáles son las causas de estos problemas? Hasta fechas recientes se pensaba que en general los problemas de la erección tenían un origen psicológico. Hoy sabemos que esto no es así y que la mayoría tienen un problema orgánico, fundamentalmente vascular, y que sobre el mismo se suman factores psicológicos que potencian y agravan el problema.

Son múltiples los factores con los que se asocia esta patología. Sin lugar a dudas, destacan, entre otros, la edad, la diabetes, las alteraciones del colesterol y triglicéridos, la hipertensión arterial, determinados fármacos, cirugías previas... Factores que en muchas ocasiones se asocian en un mismo paciente. Es importante destacar dos factores externos, y por tanto potencialmente eliminables, que juegan un gran papel en la aparición de los trastornos de la erección, en el deterioro progresivo y en la pérdida de respuesta al tratamiento: el tabaco y el alcohol.

¿Se pueden tratar los trastornos de la erección? Tradicionalmente, la disfunción eréctil era una patología difícil de tratar. En la actualidad, la práctica totalidad de los pacientes afectados pueden aspirar a recuperar unas relaciones sexuales satisfactorias. Las alternativas terapéuticas son múltiples, y en su elección deben participar activamente, en función de cuales sean sus deseos y expectativas, el paciente y su pareja (ver cuadro).

Medidas básicas y comunes

Es fundamental, en todos los pacientes con disfunción eréctil, alterar aquellos estilos de vida y factores de riesgo que sean modificables: suprimir el tabaco y el alcohol, establecer un buen control de las enfermedades médicas asociadas (diabetes, hipertensión arterial, dislipemias e hipercolesterolemias...), sustituir, siempre que sea posible, los fármacos que puedan tener implicación etiopatogénica. Además, y dado que la disfunción eréctil es un proceso multifactorial, el abordaje debe ser integral tanto de los factores orgánicos como psicosexuales, por lo que es necesario establecer un adecuado asesoramiento y educación sexual que permita mejorar la calidad de las mismas. Así, por ejemplo, es imperativo transmitir al paciente que su problema no disminuye su valor ni como persona ni como varón y que es posible una sexualidad satisfactoria aun sin erección. Es preceptivo combatir mitos negativos que generalmente van unidos a este trastorno: la disfunción eréctil no supone necesariamen-

te un conflicto afectivo con la pareja, ni que haya una pérdida de interés por la misma, o que esté teniendo relaciones extraconyugales... Es fundamental intervenir en el estilo de vida, haciendo ver el impacto negativo que tiene el estrés y el exceso de trabajo en la sexualidad. Tener unas relaciones sexuales satisfactorias requiere un clima emocional adecuado que hay que cultivar.

Tratamiento etiológico

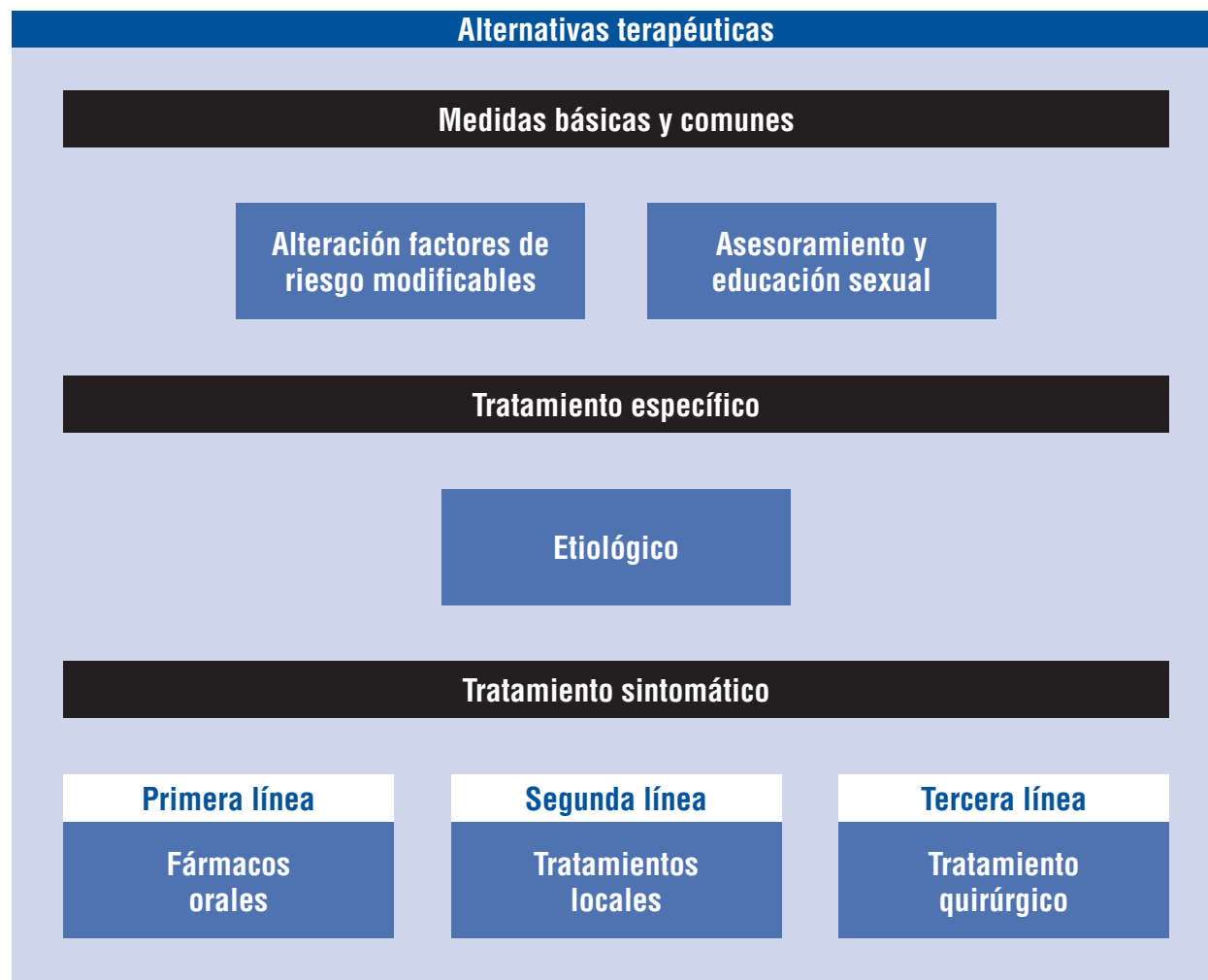
En determinados casos es posible una actuación terapéutica con intención curativa. Así, por ejemplo, si se evidencia un trastorno hormonal, fundamentalmente un déficit de testosterona, se puede establecer un tratamiento sustitutivo siempre y cuando no esté con-

traindicado. En los pacientes jóvenes con una disfunción eréctil arterial secundaria debida a un traumatismo pelviano o perineal puede estar indicada una cirugía de revascularización peneana. Finalmente, en los casos de disfunción eréctil de origen o con gran carga psicógena está indicada la terapia sexual.

Tratamiento sintomático

La mayoría de los pacientes con disfunción eréctil se van a beneficiar de tratamientos sintomáticos, es decir, aplicables independientemente de cual sea la causa de disfunción eréctil. Son tratamientos que se clasifican, atendiendo a su dificultad de manejo y a su aplicación secuencial en función de la respuesta y las expectativas del paciente, en tratamientos de primera, segunda y tercera línea.

Tratamientos de primera línea. La reciente disponibilidad de fármacos orales con buen perfil de eficacia y seguridad ha transformado el abordaje diagnóstico y terapéutico de la disfunción eréctil. Antes de la aparición de Viagra® (citrato de sildenafil) disponíamos de algunos fármacos orales (Yohimbina, Pentoxifilina...) que, solos o asociados, tenían alguna respuesta en pacientes con disfunción eréctil leve o moderada. La comercialización del Citrato de Sildenafil (Viagra®) y con posterioridad de Apomorfina (Uprima® y Taluvian®), ha incrementado las expectativas de pacientes y médicos en el tratamiento de esta patología. El Citrato de Sildenafil actúa a nivel peneano induciendo una relajación del músculo de los cuerpos cavernosos o cuerpos eréctiles, permitiendo que se obtenga y mantenga la erección siempre y cuando exista una estimulación sexual previa. Por su latencia, se recomienda tomarlo 30-60 minutos antes de la relación y su efecto perdura entre cuatro y cinco horas. Está comercializado en tres presentacio-



nes: 25mg, 50mg y 100mg. La pauta a seguir es la administración de una dosis inicial de 50mg; si no es efectiva repetir una segunda dosis de 50mg en un día distinto, y si sigue siendo ineficaz aumentar a 100mg que suele ser la dosis terapéutica y máxima al día. En general, es bien tolerada y los efectos secundarios más frecuentes son el dolor de cabeza, el enrojecimiento facial, trastornos digestivos y congestión nasal. Está contraindicado en determinadas circunstancias por lo que su prescripción y dispensación debe realizarse siempre bajo control médico y farmacéutico. Apomorfina presenta algunas diferencias respecto al Sildenafil: la administración es sublingual y el mecanismo de acción es a nivel del sistema nervioso central. Requiere también un estímulo sexual previo y se recomienda tomarla 20 minutos antes de la relación. La experiencia clínica es más limitada, pero, en general, su tolerancia es muy buena, siendo los efectos secundarios más importantes: náuseas y dolor de cabeza. Precisa, como Viagra, prescripción médica y dispensación bajo control farmacéutico y tampoco está financiado por el Sistema Nacional de Salud.

Tratamiento de segunda línea. En España, el único disponible es la **inyección intracavernosa de drogas vasoactivas** (fentolamina, papaverina y sobretodo prostaglandina E1 comercializada con el nombre de Caverject®). Su efectividad es alta pero requiere una destreza manual del paciente o su pareja tras una curva de aprendizaje y superar el temor que genera el pinchazo en muchos casos. Su efecto secundario más importante es el priapismo o erección prolongada, situación que requiere un tratamiento urgente y especializado cuando supera las cuatro horas. La falta de espontaneidad, el dolor al pinchazo y la pérdida de eficacia son algunas de las causas de la alta tasa de abandono con el tiempo de esta alternati-

va terapéutica.

Tratamiento de tercera línea. El último escalón para aquellos pacientes en los que fracasa el tratamiento médico o que prefieren una solución permanente a su problema es el implante de **prótesis de pene**. Existen dos tipos: maleables e hidráulicas, cada uno con sus ventajas e inconvenientes. La que genera una mayor satisfacción al paciente es la hidráulica, pero, como contrapartida, la tasa de complicaciones y fallos mecánicos y en especial el coste, es mucho mayor. El riesgo fundamental de ambas es la infección que suele obligar a la retirada de la misma. Es importante recalcar que el implante de una prótesis de pene no implica actuación alguna sobre la capa-

cidad de orgasmo, eyacuación o deseo del paciente, aunque éste se puede ver incrementado toda vez que se recupera la capacidad de erección.

La investigación en este campo continúa y en breve se comercializarán dos nuevos fármacos (Tadalafil y Vardenafilo) que pueden ayudar a los pacientes a disfrutar de una sexualidad más espontánea gracias a su amplio período de acción. Además, se están estudiando otras vías implicadas en la erección y estrategias de prevención y regeneración del tejido eréctil o cavernoso. Por tanto, aunque los avances en esta patología han sido espectaculares en los últimos años, es previsible que en el futuro nos aproximemos al tratamiento ideal: no invasivo, de rápida acción, que provoque una erección con rigidez suficiente y satisfactoria para el paciente y su pareja y con nulos efectos secundarios.

Manuel Martínez Sarmiento.

Unidad de Andrología. Servicio de Urología. Hospital de La Ribera. Alzira. Valencia.

Bibliografía

- NIH Consensus Conference. Impotence. Consensus Development Panel of Impotence. JAMA 1993, 270 (1): 83-90.
- Martín Morales A, Sánchez Cruz JJ, Saenz de Tejada I, Rodríguez Vela L, Jiménez-Cruz JF, Burgos-Rodríguez R. "Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: Results of the Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina", Study. J Urol 2001, 166 (2): 569-575.
- Jardin A, Wagner G, Khoury S, Giuliano F, Padma-Nathan H, Rosen R, Recommendations of the International Scientific Committee on the: Evaluation and Treatment of Erectile Dysfunction. 1st International Consultation on Erectile Dysfunction. Paris, 1-3 July 1999.
- Rodríguez Vela L, *Actualización en Andrología*, 1ª Edición, Pulso Ediciones SA, 2000.

Els Centres de Planificació Familiar i Sexualitat

La sexualitat sense dubtes

La Conselleria de Sanitat posa a disposició de la població una xarxa de 52 centres de planificació familiar i sexualitat. Estos centres s'ofereixen com un espai confidencial on les persones que hi acudixen poden parlar de la seua sexualitat i rebre assessorament sobre mètodes anticonceptius

D'acord amb la definició de salut sexual que fa l'Organització Mundial de la Salut (OMS) en la qual es manifesta que "la salut sexual és la integració dels elements somàtics, emocionals, intel·lectuals i socials del ser sexual, per mitjans que siguen positivament enriquidors i que potencien la personalitat, la comunicació i l'amor", i seguint els criteris i continguts que esta mateixa organització estableix per a disfrutar d'una sexualitat sana: "L'aptitud per a gaudir de l'activitat sexual i reproductiva adaptant-la a criteris d'ètica social i personal; l'absència de temors, de sentiments de vergonya, culpabilitat, de creences infundades i altres factors psicològics que inhibisquen la reactivitat sexual o pertorben les relacions sexuals, i l'absència de trastorns orgànics, de malalties i deficiències que entorpisquen l'activitat sexual i reproductiva", la Conselleria de Sanitat, a través de la Direcció General per a la Salut Pública, està duent a terme el Programa de Salut Sexual i Reproductiva de la Comunitat Valenciana, amb el qual es pretén garantir el dret de tot individu o parella a decidir lliurement i responsablement sobre la quantitat de fills i la diferència d'anys entre ells i l'exercici lliure d'una sexualitat separada de la reproducció.

Este Programa de Salut Sexual i Reproductiva partix del criteri d'atenció integral a la persona, per això i per a dur a terme les prestacions que oferix és necessària la col·laboració de professionals de distints sectors, així com el protagonisme de la dona i de l'home en tot el que fa referència a la seua salut. Entre les seues comeses destaquen:

- Garantir l'estat complet de benestar físic, mental i social, i no sols l'absència de malaltia, per a tot el que concernix la salut sexual i reproductiva, les seues funcions i els seus processos.
- Garantir els drets de les persones reconeguts per documents jurídics, tant nacionals com internacionals, sobre la llibertat dels individus i de les

parelles a decidir lliurement i de forma responsable sobre el nombre de fills i la diferència d'anys entre ells, i també el dret d'obtenir la informació i els mitjans que permeten aconseguir esta situació.

- Garantir el desplegament i la implantació de programes, activitats i accions que faciliten la promoció, informació i atenció en salut sexual i reproductiva, i que possibiliten que els individus, parelles, famílies i les col·lectivitats, tinguin els coneixements, la motivació, les competències i la sensibilització crítica necessària, que els permeta la presa de decisions fora de tota discriminació, coerció o violència.

Informació, prevenció i assistència

La Conselleria de Sanitat compta, dins de l'estructura d'Atenció Primària, amb 52 Centres de Planificació Familiar i Sexualitat (CPFS) a la Comunitat Valenciana. La seua funció és garantir les comeses enumerades anteriorment, i per a això treballen els aspectes següents:

- **Educatius-informatius.** S'informa la població sobre les possibilitats de l'anticoncepció, avançats i beneficis, així com sobre la sexualitat humana i la procreació, etcètera.
- **Preventius.** Tot allò relacionat amb les malalties de transmissió sexual, càncer genital, interrupció voluntària de l'embaràs i amb la millora de la salut sexual, etc.
- **Assistencial.** Comprén la recomanació i prestació del mètode anticonceptiu més apropiat a cada individu, assessorament sexual i tractament, si és el cas, de les dificultats sexuals; prevenció i tractament de les malalties de transmissió sexual, enfocament dels casos d'esterilitat i infertilitat, etcètera.

.....
Viure en Salut.

Declaració Universal dels Drets Sexuals. Declaració de València

La sexualitat es construeix a través de la interacció entre l'individu i les estructures socials. El desenvolupament ple de la sexualitat és essencial per al benestar individual, interpersonal i social.

Els drets sexuals són drets humans universals basats en la llibertat, la dignitat i la igualtat per a tots els sers humans.

Els drets sexuals han de ser reconeguts, promoguts, respectats i defensats per totes les societats amb tots els seus mitjans.

La salut sexual és el resultat del reconeixement i el respecte dels drets sexuals:

1. El dret a la llibertat sexual. La llibertat

sexual comprén la possibilitat de les persones a expressar la seua sexualitat i exclou totes les formes de coerció sexual, explotació i abús en qualsevol període i situacions de la vida.

2. El dret a la autonomia sexual, integritat sexual i seguretat del cos sexual. Inclou la capacitat de prendre decisions autònomes sobre la vida sexual dins d'un context de la pròpia ètica personal i social. També inclou el control i el gaudiment del nostre cos, lliures de tortura, mutilació i violència de qualsevol tipus.

3. El dret a la privacitat sexual. Dret a expressar les preferències sexuals en la intimitat sempre que estes conductes no interferisquen en els drets sexuals d'altres.

4. El dret a l'equitat sexual. Este dret es referix a l'oposició a totes les formes de discriminació, per raons sexe, gènere, orientació sexual, edat, raça, classe social, religió o discapacitat física, psíquica o sensorial.

5. el dret al plaer sexual. El plaer sexual, amb l'autoerotisme inclòs, és una font

Centres de Planificació Familiar i Sexualitat en la Comunitat Valenciana

Alaquàs

Pl. Fco. Tárrega Barber- s/n
Tf.: 961 51 03 61

Alboraya

C/ Canónigo Juliá, 33, 2
Tf.: 961 85 88 77

Alcoi

C/ Alcoleja, 3
Tel. 966 52 20 47

Aldaia

Antic Regne València s/n
Tel. 961 51 29 17

Alacant I

C/ Hércules, 19
Tel. 965 10 26 55

Alacant II

Casa del Mar. Muelle de Poniente, s/n
Tel. 965 92 59 65

Alacant III

C/ Hermanos López de Osaba, s/n (Antiguo Hospital Provincial)
Tel. 965 14 29 65

Altea-Callosa d'en Sarrià

Plaza de la Paz, 1 Bajo (Altea)
Tel. 966 88 00 25
Partida del Mirambó, s/n (Callosa)
Tel. 965 88 15 63

Alzira

C/ La Paz, s/n
Tel. 962 40 07 81

Aspe-Novelda

C/ Lepanto, 6 (Aspe)
Tel. 965 49 24 65
Pza Juan XXIII, s/n (Novelda)
Tel. 965 60 53 03

Barrio del Cristo

C/ La Unión, 4
Tel. 961 50 27 62

Benetússer

Av. Paiporta, s/n
Tel. 963 18 24 23

Benidorm

C/ Tomás Ortuño, 69
Tel. 966 80 58 00

Buñol

C/ Rafael Ridaura S/N
Tel. 962 50 16 28

Burriana

Carretera Nules s/n
Tel. 964 59 20 64

Callosa de Segura

C/ Tierno Galván, s/n
Tel. 965 31 24 11

Carlet- Carcaixent

San Bernardo, s/n (Carlet)
Tel. 962 99 43 80
C/ Bagnols Sur Ceze, s/n (Carcaixent)
Tel. 962 43 01 65

Carrús-Elx

C/ Olegario Domarco Seller, 93
Tel. 965 44 75 52

Castelló de la Plana I

C/ Moncofa, 39
Tel. 964 22 26 03

Castellón de la Plana II

C/ Moncofa, 39
Tel. 964 22 26 03

Cullera

Av. Diagonal País Valenciá, 4
Tel. 961 73 23 76

Dènia

Pl. Jaume I, 5
Tel. 966 42 05 60

Elda

Av. de las Acacias, s/n
Tel. 965 39 91 44

Elx-Altavix

C/Antonio Mora Fernández, s/n
Tel. 966 67 96 20

Fuente de San Luis

C/ Arabista Ambrosio Huici, s/n
Tel. 963 74 33 52

Gandia I

C/ la Delicada de Gandia, 16
Tel. 962 87 44 44

Gandia II

Pza Prado comarcal, s/n
Tel. 962 82 26 83 (Tavernes de La Valldigna)
C/ Historiador Bernardino Llorca, s/n (Oliva)
Tel. 962 85 18 91

Puerto de Sagunto

C/ Periodista Azzati, 5
Tel. 962 67 78 12

Hospital Dr. Peset

C/ Juan de Garay, 21
Tel. 963 77 30 10

Hospital General

Av. Tres Cruces, s/n
Tel. 963 50 21 66

Ibi

Av. De la Paz, 17
Tel. 965 55 46 47

L'Alfàs del Pi

Tel. 5889809

La Vall D'uijó

Ctra. Alfondiguilla, s/n
Tel. 964 66 63 66

L'Eliana

C/ Los rosales, 23
Tel. 961 65 55 00

Llíria

C/ José Pérez Martínez, s/n
Tel. 962 78 33 20

Malvarrosa

C/ Isabel de Villena, 2
Tel. 963 55 28 61

Manises

C/ Paterna, 6-8
Tel. 961 52 48 34

Massamagrell

C/ Dr. Miguel Servet, 48
Tel. 961 45 02 37

Moncada

Av. del Mediterráneo, s/n
Tel. 961 39 21 01

Ontinyent

Av. Albaida s/n
Tel. 962 91 31 24

Orihuela

Pl. de la Salud, s/n
Tel. 966 74 50 01

Paiporta

C/ Felipe II, s/n
Tel. 963 97 63 03

Paterna

C/ Clot de Joan, s/n
Tel. 961 37 13 92

Petrer

C/ Jesús Zaragoza, 3
Tel. 966 95 06 40

Quart De Poblet

Av. Trafalgar, s/n
Tel. 961 52 02 66

Sant Vicent del Raspeig

Ptda. Canastell, 16
Tel. 965 66 96 36

Segorbe

C/ Cronista Jaime Faus y Faus
Tel. 96 471 35 01

Serrería II

C/ Pedro de Valencia, 26
Tel. 96 356 40 79

Silla-Alcàsser-Picassent

Av. Ausias March s/n (Silla)
Tel. 961 21 24 97
C/ San Antonio, s/n (Alcasser)
Tel. 961 23 41 26

Sueca

Les Palmeres, s/n
Tel. 961 71 14 65

Torrent

C/ Pintor Ribera, 28
Tel. 961 56 64 21

Torreveija

C/ Urbano Arregui, 6
Tel. 966 70 82 25

Trinitat

C/ Flora, 7
Tel. 963 60 17 57

Utiel

Pl. Escuelas Pías, 1
Tel. 962 17 42 64

Vila-real

C/ Illes Columbretes, s/n
Tel. 964 53 59 61

Villena

C/ San Francisco, 1
Tel. 965 81 42 30

Vinaròs

C/ Arcipreste Bono, 22
Tel. 964 45 37 01

Xàtiva

C/ Ausias March, s/n
Tel. 962 27 76 54

Xirivella

C/ V. de los Desamparados, 18
Tel. 963 83 55 91

de benestar físic, psicològic, intel·lectual i espiritual.

6. El dret a l'expressió sexual emocional. L'expressió sexual és més que el plaer eròtic en els actes sexuals. Cada individu té dret a expressar la seua sexualitat a través de la comunicació, el contacte, l'expressió emocional i l'amor.

7. El dret a la lliure associació sexual. Significa la possibilitat de casar-se o no, de divorciar-se i d'establir altres tipus d'associacions sexuals.

8. El dret a prendre decisions reproductives, lliures i responsables. Dret a decidir sobre tindre descendència o no, el nombre i el temps entre cada fill i el dret a l'accés als mètodes de regulació de la fertilitat.

9. El dret a informació basada en el coneixement científic. La informació sexual ha de ser generada a través d'un procés científic lliure de pressions externes i difós de forma apropiada en tots els nivells socials.

10. El dret a l'educació sexual compren-

siva. Este és un procés que dura tota la vida, des del naixement i hauria d'involucrar totes les institucions socials.

11. El dret a l'atenció clínica de la salut sexual. L'atenció clínica de la salut sexual debe estar disponible per a la prevenció i el tractament de tots els problemes, preocupacions y trastornos sexuales.

Els drets sexuals són considerats drets humans fonamentals i universals.

Declaració del 13é Congrés Mundial de Sexologia, 1997. València, Espanya. Revisada i aprovada per l'Assemblea General de l'Associació Mundial de Sexologia, WAS, el 26 d'agost de 1999, en el 14é Congrés Mundial de Sexologia, Hong Kong.

cursos *congressos* *seminaris* *conferències*

CURSOS DE POSTGRAU I D'ESPECIALITZACIÓ DE LA UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Informació i preinscripcions:
Fundació Universitat-Empresa. ADEIT
Plaça Verge de la Pau, 3
46001-VALÈNCIA
Tel. 96 398 39 26 Fax: 963 51 28 18
www.adeit.uv.es
formacion.adeit@uv.es

► **DIPLOMA D'ÚLCERES VASCULARS, NEUROPÀTIQUES I PER PRESSIÓ. PEU DIABÈTIC. ACTUALITZACIÓ EN EL SEU TRACTAMENT. 4a edició**

Organitza:
Departament d' Infermeria.
Dirigit a:
Diplomats en Infermeria.
Duració i horari:
14/01/03 a 29/05/03.
170 hores.
Dimarts i dijous, de 16.00 a 20.00 hores.
Matrícula:
368,00 k
Preinscripció:
Fins al 20/12/02.

► **CERTIFICAT DE FORMACIÓ PEDIÀTRICA PER A FARMACÈUTICS. 6a edició**

Organitza:
Facultat de Farmàcia i Il·lustre Col·legi Oficial de Farmacèutics.
Col·labora:
Il·lustre Col·legi Oficial de Farma-

cèutics de València.
Dirigit a:
Llicenciats en Farmàcia.
Duració:
29/01/03 a 15/03/03.
72 hores.
De 16.30 a 20.30 hores
Matrícula:
455,00 k
Preinscripció:
Fins al 14/12/02

► **CERTIFICAT DE TERÀPIA REEQUILIBRADORA DE L'APARATO LOCOMOTOR. MÈTODE TRAL. 1a edició**

Organitza:
Departament de Fisioteràpia.
Dirigit a:
Diplomats en Fisioteràpia.
Duració i horari:
31/01/03 a 22/03/03.
45 hores.
Divendres vesprada, dissabte matí i vesprada (tres caps de setmana).
Matrícula:
331,00 k
Preinscripció:
Fins al 10/01/03.

► **CERTIFICAT D'ALIMENTACIÓ I DIETÈTICA. 4a edició**

Organitza:
Departament de Medicina Preventiva i Salut Pública, Bromatologia, Toxicologia i Medicina Legal.
Dirigit a:
Llicenciats en Farmàcia i Llicenciats en Ciència i Tecnologia d'Aliments.
Duració i horari:
27/01/03 a 13/02/03.
52 hores.
De 16.00 a 20.00 hores.
Matrícula:
340,00 k
Preinscripció:
Fins al 17/01/03.

► **CERTIFICAT DE MEDI AMBIENT I SALUT PÚBLICA PER A FARMACÈUTICS. 4a edició**

Organitza:
Departament de Medicina Preventiva i Salut Pública, Bromatologia, Toxicologia i Medicina Legal i Facultat de Farmàcia
Dirigit a:
Llicenciats en Farmàcia.
Duració i horari:
27/03/03 a 14/04/03.
40 hores.
De 16.00 a 20.00 hores
Matrícula:
300,00 k
Preinscripció:
Fins al 28/02/03.

► **CERTIFICAT D'ANATOMIA PER AL MOVIMENT. CINÈTICA RESPIRATÒRIA. 1a edició**

Organitza:
Departament de Fisioteràpia.
Dirigit a:
Diplomats en Fisioteràpia.
Duració:

23/05/03 a 15/06/03.
40 hores.
Divendres vesprada, dissabte matí i diumenge matí.
Matrícula:
331,00 k
Preinscripció:
Fins al 30/04/03

CURSOS de la Universitat internacional menéndez pelayo. comunitat valenciana

Informació:
Palau de Pineda
Plaça del Carme, 4, 46003-València
Tel. 96 386 98 02/04 Fax: 96 386 98 23
www.uimp.es
secretaria_valencia@uimp.es

► **TECNOLOGIA I SALUT: FÍSICA I BIOLOGIA DE LA TECNOLOGIA MÒBIL**

Duració:
30 hores
Dates:
Del 18 al 22 de novembre
Matrícula:
110,00 k

► **ETIOLOGIA DE L'ANORÈXIA**

Director:
Luis M. Roig Moreno.
Unitat Docent de Psiquiatria. Universitat de València / Responsable de la Unitat de Trastorns de la Conducta Alimentària. Hospital Universitari La Fe de València.
Secretària:
M^a Gloria Cava Lázaro.
Psicòloga de la Unitat de Trastorns de la Conducta Alimentària. Hospital Universitari La Fe de València.
Duració:
30 hores.
Dates:
Del 25 al 29 de novembre.
Matrícula:
110,00 k

1er CONGRÉS INTERNACIONAL SOBRE DONA I DISCAPACITAT

Data:
Del 27 de febrer a l'1 de març del 2003
Lloc:
València.
Organitza:
Conselleria de Benestar Social, Ministeri de Treball i Assumptes Socials. Ajuntament de València. Any Europeu de la Discapacitat
Informació:
C/ Colom, 80.
46004 València.
Telèfon: 96 386 50 34
Fax 96 386 58 31
mujdisc_congreso@gva.es
Secretaria tècnica:
Viajes El Corte Inglés.
Divisió de Congressos.
Passatge Ventura Feliú, 15
46007 Valencia
Telèfon: 96 310 71 89
Fax: 96 341 10 46
congressos.valencia@viajeseci.es

Programació provisional

27 de febrer de 2003
9.00 h.
Lliurament de la documentació.
10.00h.
Inauguració.
11.15 h.
Conferència: "Manifest europeu. polítiques de benestar social".
12.15 h.
Taula redona: "Dona discapacitada i integració social".
16.30 h.
Conferència: "Dona discapacitada i salut".
17.30 h.
Taula redona: "Polítiques de gènere i propostes institucionals"
17.30 h.
Comunicacions i tallers.
28 de febrer de 2003
10.00 h.
Conferència: "Dona, discapacitat i violència".
11.30 h.
Taula redona: "Dona, discapacitat i justícia".
16.30 h.
Taula redona: "Mitjans de comunicació".
16.30 h.
Comunicacions i tallers
1 de març de 2003
10.00 h.
Conferència: "Expectatives de futur".
10.45 h.
Lectura de conclusions
12.15 h.
Acte de cloenda.

42e CONGRÉS DE LA SOCIETAT ESPANYOLA DE CIRURGIA PEDIÀTRICA

Data:
Del 28 al 31 de Maig de 2003
Lloc:
València.
Informació:
Viajes El Corte Inglés.
Divisió de Congressos.
Passatge Ventura Feliú, 15
46007 Valencia
Telèfon: 96 310 71 89
Fax: 96 341 10 46
congressos.valencia@viajeseci.es

6a CONFERÈNCIA INTERNACIONAL DE MALALTIES D'ALZHEIMER I PARKINSON

Data:
Del 8 al 12 de maig de 2003
Lloc:
Sevilla.
Informació:
6th International Conference AD/PD
2003 Kenes International
17 Rue du Cendrier
P.O. Box 1726
CH-1211 Geneva 1 Switzerland
Tel: +41 22 908 0488
Fax: +44 845 127 5687 (International number)
E-mail: adpd@kenes.com



Malalties de transmissió sexual? Stop

Edita: Conselleria de Sanitat. Direcció General per a la Salut Pública.

Edició bilingüe valencià/castellà.

Les MTS són malalties infeccioses que es transmeten a través de les relacions sexuals en què entren en contacte mucoses infectades. Este fullet fa un repàs a les principals malalties d'este tipus: candidiasi, tricomoniasi, gonocòccia, pediculosi del pubis, sífilis, clamídia, hepatitis B, condilomes acuminats, herpes genital i sida. Se'n dedica un apartat a cada una, i s'explica com reconèixer-les, tant en l'home com en la dona, el tractament possible i les conseqüències que poden tindre si no es tracten.

Per a més informació podeu telefonar a la Unitat de Salut Sexual i Reproductiva (96 386 99 75).



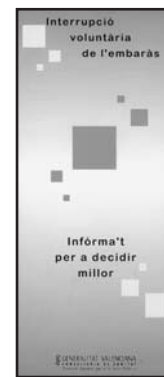
La píndola de l'endemà

Edita: Conselleria de Sanitat. Direcció General per a la Salut Pública.

Edició bilingüe valencià/castellà.

La píndola de l'endemà ha d'utilitzar-se únicament de manera excepcional, quan es produïssa algun problema amb el mètode anticonceptiu habitual. Este és un dels missatges que es destaquen en este fullet explicatiu dels aspectes més importants relacionats amb l'ús d'esta píndola. Altres informacions contingudes són: el termini de temps recomanat per a l'administració, on s'ha d'acudir per a la recepta i quin tipus d'informació has d'aportar. També s'inclou una llista de telèfons en què es pot obtindre més informació sobre este i altres aspectes relacionats amb la sexualitat.

Per a més informació podeu telefonar a la Unitat de Salut Sexual i Reproductiva (96 386 99 75)



Interrupció voluntària de l'embaràs

Edita: Conselleria de Sanitat. Direcció General per a la Salut Pública.

Edició bilingüe valencià/castellà.

Este tríptic arreplega la informació bàsica sobre la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE). S'hi dona resposta a preguntes com: què és, en quines situacions està legalitzada, on s'ha d'acudir; si està inclosa en el sistema públic de salut i com es practica. A més, el fullet inclou una sèrie de recomanacions que s'han de tindre en compte sobre el tema. Per a més informació podeu telefonar a la Unitat de Salut Sexual i Reproductiva (96 386 99 75)



La teua sexualitat sense dubtes

Edita: Conselleria de Sanitat. Direcció General per a la Salut Pública.

Editat en valencià i castellà.

La Direcció General per a la Salut Pública ha preparat este material audiovisual sobre sexualitat humana amb l'objectiu de cobrir la necessitat de disposar d'este tipus de recursos dinamitzadors de suport en l'àrea de l'educació sexual. Este material és una aposta per un treball participatiu i reflexiu en l'aula. Els tres vídeos s'estructuren sobre dos continguts que figuren en qualsevol programa d'educació sexual dirigit a jòvens: la sexualitat com un procés biogràfic (*Com ho vius tu?*) i la complexitat de la trobada eròtica en les relacions interpersonals i la importància de les decisions personals en la prevenció de problemes de salut associats a comportaments sexuals de risc (*No et crees problemes... i Confia en les teues decisions*).

Per a més informació podeu telefonar a la Unitat de Salut Sexual i Reproductiva (96 386 99 75)



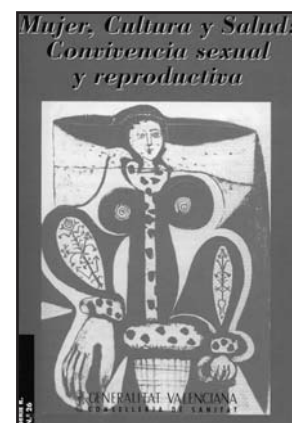
La teua sexualitat sense dubtes

Edita: Conselleria de Sanitat. Direcció General per a la Salut Pública.

Edició bilingüe valencià/castellà.

Utilitzar el preservatiu és la manera més segura d'evitar riscos innecessaris quan es mantenen relacions sexuals coitals. Explicar com s'utilitza correctament és el que es pretén amb les 10 recomanacions que es recullen en este fullet. Uns consells clars i concisos que ajuden a dissipar qualsevol dubte o falsa informació relacionada amb els preservatius: la conservació, la data de caducitat, la col·locació i retirada, així com els lubricants que es poden utilitzar de forma combinada amb el preservatiu.

Per a més informació podeu telefonar a la Unitat de Salut Sexual i Reproductiva (96 386 99 75)



Mujer, Cultura y Salud: Convivencia sexual y reproductiva

Edita: Conselleria de Sanitat. Direcció General per a la Salut Pública.

Diversos autors.

Editat en castellà.

Este llibre és el resultat de les diferents aportacions que els seus autors, metges d'hospitals valencians i professors d'història de l'art i de literatura de la Universitat de València, van presentar en el Tercer Curs sobre Dona, Cultura i Salut celebrat al novembre de 2001 a València. L'esperit d'este curs va ser, com ho demostren els diferents articles recollits en esta publicació, d'associar els estudis mèdics amb els literaris, artístics, dramàtics i cinematogràfics. L'homosexualitat, les malalties de transmissió sexual, els problemes de reproducció, les relacions de parella... s'estudien des del punt de vista tant científic com artístic. Per a més informació podeu telefonar a la Unitat de Salut Sexual i Reproductiva (96 386 99 75)

Telèfons d'informació

- TELÈFON JOVE DE LA SEXUALITAT ▶ 902 25 20 20
- ATENCIÓ TELEFÒNICA A DONES ▶ 900 58 08 88
- TELÈFON D'INFORMACIÓ SOBRE SEXUALITAT I CONTRACEPCIÓ (només els caps de setmana) ▶ 608 102 313

- INFOSALUT ▶ 900 161 161
- CENTRES D'INFORMACIÓ I PREVENCIÓ SOBRE LA SIDA
 - CIPS Alacant ▶ 96 524 05 63
 - CIPS Castelló ▶ 964 23 99 22
 - CIPS València ▶ 96 352 72 47



VS | 58

Pròxim número:
Tabaquisme