

**Guía de asesoramiento, información
y empoderamiento para entidades y
profesionales sobre la salud integral
en la mujer diversa.**

26D
Fundación
Veintiséis de Diciembre



Índice.

- ▶ **Pág 2.** *Concepto de Diversidad*

- ▶ **Pág 5.** *LGBTIAfobias*

- ▶ **Pág 6.** *Estrés de Minorías*

- ▶ **Pág 7.** *Mujeres lesbianas y bisexuales*

- ▶ **Pág 11.** *Mujeres trans*

- ▶ **Pág 13.** *Mujeres intersexuales*

- ▶ **Pág 17.** *Mujeres asexuales*

- ▶ **Pág 19.** *Posible planteamiento de preguntas para realizar a la usuaria y recogida de información.*

- ▶ **Pág 23.** *Mujer mayor lesbiana, bisexual, trans, intersexual y asexual. Diferencias respecto a la mujer cisgénero y heterosexual*

- ▶ **Pág 25.** *Maltrato a la mujer lesbiana, bisexual, transexual, intersexual y asexual.*

- ▶ **Pág 46 .** *Duelo en mujeres diversas*

- ▶ **Pág 52.** *Breve sobre delitos de odio contra mujeres diversas*

- ▶ **Pág 57.** *Guía para promocionar el autocuidado en mujeres LBTIA*

- ▶ **Pág 67.** *Anexo: modelo de entrevista a las mujeres diversas centrado en la salud*

- ▶ **Pág 76 .** *Bibliografía*

¿Por qué esta guía?

Esta guía ha sido elaborada por:

-Silvia Martín Lence

Psicóloga y sexóloga de la Fundación 26 de Diciembre.

Responsable del Programa de Salud Integral en Mujeres Diversas

Ilustración: Andrea Martínez



- Las mujeres lesbianas, bisexuales, asexuales, intersexuales y trans han sido frecuentemente discriminadas, olvidadas y/o negadas en prácticamente todos los ámbitos de la vida, especialmente aquellas de mayor edad.

- Esta guía pretende divulgar sobre la salud de estas mujeres, proporcionando información y asesoramiento para profesionales, personal sanitario y entidades LGBTIA que trabajen con mujeres lesbianas, bisexuales, asexuales, intersexuales y trans (LBTIA). De ahora en adelante también nos referiremos a ellas como mujeres diversas.

- Para ello, explicaremos el concepto de diversidad sexual, de cuerpo y de género, profundizaremos sobre las identidades de estas mujeres y explicaremos qué necesidades y problemas específicos tienen. Con esta guía ofreceremos también herramientas para saber atender a las usuarias diversas que precisen de distintos servicios sociales o sanitarios. Por último, nos centraremos en las mujeres diversas mayores y sus problemáticas, necesidades y fortalezas específicas y explicaremos las formas de maltrato.

1. Concepto de diversidad.

La diversidad sexual se refiere a la condición de ser diverso, es decir, al hecho de ser diferente o desigual, y sugiere una distancia de “la norma”, que es la heterosexualidad o el ser cisgénero. La diversidad significa variedad, diferencia y también abundancia. Cuando hablamos de diversidad en el ámbito LGBTIA nos referimos a la diversidad sexual, de cuerpo y género.

Otra definición alternativa sería la siguiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

-Diversidad sexual: Este término se refiere a la gama completa de la sexualidad, la cual incluye todos los aspectos de la atracción, el comportamiento, la identidad, la expresión, la orientación, las relaciones afectivas y/o sexuales. Se refiere a todos los aspectos de los seres humanos como seres sexuados.

A veces se llama de forma específica diversidad sexual a la diversidad de la orientación del deseo y los afectos, a quien nos atrae. Las personas pueden ser heterosexuales, lesbianas, gays, bisexuales, asexuales, etc.

Es importante no reducir la orientación sexual a las prácticas que se realizan o a la pareja actual que se pueda tener. La orientación sexual está compuesta por el afecto, cariño, las prácticas, la atracción, el deseo etc.

-Diversidad de cuerpo: Existen cuerpos con diversos tamaños y formas, y del mismo modo que hay personas, altas y bajas o con distintos rasgos, la genitalidad es igualmente diversa.

Aquellos cuerpos con genitales que no son categorizados de forma contundente en (lo que se cree que deberían ser) vulvas o penes se encuentran en el espectro de la intersexualidad o intergenitalidad. La intersexualidad engloba, además, todas las situaciones corporales intermedias entre lo que consideramos “femenino” o “masculino”. Esto incluye no sólo los genitales, sino los genes, hormonas, caracteres sexuales secundarios...,etc.

Se podría afirmar que todos los cuerpos son, hasta cierto punto, intersexuales, ya que existen personas de todos los géneros con más o menos vello, con o sin barba, con más testosterona o estrógeno, con más o menos pecho, etc. A nivel genital también existen personas con penes y testículos más grandes o pequeños, personas con vulva con clítoris más o menos grande, con labios vaginales externos e internos de diferentes tamaños. Hay cuerpos tan variados como personas.

-Diversidad de género: Al nacer a las personas se les asigna una etiqueta: hombre o mujer. Esta etiqueta se les adjudica en base a sus genitales y aspecto físico, pero no todas las personas están de acuerdo con esta etiqueta asignada. A estas personas se les denomina trans o transgénero. Aquellas personas que sienten que las etiquetas que les fueron asignadas al nacer sí les representan se les denomina personas cisgénero. Dentro de las personas cisgénero y trans hay una diversidad inmensa respecto a cómo cada persona se relaciona con su género.

Desmitificando.

Como decíamos al principio de esta sección, diversidad quiere decir diferencia, variedad, abundancia. La experiencia humana es infinitamente variada y así se refleja en nuestros cuerpos, sentires, atracciones y géneros.

La diversidad persigue no sólo la aceptación y tolerancia, sino la libertad, celebración y reivindicación de lo distinto.

El celebrar los cuerpos, géneros y orientaciones sexuales minoritarias nos hará más libres a absolutamente todas, todos y todes para ser quien queramos ser, sin vergüenza ni temor.

2. LGBTIAfobia

• Cuando hablamos de **LGBTIA-fobia** o **diversofobia** nos referimos a los hechos de intolerancia, discriminación o rechazo a personas lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersexuales y asexuales por razones de orientación sexual, cuerpo y/o identidad de género. Las mujeres diversas, además de sufrir discriminación por su orientación sexual (lesbofobia, bifobia y acefobia), su cuerpo (intersexofobia) o su identidad de género (transfobia) sufren misoginia por el hecho de ser mujeres.

Las mujeres LBTIA (especialmente aquellas que se relacionan afectivo-sexualmente con hombres) tienen mayor riesgo de sufrir violencia de género, violencia sexual y acoso que las heterosexuales y cisgénero respectivamente. Esto se puede ver reflejado consistentemente en los estudios realizados por la Encuesta Nacional de Violencia Intra-Pareja y de Violencia Sexual de Estados Unidos (National Intimate Partner and Sexual Violence Survey, NISVS) en 2010 y 2011.

Las mujeres intersexuales pueden sufrir violencia médica cuando sus cuerpos son operados y modificados sin su consentimiento para encajar en el aspecto que consideran que deberían tener sus genitales.

3. ¿Qué es el estrés de minorías?

·Las personas pertenecientes a minorías identitarias (personas migrantes, LGBTIA etc.) están sujetas a estrés crónico por vivir en una sociedad que les discrimina y estigmatiza. A esto se le denomina estrés de minoría.

·Este estrés de minoría está influido por diversos factores: tener una mala conceptualización de uno mismo o de su identidad, el número de experiencias de discriminación, etc.

·En el caso de las mujeres diversas (LBTIA) los factores por los que se compone el estrés de minoría son:

-Tener lesbofobia, bifobia, intersexfobia, acefobia/asexualfobia o transfobia interiorizada. Es decir, sentimientos negativos hacia la propia identidad y actitudes fóbicas o discriminatorias hacia el colectivo al que se pertenece

-Estigma: tener expectativas de rechazo y discriminación.

-Sufrir experiencias de discriminación y violencia (victimización)

El estrés de minoría, combinado con los estresores vitales a los que se puedan exponer distintas personas puede llevar a peores condiciones de salud mental y física, como depresión y mayores tasas de suicidio.



4. Mujeres lesbianas y bisexuales

¿Quiénes son?

- Las mujeres lesbianas son mujeres que les atraen otras mujeres de forma romántica, afectiva y/o sexual. Su atracción también puede incluir a personas no binarias. Hay lesbianas butch, femme, masculinas, femeninas, con más o menos pluma.
- Las mujeres bisexuales son mujeres con capacidad de sentir atracción romántica, afectiva y/o sexual por múltiples géneros, no necesariamente al mismo tiempo, ni de la misma manera, no necesariamente en el mismo grado ni con la misma intensidad. Las mujeres bisexuales, al igual que las lesbianas, tienen una gran variedad de expresiones de género.

Desmitificando.

Es importante destacar que tanto las mujeres lesbianas como bisexuales pueden sufrir violencia intra-género cuando tienen vínculos con otras mujeres.

Las relaciones entre mujeres pueden ser buenas, sanas y seguras o pueden ser conflictivas e, incluso, violentas. Es importante no subestimar la violencia en estas parejas, ya que podríamos estar ignorando una situación peligrosa y dejando a alguien sin ayuda.

Las mujeres que se relacionan sexo-afectivamente con otras mujeres pueden sufrir violencia económica, física, sexual, psicológica y ambiental.

Las mujeres bisexuales además pueden sufrir violencia de género cuando están en pareja con hombres. Además, son el colectivo que más violencia sufre por orientación sexual: sufren más violencia sexual y de género que las mujeres heterosexuales y lesbianas: el 61% ha sufrido acoso sexual, agresiones sexuales o violencia de género por parte de una pareja. Las mujeres bisexuales pueden sufrir discriminación desde dentro del propio colectivo: ser llamadas traidoras o indecisas cuando se relacionan afectivo-sexualmente con hombres.

Asimismo, son a menudo hipersexualizadas o fetichizadas, especialmente por hombres heterosexuales. Su orientación sexual puede ser tomada menos en serio ya que a menudo se percibe la bisexualidad como una fase o etapa de la que emergerá una orientación sexual final distinta: homosexual o heterosexual. Este estigma hace que muchas mujeres bisexuales permanezcan en el armario.

Por otro lado, la creencia de que las mujeres bisexuales son "heterosexuales en el fondo" y el prejuicio de que son promiscuas o "fáciles" normaliza la violencia sexual y de género contra ellas. No hay nada de malo en ser "promiscua" o "fácil", sin embargo, asociar unos rasgos a una orientación sexual siempre es un prejuicio. Nadie es más ni menos promiscuo por tener una orientación sexual u otra, depende de cada persona.

La bisexualidad no es una orientación sexual incompleta, una fase ni un peldaño en el camino hacia hacerse homosexual o heterosexual. Es una orientación sexual real, válida y legítima. Las mujeres lesbianas pueden sufrir lesbofobia debido a que, como las mujeres bisexuales, suelen ser fetichizadas o su orientación sexual no se toma en serio. Esto puede traducirse en mayores niveles de acoso laboral, sexual y callejero. Las lesbianas están a menudo infrarrepresentadas en los medios de comunicación y la cultura popular.

Sus relaciones a menudo se presentan de forma dicotómica: o bien de forma hipersexualizada o infantilizada y desexuada. En el caso de la hipersexualización, se despoja a las mujeres lesbianas de su humanidad y se reduce su existencia a una fantasía sexual para la mirada masculina heterosexual. No es ninguna sorpresa que la categoría más buscada de porno suela ser "lesbiana" todos años (o al menos esté entre las tres categorías más buscadas del top 3 según Pornhub). Esto lleva a que en circunstancias fuera del porno también se retraten o conciban las relaciones entre mujeres lesbianas de esta forma.

En el extremo opuesto nos encontramos la representación de las mujeres lesbianas como relaciones idílicas, platónicas, puras, sin relaciones sexuales ni deseo propio. La oscilación entre estos dos opuestos en absoluto retrata la realidad completa de las mujeres lesbianas ni la representación que merecen.

Es frecuente que a las mujeres que se relacionan sexualmente con otras mujeres se les acabe disuadiendo o desanimando respecto a realizarse revisiones ginecológicas y pruebas de ITS/ITG (Infecciones de Transmisión Sexual / Infecciones de Transmisión Genital). Esto sucede aún con más frecuencia en mujeres lesbianas, entre otros motivos por la desexualización de sus relaciones. Por otro lado, se percibe que tienen menos riesgo de contraer ITS/ITG porque se asume que las prácticas de las mujeres que tienen sexo con otras mujeres son más seguras.

Mientras que hasta cierto punto esto puede tener sentido, ya que hay prácticas mediante las cuales el riesgo de transmisión puede ser más bajo que en otras como el sexo oral, por ejemplo, esto es asumir que dichas mujeres se limitan a cierto tipo de prácticas concretas y a la vez se subestima el riesgo de estas.

El sexo oral es justamente una de las prácticas en las que menos métodos de barrera se suelen emplear. Por lo tanto, existe cierta contradicción en asumir que esto es una práctica 100% segura.

Por otro lado, las mujeres lesbianas y bisexuales pueden tener prácticas de todo tipo, con más o menos riesgo, y es indispensable evaluar individualmente las necesidades de cada una.



5. Mujeres trans

Las personas trans son personas que no se identifican con el género que les asignaron en su nacimiento. Es decir, son personas que en algún momento de su vida descubren que el género que les han dicho que son o que han aprendido a vivir no es aquél que les corresponde. **Las mujeres trans** son personas que fueron asignadas “hombre” al nacer, pero cuya identidad de género es mujer. Al nacer, a las mujeres trans se les adjudica la categoría “hombre” en base al aspecto de sus genitales, pero estas descubren (tarde o temprano) que esto no les corresponde; son las personas del colectivo que más discriminación y violencia suelen sufrir, especialmente si son migrantes o racializadas.

El colectivo trans sufre de una tasa de desempleo de en torno al 80% o más en el caso de ser personas vulnerables o discriminadas por más motivos: ser extranjeras, tener algún problema de salud mental, discapacidad etc.

Según un estudio de 2015 de EE. UU. el 47% de la población trans sufre algún tipo de agresión sexual a lo largo de su vida. En España tenemos estudios más modestos en cuanto a muestra, pero también apuntan a que el 16% de las personas trans sufrieron agresiones físicas o sexuales según un estudio de 2018 de la FELGTB.

Es 2,5 veces más probable que las mujeres trans sean acosadas (sufran stalking) y sufran violencia económica frente al resto de la población. Además, tienen el doble de posibilidades de sufrir acoso online que el resto de la población.

A la vista de estos datos, es indispensable educar a la población, instituciones y entidades sobre personas trans y más concretamente sobre las necesidades que tienen las mujeres trans.

Desmitificando.

- **Es importante no asumir que las mujeres trans “nacieron en el cuerpo equivocado”.**

Hay mujeres trans a gusto con su cuerpo y otras que no, igual que las mujeres cis.

- **Hay mujeres trans que deciden optar por procesos hormonales u operaciones para modificar su aspecto y sentirse más acuerdo con su identidad. Hay muchas otras que no. Hacer una cosa u otra no hace su identidad más o menos legítima, válida ni real.**

- **Las mujeres trans no tienen que “performar” o mostrar ningún tipo de feminidad, conducta ni aspecto concreto para ser mujeres.**

- **Hay mujeres trans heterosexuales, lesbianas, bisexuales, asexuales...**

6. Mujeres intersexuales

Las mujeres intersexuales son personas cuyos cuerpos o genitales han sido identificados dentro del espectro de la intersexualidad o intergenitalidad. Es decir, sus genitales no han sido identificados dentro de lo que se cree que debería de ser el aspecto de una vulva. Pueden tener tejido tanto de ovarios como de testículos y/o tener cromosomas XY, XX... o cualquier otro. Ningún cuerpo pertenece a un género u otro, por lo que las mujeres intersexuales pueden tener cuerpos y aspectos muy variados. No son sus genitales ni corporalidad lo que les define como mujeres, sino el hecho de que se sientan e identifiquen como tal.

Al nacer, muchas de ellas no son identificadas como tal: se les juzga en base al aspecto de sus genitales o su físico y se decide por ellas el sexo o género que son. Esto puede ser frecuentemente acompañado de cirugías “feminizantes” o “masculinizantes” para que los genitales de estas personas encajen más rígidamente en la dicotomía pene-vulva. Lo cierto es que la diversidad es mucho más variada que estas dos categorías tan cerradas y a menudo se somete a las personas intersexuales a cirugías que son puramente estéticas y no tienen ningún otro fin médico. En ocasiones, hay médicos que dicen a los padres de estas personas que oculten a sus hijas que son intersexuales y que esta omisión será “mejor para ellas”.



Estas operaciones realizadas sin el consentimiento de la propia mujer pueden traer consecuencias negativas psicológicas y médicas: dificultad, ardor o dolor al orinar o al tener relaciones sexuales, reducción de la sensibilidad genital y el placer, problemas hormonales, identitarios, rechazo al propio cuerpo, etc.

En todos estos casos estamos hablando de cambiar el cuerpo de una persona sin su consentimiento y, por lo tanto decidiendo qué aspecto, qué género y, a veces, hasta que prácticas y orientación sexual deberían de tener. Por ejemplo: a una mujer intersexual que se le hace una construcción de una neovagina (al haber nacido sin ella) para encajar mejor en el binarismo de género se le está adjudicando tanto unos genitales como unas prácticas en su nombre.

La construcción de una neovagina requiere el uso de dilatadores para mantenerla y que no se atrofie, a veces acompañamiento hormonal etc. En este ejemplo se parte de la base de que la persona a la que se realiza esta operación será una mujer, heterosexual que realizará prácticas penetrativas y, por lo tanto se le marca un guión de vida en el cual dicha persona no ha sido partícipe de ninguna manera.

En definitiva, el que una persona intersexual, o más concretamente una mujer intersexual decida operarse o no (u hormonarse o no) es una decisión grande y que puede acompañar a las personas toda una vida. Por este motivo es indispensable que esta sea tomada por la propia mujer en cuestión, con acceso a toda la información posible. Las mujeres intersexuales luchan por ser visibles y que la autodeterminación sobre sus cuerpos sea un derecho humano garantizado.

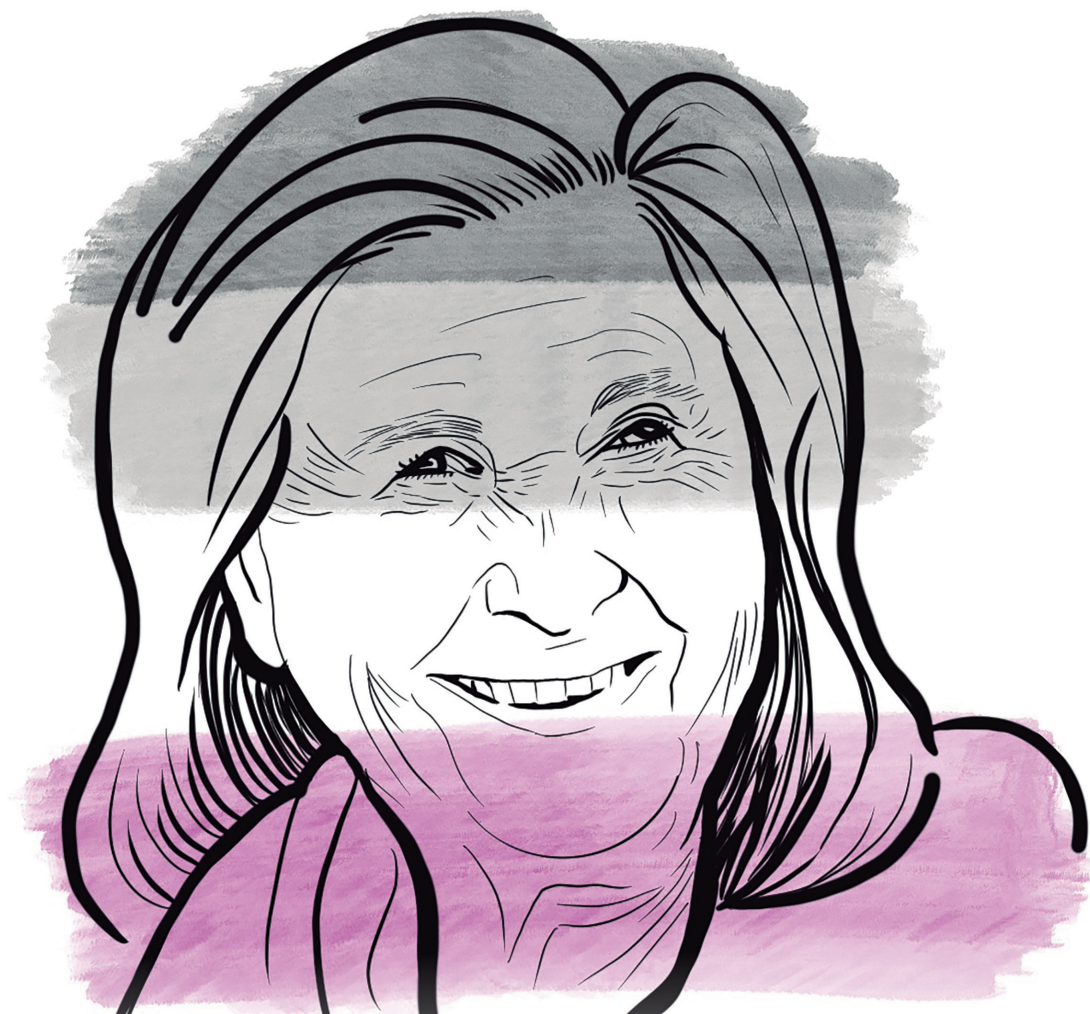
Desmitificando.

- **Independientemente de que una persona tenga cromosoma XX y XY, la expresión de estos puede producir genitales intersexuales en el desarrollo corporal. La intersexualidad tampoco depende exclusivamente de los cromosomas. Existen intersexualidades tanto cromosómicas, XXY, X0, XYY... como no cromosómicas. Un ejemplo de intersexualidad no cromosómica es el caso de los güevedoces en República Dominicana. Allí estos bebés son asignados niñas al nacer y tienen cromosomas XY. En la pubertad desarrollan testículos (inguinales) y suelen ser criados como chicos y este proceso es aceptado con relativa naturalidad. Otras personas güevedoces deciden operarse y/o identificarse como mujeres.**
- **Los cuerpos de las mujeres intersexuales no necesitan ser corregidos, ni son ambiguos, son un tipo de cuerpo más. Los cambios que realizamos a nuestros cuerpos (si es que decidimos cambiarlos) deben de ser decisiones personales, libres de presión y estigma.**
- **La intersexualidad es un reflejo de la diversidad corporal, todos los cuerpos son válidos y dignos de aceptación y celebración. Se estima que el 1,4% de la población es intersexual, si bien esta cifra puede estar subestimando la realidad, ya que existen muchos tipos distintos de intersexualidad y muchas personas intersexuales que no saben que lo son.**

Algunos tipos de intersexualidad (como el caso de los güevedoces) no se suele detectar en el nacimiento, sino en la pubertad, porque hay personas que no averiguan que son intersexuales hasta la adolescencia o más tarde, y otras personas jamás lo saben.

- **Es importante que los profesionales sanitarios no deshumanicen a estas mujeres con exploraciones invasivas o intervenciones innecesarias. Del mismo modo, no se las debe usar de ejemplo o lección ante estudiantes de medicina, enfermería, etc. Tener a múltiples personas examinándote o tratándote como un fenómeno en vez de cómo una persona puede ser muy hiriente e incluso traumatizante. Al igual que con todas las demás pacientes, es importante mantenerlas informadas de las exploraciones e intervenciones que se están realizando y que se pida activamente su consentimiento antes de realizar ninguna de estas.**

- **Hay mujeres intersexuales que son heterosexuales, lesbianas, bisexuales, asexuales... Algunas de ellas se identifican como mujeres trans también, pero generalmente no es el caso. Ser intersexual y ser trans son dos cosas distintas.**



7. Mujeres asexuales

Las **mujeres asexuales** son mujeres que no experimentan atracción sexual dirigida hacia otras personas. Es decir, pueden experimentar otros tipos de atracción como romántica, platónica, estética, intelectual... pero no experimentan atracción sexual hacia otras personas o apenas la experimentan (en frecuencia y/o intensidad). Pueden experimentar atracción no sexual (como por ejemplo romántica) hacia hombres, mujeres, personas no binarias etc. Es decir, pueden ser también heterorrománticas, birrománticas u homorrománticas.

Estas mujeres pueden enamorarse, tener libido o excitación sexual, realizar prácticas masturbatorias, etc... o no. Depende de cada persona. Del mismo modo la actitud que tengan estas mujeres hacia el sexo puede ser positiva, negativa o neutra, al igual que el resto del mundo, su visión dependerá de cada una de ellas. No es tampoco lo mismo ser asexual que célibe. Las mujeres asexuales pueden tener relaciones sexuales con sus vínculos con más o menos frecuencia o nunca, dependiendo de cada persona. A veces pueden sentir presión social o por parte de sus parejas para tener relaciones sexuales, e incluso varias han sufrido agresiones sexuales, tal y como refleja un censo realizado por ACES, la asociación española de personas asexuales. De una muestra de personas asexuales de todos los géneros, el 32% afirmó haber sufrido violencia sexual, más de la mitad de estas a manos de su pareja.

Desmitificando.

- **Las mujeres asexuales no están rotas ni incompletas, ni son asexuales debido a haber sufrido violencia sexual. Pueden haber sufrido agresiones sexuales o experiencias traumáticas, pero esto en sí no las hace asexuales. La asexualidad es una orientación sexual válida y real, tanto en personas que han sufrido abusos como en aquellas que no.**
- **Las mujeres asexuales no necesitan conocer "a la persona adecuada" para experimentar atracción sexual.**
- **Las mujeres asexuales no están confundidas o atravesando una fase ni "ya se les pasará", su orientación merece el mismo respeto que todas las demás.**

8. Posible planteamiento de preguntas para realizar a la usuaria y recogida de información.

¿Cómo preguntar de forma trans-inclusiva?

Al preguntar por el nombre y datos de las mujeres diversas (y de cualquier persona) es importante no asumir que lo que pone en su DNI es el trato que desean recibir.

Algunas pautas para atender a usuarias son:

- *¿Con qué nombre quieres que te llame?*
- *¿Cómo quieres que me dirija a ti?*
- *¿Qué pronombres quieres que use al hablar contigo / dirigirme a ti?*

Es importante tomarse un momento para interiorizar estas respuestas y apuntarlas, no sólo en los informes sino para nuestro propio uso e interacción con ellas. Si cometemos un error al referirnos a la usuaria que tenemos delante es importante pedir disculpas de forma concisa, reformular la oración y continuar con el resto de la intervención. Si hacemos demasiado hincapié en pedir perdón podemos hacer que las usuarias se sientan incómodas, ya que estaremos centrándonos en nuestros propios sentimientos de culpa más que en hacer que ellas se sientan bien acogidas y a gusto.

En definitiva, la intervención no va sobre nosotr@s por lo tanto es recomendable evitar verbalizar oraciones como “lo siento mucho, es que es muy difícil” “lo siento mucho, no me acostumbro.” Ahí invalidamos a la usuaria y nos centramos en nuestros propios sentimientos de incomodidad.

Por otro lado, si alguien nos corrige al referirnos a ella (diciendo sus pronombres o su nombre correcto), es recomendable dar las gracias antes que decir lo siento. Pedir perdón (de forma exagerada o dramática) puede poner a la otra persona en una situación en la que tenga que consolarnos y asegurarnos de que no pasa nada. Verbalizar oraciones como “muchas gracias por decírmelo”, “gracias por corregirme, no volverá a pasar”, “perdona, gracias por decírmelo” facilitan nuestra toma de responsabilidad en la situación. Además, es probable que hagamos sentir más cómodas a las usuarias de esta forma.

¿Cómo recoger la información de forma adecuada?

En ocasiones desde servicios sociosanitarios o distintas entidades y asociaciones que trabajamos con mujeres diversas podemos presuponer o dar por sentada información personal sobre las usuarias a las que atendemos. A continuación, se exponen algunas pautas para evitar caer en estas asunciones:

- Como ya se ha mencionado en el punto anterior, no se debe presuponer el género y pronombre de la persona a la que atendemos, incluso si tenemos ya su DNI o cierta información previa.

Para evitar errores o malgenerizaciones (llamar a alguien por un género que no es el suyo) debemos evaluar bien la información de la que disponemos y preguntar adecuadamente sobre el género y los pronombres de la usuaria.

· Tampoco podemos presuponer la orientación sexual de la persona que tenemos delante, ni siquiera si nos menciona el género de su pareja o las prácticas que está teniendo. Ni las prácticas ni la pareja actual de una persona definen su orientación sexual. La etiqueta o identidad de la persona que tenemos delante puede ser definida solamente por ella. Por otro lado, también tenemos que evitar forzar ese etiquetado, y dejar espacio a las personas que todavía no tienen claro quiénes son (o no desean hacerlo).

· Ni la orientación sexual, ni el género de las personas nos informa automáticamente de los tipos de prácticas sexuales que mantienen. Una mujer por ser lesbiana, bisexual, trans, intersexual o asexual no tiene un tipo de prácticas concretas o deja de tenerlas. Es absolutamente necesario preguntar por las prácticas que mantienen estas mujeres o ausencia de ellas para realizar las revisiones de ITS/ITG relevantes. Hay que tener en cuenta que las mujeres diversas pueden tener prácticas sexuales orales, masturbatorias, anales, vaginales, etc. Por lo tanto, en cada caso habría que realizar los exudados relevantes ya sean vaginales, orales, faríngeos o rectales. ¡No todas las mujeres tienen vulva!
Por lo cual, habría también que preguntar explícita y cuidadosamente por las prácticas que tiene cada mujer.

Desmitificando.

• **A menudo se piensa en las relaciones entre mujeres como asexuadas (carentes de sexualidad propia) y se perciben como románticas, idóneas e, incluso, se les trata como niñas e infantiliza sus relaciones. Se tiende a percibir a las mujeres como objetos sexuales o sujetos deseados más que sujetos deseantes con autonomía y deseos propios.**

• **Existe el estereotipo de que los hombres que se relacionan sexo-afectivamente con hombres son promiscuos y que las mujeres que se relacionan sexo-afectivamente con mujeres son todo lo contrario: sus relaciones están más basadas en el afecto y cariño exclusivamente que en el sexo y son consideradas más "puras". Estos estereotipos nos conducen a pensar de forma reduccionista y superficial sobre ciertos colectivos e incluso pueden resultar peligrosos. Cada persona tiene prácticas distintas independientemente de su género y orientación sexual.**

• **En el caso de las mujeres que se relacionan sexo-afectivamente con otras mujeres se tiende a infravalorar el riesgo de contagio de ITS/ITG (Infecciones de Transmisión Sexual / Infecciones de Transmisión Genital) asumiendo que no se suelen contraer entre mujeres diversas. Sin embargo, tienen riesgo de contraer ITS o ITG, a veces más aún que las mujeres heterosexuales debido a la falsa seguridad que aporta pensar que las mujeres diversas no suelen contraerlas.**

9. Mujer mayor lesbiana, bisexual, trans, intersexual y asexual.

Diferencias respecto a la mujer cisgénero y heterosexual.

Las mujeres mayores lesbianas, bisexuales, asexuales, intersexuales y trans pueden sufrir problemas añadidos a aquellos que sufren las mujeres heterosexuales y cisgénero:

- Soledad no deseada
- Rechazo y/o abandono por sus familias
- Rechazo y/o abandono por su grupo de pares
- Incomprensión o falta de empatía
- Estigma
- Discriminación en los ámbitos sanitarios o atención deficiente e incompleta
- Infantilización y desexualización de sus relaciones

Las mujeres diversas mayores pueden vivir sus identidades de forma muy distinta dependiendo de su localización, entorno y red social. Las vivencias de estas mujeres pueden variar mucho si viven en un entorno rural o en una gran ciudad, de las creencias que tienen sobre su identidad, si tienen una comunidad que las acepta o viven dentro del armario.

En definitiva, si las experiencias de las mujeres diversas son extremadamente heterogéneas, esta heterogeneidad se amplifica aún más cuando son mayores. El vivir en entornos rurales suele estar asociado a tener una comunidad de apoyo más pequeña o incluso inexistente y vivir dentro del armario. Además, en entornos rurales es más probable que haya menos recursos específicos destinados para las personas LGBTIA, por lo que las mujeres diversas tienden a tener peor acceso a servicios sanitarios en estos lugares.

La falta de acceso a una sanidad de calidad con perspectiva de género y sobre la diversidad puede resultar en peor salud mental, mayor tasa de suicidio y menor bienestar general.

Por otro lado, tienen mayor probabilidad de sufrir aislamiento y, por lo tanto, soledad no deseada. Esto las pone en una mayor posición de vulnerabilidad ante la discriminación y el maltrato que puedan sufrir, ya que la red de apoyo es indispensable para identificar la violencia, apoyar en el proceso de denunciarla y sobrellevarla.

A lo largo de la historia han estado más invisibilizadas y en la actualidad, con todas las ventajas y desventajas que esto conlleva. Por este motivo, hasta cierto punto es más improbable que sufran ciertas violencias que suelen sufrir hombres del colectivo LGBTIA, pero esta invisibilidad resulta en menor atención, visibilidad y servicios especializados para ellas. Menos actividades, servicios sanitarios, más olvido y desexualización e infantilización de sus relaciones.

Al prescindir de aquello que muchas otras personas heterosexuales y cisgénero pueden tener, esto ha resultado en retos y también fortalezas y resiliencias. El salir del modelo de la familia nuclear es también la liberación de qué aspecto debe tener el amor.

Las familias elegidas permiten la libertad de empezar de cero el concepto de quién eres, a quién y cómo quieres. La libertad de decidir quién es tu círculo y tus apoyos y que este esté basado verdaderamente en la aceptación y celebración de quién eres.

10. Maltrato a la mujer lesbiana, bisexual, transexual, intersexual y asexual.

Apenas existen herramientas para detectar el maltrato que sufren las mujeres diversas. Dichas mujeres pueden sufrir violencia de género en relaciones con hombres y/o violencia intragénero si salen con otras mujeres, además de violencias específicas lesbóforas, bífobas, transfobas, intersexóforas y aceforas. A continuación, se expondrá en mayor detalle cómo se pueden materializar estas formas de maltrato dentro de una relación de pareja.

10.1 Violencia de género

Citando a la LEY ORGÁNICA 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género:

“La violencia de género no es un problema que afecte al ámbito privado. Al contrario, se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad. Se trata de una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión”.

Por lo tanto, la violencia de género engloba todos los tipos de violencia de hombres hacia mujeres para controlar y dominar a las mujeres y está basada en la creencia de la inferioridad de estas.

La violencia de género tiene varias fases. En la primera fase aumenta el nivel de conflictividad progresivamente hasta llegar a la segunda fase: agresión. La agresión puede ser física, psicológica, sexual, etc. Posteriormente, la persona que abusa intenta reconquistar a la víctima: a veces pidiendo perdón, a veces teniendo conductas de acercamiento, haciendo regalos, halagos, prometiendo que no volverá a suceder... Tras cada ciclo, en la segunda fase, el nivel de agresión o violencia va escalando, superando límites nuevos. Por ejemplo, pasando de los gritos a los insultos o de insultos a una agresión física. La fase de luna de miel además se va acortando con cada ciclo, las agresiones escalan en gravedad y van haciéndose cada vez más frecuentes.

Por otro lado, se denomina violencia intragénero a aquella que tiene lugar en las relaciones afectivas y sexuales entre personas del mismo sexo o género. Ésta es un ejercicio de poder y su finalidad es controlar y dominar a la víctima, al igual que sucede en la violencia de género. Tanto en la violencia de género como en la intragénero pueden darse los mismos tipos de agresiones. La diferencia es que, detrás de la violencia de género o violencia machista existe un sistema patriarcal de valores, creencias, actitudes y estereotipos que fomentan las desigualdades entre hombres y mujeres. Por este motivo, está extremadamente extendida, normalizada y reforzada tanto a nivel social como institucional.

La violencia intragénero, por otro lado, es un ejercicio de poder entre dos personas del mismo sexo o género y tiene algunas características distintas, si bien se pueden dar los mismos tipos de agresiones que en la violencia de género.

Los tipos de violencia que pueden ejercerse sobre las mujeres son los siguientes:

-VIOLENCIA FÍSICA-

Hacer uso de la fuerza física para causar un castigo corporal. Por ejemplo: llevar a cabo agresiones físicas con objetos o el cuerpo, dar puñetazos, empujones, arañar, tirar del pelo, estrangulamientos, tirar por las escaleras, encerrar a la mujer, etc.

A veces esta violencia puede estar encubierta bajo la broma o contextos determinados (por ejemplo ciertos actos sexuales) y puede ser más difícil de identificar. En todos estos casos se transgrede el espacio corporal de la mujer sin su consentimiento.

Llevado al extremo, la violencia física puede llegar al asesinato.

-VIOLENCIA SEXUAL-

Según la OMS podría definirse como “todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”. El uso de extorsión, intimidación o amenazas engloba distintos grados de intensidad, abarcando desde las amenazas o coacciones explícitas hasta chantajes emocionales más sutiles. Algunos ejemplos de chantaje emocional son verbalizaciones como “¿es que ya no te atraigo?”, “¿es que no me quieres?” donde el agresor juega con hacer sentir culpable a la víctima para que acceda a tener relaciones sexuales. El consentimiento bajo presión o chantaje no es consentimiento.

También hablamos de violencia sexual si la víctima realiza actos sexuales por miedo, si está bajo los efectos del alcohol o drogas o si existe una asimetría de poder. En casos en los que, por ejemplo, hay una persona mayor de edad y otra menor, o una persona es el jefe de la otra, hablamos de diferencias de poder de base, por lo que el consentimiento no puede existir.

-VIOLENCIA PSICOLÓGICA-

La más frecuente y transversal a todas las demás violencias. Puede manifestarse mediante insultos, gritos, descalificaciones, malos gestos, chantajes, humillar en público o en el ámbito privado, retirar la palabra, minimizar los sentimientos de la víctima, usar sarcasmo o humor hiriente, chistes recurrentes, señalar aspectos de la víctima que le acomplejan o sus inseguridades de forma constante, etc. Entre estas violencias también cabe destacar el gaslighting o luz de gas, que consiste en hacer creer a la víctima que su percepción de la realidad es errónea. Dicho de otro modo, los agresores intentan reescribir la realidad de la víctima, invalidando sus experiencias y sentimientos, a veces intentando hacerles creer que “están locas” o “son unas exageradas”. Minimizar, desacreditar los sentimientos de la víctima o fingir que los conflictos que se tienen en la pareja “no existen” o “no son para tanto” es una forma sutil de gaslighting. Otra estrategia que adoptan a veces los agresores es ignorar a la víctima cuando ésta expresa su malestar o sus necesidades.

Una forma más de violencia psicológica es amenazar con la ruptura de la pareja o con suicidarse con la finalidad de hacer sentir culpable a la víctima o controlarla. Por otro lado, cuando la víctima intenta alejarse de su agresor otra forma de violencia psicológica es transmitir mensajes como “te vas a quedar sola”, “no eres nadie sin mí”, “te vas a arrepentir” o de nuevo amenazar con el suicidio para que no le deje.

La violencia psicológica es difícil de detectar y demostrar, debido a que generalmente se efectúa en el ámbito privado o es menos evidente que otras violencias.

Además, dicha violencia está mucho más normalizada que otras y existen menos herramientas para detectarla.

-STALKING-

El acoso intencionado, malicioso y reiterado en el tiempo a otra persona que puede suponer una amenaza para la seguridad de esa persona. Se denomina acoso a seguir o vigilar a una persona y puede ser tanto de forma presencial como online vía redes sociales.

Es importante destacar que en la mayoría de los casos que sucede stalking, este está perpetuado por una persona conocida para la víctima, siendo normalmente la pareja o expareja. El estereotipo de una persona anónima obsesionada con otra existe en ciertos casos, pero es minoritario. Esta vigilancia supone un gran estrés para la víctima, que se sentirá insegura, amenazada y observada, a menudo limitando su vida o acciones.

En definitiva, esto es otro tipo de violencia de género debido a que coarta la libertad de la víctima y provoca miedo sobre ella.

-VIOLENCIA ECONÓMICA-

Control sobre la economía, los gastos, el dinero de la pareja o en el caso de que la mujer no tenga ingresos propios, limitar el acceso a ninguna autonomía económica. Por ejemplo, si ella se dedica a las labores de la casa, cuidados y crianza, que se la manipule a través del dinero o la retirada de éste. Otro tipo de violencia económica que se puede ejercer en el marco de la violencia de género es obstaculizar o impedir que la mujer encuentre trabajo o ingresos propios. Además, el trabajo en casa o con los hijos, al no ser reconocido económicamente en la mayoría de los casos, puede resultar en una mayor dependencia económica por parte de la víctima hacia el agresor.

El desprestigiar las labores del cuidado, crianza y labores domésticas es también otra forma de maltrato. Emplear oraciones como “yo traigo el dinero a casa” como arma arrojadiza en estas situaciones sería también otra forma de violencia de género.

-VIOLENCIA AMBIENTAL-

Descargar la ira contra objetos, bienes, etc. Se considera violencia ambiental tanto si el objeto pertenece a la víctima como si no, debido a que en ambos casos es una acción intimidante o de amenaza. No es necesaria una agresión física directa para ejercer control y causar miedo.

-VIOLENCIA DE CONTROL-

Uso del poder, el chantaje y la intimidación para vigilar y dominar a la víctima. De este modo, el agresor se apropia progresivamente de la mujer y el control de su vida. Este control se puede manifestar a través del teléfono o tecnologías, las redes sociales, controlar con quien queda o sale... También se le denomina violencia de control a los casos en los que el agresor controla el cuerpo de la mujer, no dejándole llevar determinadas prendas, maquillaje, arreglarse etc.

Cuando los agresores sienten celos, las conductas de vigilancia y control se intensifican y la víctima puede mostrar conductas erráticas y miedo. Debido a este miedo, la víctima puede ocultar información para evitar el conflicto, por lo que esta vigilancia aumenta. Con el paso del tiempo, el ciclo de la violencia continúa intensificándose cada vez más, llevando a que el agresor controle cada vez más las distintas áreas de la vida de la víctima.

-VIOLENCIA VICARIA-

Uso de la violencia a terceros por parte del agresor para hacer daño a su víctima: la pareja o ex-pareja. Generalmente el agresor utiliza a los hijos como medio para hacer daño a la mujer, aunque puede darse el caso de que agrede a otros miembros de la familia (hermanas, suegra, etc.) o el círculo social de su víctima. En el caso más extremo, el agresor puede asesinar a los hijos. Esto puede darse tanto en el caso de que el agresor tenga hijos en común con la víctima, como en el caso de que ella tenga hijos con otra pareja. Es frecuente que los hijos sean las víctimas en este tipo de violencia por dos motivos: porque son los más vulnerables y están más desprotegidos y, por otro lado, porque los agresores buscan hacer el máximo daño posible.

Si se detecta en un contexto de terapia de pareja cualquier tipo de violencia de género o intragénero se debe interrumpir esa terapia y dar herramientas a la víctima para protegerse, empoderarse y acompañarla de la forma que necesite. Realizar terapia de pareja en casos de violencia de género o intragénero es extremadamente contraproducente ya que da más herramientas al agresor para manipular a su víctima.

INTERSECCIÓN ENTRE VIOLENCIA DE GÉNERO Y LBTIAFOBIA

Las mujeres diversas pueden sufrir violencia de género cuando salen con hombres: como sucede en casos de lesbianas que están dentro del armario, mujeres bisexuales, trans, intersex o asexuales. Tal y como se ha mencionado anteriormente, el 61% de las mujeres bisexuales han sufrido una violación, violencia física o acoso por parte de una pareja. Asimismo, son a menudo vistas como objetos sexuales y su orientación sexual es vista como una fantasía sexual para consumo de otros más que una identidad en sí misma. Se asumen estereotipos de ellas como “es una promiscua”, “seguro que le da a todo” ... esto implica que se las deshumanice, normalizando y justificando la violencia sexual contra ellas.

Por otro lado, pueden sufrir mayor violencia de control: que les revisen el móvil, dónde van, con quién quedan... justamente por los celos que provoca la bifobia y los estereotipos bifóbicos.

Las mujeres bisexuales rompen los roles de género al sentir atracción afectivo-sexual hacia múltiples géneros y esto es visto a menudo como una amenaza para sus parejas hombres: “¿Me dejará por alguien de su mismo género? ¿Tiene el doble de opciones si le gustan también las mujeres?” Esta inseguridad está basada en estereotipos: a las mujeres bisexuales no tiene por qué atraerles el doble de personas ni tienen por qué tener más probabilidad de engañar a sus parejas: esto son estereotipos basados en la bifobia. Por otro lado, existe el miedo a “¿Seré menos hombre si me deja por una mujer?” El miedo no es “que me deje” si no “que me deje por una mujer”, de algún modo asociando la bisexualidad a su falta de hombría. De nuevo esto es un estereotipo: la realidad es que te pueden dejar en cualquier momento por cualquier motivo... No tiene que ver con la orientación sexual de nadie.

El 76% de las mujeres bisexuales ha sufrido maltrato psicológico, frecuentemente asociado a las inseguridades que pueden tener sus parejas por estereotipos bifóbicos. Esto se traduce en mayor violencia de control, chantaje, intimidación... De nuevo, la asociación entre bisexualidad y promiscuidad conlleva que se justifiquen chantajes como: presionar para hacer ciertas prácticas sexuales, hacer tríos con otras personas, etc. Sucede algo similar con las mujeres trans y lesbianas, ya que se las reduce a fantasías de consumo para hombres, llevando también a la relativización de los abusos, maltratos y agresiones contra ellas. Las mujeres trans que salen con hombres pueden además sufrir fetichización por ser trans, recibiendo a veces comentarios de sus parejas como “no eres una mujer de verdad”, “deberías de operarte”, “una mujer de verdad hace...” y comentarios con los que se puede hacer chantaje emocional y maltrato psicológico.

Según un metaanálisis del 2020, las personas trans tienen un riesgo entre 2 y 3 veces mayor que las personas cisgénero de sufrir violencia por parte de una pareja, lo que refleja la importancia de tener un sistema educativo y sanitario fuerte que eduque a la sociedad en valores igualitarios y proteja a la población trans. Las mujeres asexuales pueden experimentar dificultades y violencia en sus relaciones románticas y/o sexuales, especialmente si su pareja no es asexual. Más allá de la mera incompreensión, las personas asexuales sufren a menudo violencia dentro de la pareja y específicamente violencia sexual.

Por otro lado, las mujeres asexuales sufren violaciones correctivas con alarmante frecuencia en un intento de que las “arreglen” o “conviertan” por parte de los agresores. Esto sucede mayormente a manos de personas cisheterosexuales y especialmente por parte de hombres. Muchos hombres heterosexuales ven la asexualidad en las mujeres como “una oportunidad para intentar seducir o convertir” a la persona asexual.

10.2 Violencia intragénero

Se le denomina violencia intragénero a las distintas formas de violencia (física, sexual, psicológica, económica, stalking, ambiental, de control o vicaria) que tiene lugar en las relaciones afectivas y sexuales entre personas del mismo sexo o género. Esto es un ejercicio de poder y su finalidad es controlar y dominar a la víctima, al igual que sucede en la violencia de género. Del mismo modo, la violencia intragénero tiene las mismas fases que la violencia machista: acumulación de tensión con su respectiva escalada, explosión y fase de luna de miel y reconquista.

¿CUALES SON?

Pertenecer a un colectivo discriminado, como sucede en el caso de las mujeres diversas, puede tener efectos negativos sobre las relaciones de pareja. Sufrir discriminación por pertenecer a un colectivo oprimido y tener homofobia (bifobia, transfobia, acefobia o intersexfobia) interiorizada puede resultar en una peor calidad de la relación de pareja. Por otro lado, también puede aumentar las posibilidades de ser perpetrador o víctima de violencia en la relación. En una relación entre dos mujeres se pueden llegar a normalizar comportamientos dañinos con mayor facilidad y que estos pasen inadvertidos; esto se debe a que no existe una norma definida sobre cómo se debería de construir una relación de buen trato entre personas del mismo sexo o género. Escasean los referentes tanto dentro de los círculos familiares y sociales como dentro de la cultura popular, por lo que hay menos modelos de relaciones a seguir (especialmente de relaciones sanas).

Otro motivo por el cual se pueden llegar a normalizar comportamientos dañinos en las relaciones intragénero es que las mujeres diversas están más aisladas y discriminadas que las mujeres heterosexuales. Esto obstaculiza la detección y denuncia del maltrato. Además, dado que las agresoras pueden ser conscientes de esta discriminación, pueden utilizarla en contra de la víctima y convencerles de que es peligroso pedir ayuda, manteniendo así el ciclo de la violencia y aumentando su aislamiento.

En las relaciones de parejas del mismo género, la agresora puede amenazar con sacar del armario a la otra, aumentando así el control que tiene sobre la víctima

Adicionalmente, en parejas del mismo género se invalida el abuso frecuentemente debido a que se asume que las mujeres no pueden abusar de otras. Las agresoras pueden alegar que el abuso es mutuo o que, como ya se ha mencionado, “las mujeres no pueden agredir a otras mujeres” para defender sus agresiones. La agresora puede incluso intimidar a su pareja diciéndole que nadie la va a creer por ser una mujer que está saliendo con otra mujer.

Otro tipo de violencia que puede surgir en relaciones entre dos mujeres es que una de ellas fuerce la feminidad de su pareja para ocultar su propia sexualidad. Es decir, las agresoras pueden intentar cambiar el aspecto de su pareja para intentar parecer “amigas” en vez de una pareja. Por ejemplo: prohibiéndole que lleve el pelo corto o ropa masculina para que no la puedan identificar como una mujer diversa.

10.3 ¿Cómo detectar el maltrato en mujeres diversas?

Como se ha mencionado previamente, los ciclos de la violencia aumentan en frecuencia e intensidad con el paso del tiempo, y cada vez alcanzan niveles más altos. Las agresoras no obtienen ningún castigo por ejercer violencia en términos conductuales y la violencia en sí se ve reforzada ya que consiguen lo que quieren con ésta (dominar y controlar a la víctima, que se haga lo que la agresora quiere, etc.). Por lo tanto, ésta se mantendrá en el tiempo y aumentará. Al principio, sin embargo, las personas que ejercen violencia sobre sus parejas no se muestran así.

La violencia siempre comienza de forma sutil y generalmente desde el plano psicológico, a veces escudándose en tópicos como “me preocupo por ti”, “no me fío de tus amigos” para poder justificar la violencia de control. Conforme pasa el tiempo, las agresoras van aislando a sus víctimas, separándolas de todos los lazos que puedan protegerlas o advertirlas de lo que está pasando. Como la violencia aumenta de forma muy progresiva, es probable que la víctima no lo detecte.

A modo ilustrativo podríamos comparar esto con la metáfora de la historia de la rana y la olla: si metemos a una rana en una olla ardiendo, ésta saltará inmediatamente afuera y se liberará de ser abrasada. Sin embargo, si introducimos a una rana en una olla con agua templada y vamos aumentando la temperatura muy progresivamente ésta no lo detectará, no notará que está sufriendo.

Además, en el momento en el que detecte que el entorno donde está es inseguro y le está haciendo daño, el alto calor de la olla la habrá aturdido y dañado y tendrá muy pocas energías y recursos para poder salir. Algo así sucede en las relaciones de maltrato. La olla nunca está “ardiendo” desde el principio, porque esto espantaría a cualquier persona y huirían más fácilmente de una persona que les trata mal.

Pero en el caso de la violencia intragénero nunca sucede así: el inicio de las relaciones suele ser positivo y la agresora se vuelca con su víctima y gana su confianza hasta que poco a poco empiezan a surgir pequeñas violencias psicológicas que van escalando y contaminando cada vez más áreas.

Otro motivo por el cual las agresoras pueden retener más fácilmente a sus víctimas en una relación con ellas es debido al refuerzo intermitente. Hablamos de refuerzo intermitente en las relaciones cuando una persona tiene muestras de amor, cariño o afecto de forma intermitente (sólo a ratos). Por ejemplo, ahora te llamo, después no lo hago aunque haya dicho que lo iba a hacer, ahora te hago sentir bien, después te falto al respeto o agredo pero luego te pido perdón y te trato bien, etc. Este tipo de refuerzo es el más robusto de todos: las víctimas se enganchan más a estas personas porque las veces que sí obtienen respeto, cariño y buen trato éste es mucho más reforzante e intenso para ellas, como algo por lo que llevan peleando mucho tiempo. Esto sería comparable a una montaña rusa con grandes subidas y bajadas: se aprecian más los momentos altos debido a que hay momentos muy bajos también. Sin embargo, en una relación sana no hay altibajos extremos, ni mucho menos estos desembocan en maltrato o violencia.

La alternancia constante entre maltrato y la fase de luna de miel hace que se vaya enganchando a la víctima cada vez más y el daño en la autoestima y privación de otros reforzadores (amistades, trabajo, hobbies, etc.) hace que se sensibilice la víctima ante las pocas situaciones en las que se trata bien. Es probable que las víctimas incluso lleguen a pensar que no merecen otra cosa o que es su culpa que las traten mal, lo que las puede disuadir aún más sobre dejar la relación o pedir ayuda. Por otro lado, las mujeres diversas suelen estar más aisladas respecto al resto de la población y no siempre están fuera del armario con todos sus entornos, lo que hace más difícil todavía pedir ayuda.

A veces, además, cuando esta ayuda se solicita, no existen recursos especializados en este tipo de violencia o bien la gente (tanto profesionales sanitarios como el resto de la población) no tienen las herramientas para saber responder adecuadamente o no acaban de empatizar con la víctima.

Es importante por ello reconocer nuestros sentimientos de incomodidad ante estas situaciones, saber detectar nuestra ignorancia y limitaciones al respecto e informarnos en profundidad para poder ayudar a las mujeres diversas en relaciones de maltrato. Dicho de otra manera, es importante que seamos partícipes en el cambio: de pasar de una mirada que ve exclusivamente la violencia como algo que sucede de hombres a mujeres heterosexuales a ampliar el foco y entender las especificidades de todas las demás relaciones.

Es importante atravesar esa incomodidad que nos genera lo desconocido porque la incomodidad es parte del cambio, el aprendizaje y desarrollo de la empatía.

¿CÓMO DETECTAR A UNA AGRESORA?

Las mujeres que agreden a sus parejas, al igual que los hombres que perpetúan la violencia de género, no tienen un perfil específico y homogéneo. Generalmente, tanto ellos como ellas suelen mostrarse de forma amable e incluso simpática frente a todo el mundo menos con su víctima. Lo que sí tienen en común es que son personas controladoras, con baja autoestima y que necesitan reducir la autoestima de sus víctimas para que éstas permanezcan a su lado. Tienden a ser personas con malas estrategias de autorregulación emocional y pocas capacidades comunicativas y de gestión de la ira. Ante todo, carecen de empatía por su pareja y tienden a no ponerse en su lugar.

Algunos indicios de que una relación no es sana serían: que una persona necesite saber en todo momento qué hace su pareja, con quién está, e incluso que le revise el móvil y las redes sociales. Otra alerta roja es si intenta cambiar cómo viste, qué actividades hace, con quién queda e incluso invitarla a dejar su trabajo, alejarse de sus amigos o familia. Las mujeres que ejercen violencia intragénero suelen tener la firme creencia de que todo el mundo es malo para sus parejas menos ellas mismas; que todo el mundo piensa mal de ellas, pero nadie tiene razón. “Son los otros quiénes son malos”.

Las personas que ejercen violencia sobre sus parejas tienden también a culpar a sus víctimas de todo lo que les sucede, las usan para verter sus frustraciones (personales, en el trabajo, etc.). De alguna forma, en todos los conflictos, incluso cuando la víctima plantea que se siente mal por algo o realiza una petición, la persona agresora acaba dándole la vuelta. Incluso cuando las víctimas ponen sobre la mesa que están sufriendo maltrato, la pareja que agrede ignorará el conflicto, lo minimizará, se burlará de la pareja o, en última instancia, le dirá a la víctima que es su culpa.

¿CÓMO DETECTAR A UNA VÍCTIMA?

Las mujeres víctimas de violencia intragénero suelen ser personas que han visto su autoestima machacada por el control y la espiral de violencia a la que se han visto sometidas. Por influencias de su agresora van progresivamente perdiendo más contacto con sus familias, dejan atrás sus círculos sociales, actividades, hobbies, amigas, etc. Poco a poco se ven aisladas, alejadas de reforzadores y personas que alimenten su autoestima y autonomía. Su autoestima y estado de ánimo suele ser bajo y tienen creencias negativas sobre sí mismas.

Tienden a sentirse culpables y causantes de que su pareja “se enfade” y suelen poner excusas al comportamiento de sus parejas y/o ocultan mucha información sobre éstas. A menudo presentan mucho estrés y ansiedad, e incluso depresión, que se puede manifestar también en síntomas como insomnio, hipervigilancia, rumiación y sentimientos de culpa. Si una mujer diversa empieza a desaparecer de los distintos entornos que solía frecuentar, a aparcar proyectos profesionales y, personales y dejar de hacer actividades que le gustaban después de comenzar una relación de pareja con otra mujer, puede ser una alerta roja. Otro motivo de sospecha es que no cuente nada de su pareja a nadie, que siempre que se le pregunte sobre cómo está con su pareja conteste simplemente “todo bien” y no dé detalles y/o se ponga nerviosa.

Si una mujer diversa parece presentar miedo y apenas se está relacionando con nadie fuera de su pareja, podemos estar ante una relación de maltrato. Las víctimas pasan mucho tiempo rumiando las situaciones que han vivido y preguntándose qué podrían haber hecho de otra manera. Como las agresoras intentan hacerlas sentir culpables por todo, este suele ser el sentimiento predominante. Cuando sí que hablan con otras personas sobre lo que les está sucediendo suelen darle muchas vueltas y verbalizar oraciones como “si yo no hubiese hecho...”.

Es importante transmitir a la víctima que cada persona es responsable de sus propias emociones y acciones, y que en ningún caso tiene nunca nadie la culpa si le tratan mal. La única persona responsable del maltrato o la violencia es la persona que la ejerce.

¿QUÉ HACER ANTE ESTAS SITUACIONES?

Lo más importante en estas situaciones es:

No dejar sola a la víctima.

El primer paso es escuchar y apoyar para que ésta no se sienta juzgada y pueda abrirse con el paso del tiempo. Si se reacciona de forma negativa muy deprisa o criticando a su pareja es probable que desconfíe de nosotras y no vuelva a contar con nuestro apoyo. Es por esto por lo que es crucial que se sienta comprendida y empaticemos con su situación. Es muy probable que sienta miedo, culpa o vergüenza hablando de esto, por lo que generalmente tardará algo de tiempo en abrirse a los demás y contar lo que está viviendo. Muy poco a poco, progresiva y delicadamente, se puede empezar a plantear que está viviendo una relación de maltrato. Posiblemente sea mejor no usar términos como “violencia intragénero”, “maltrato”... al principio, sino más bien: “suena a que esta relación no te hace sentir bien”, “según me cuentas parece que te sientes insegura o con algo de angustia en esta relación” y reflejar lo que va explicando la víctima centrándonos en sus sentimientos, resaltando el miedo, la culpa y vergüenza que siente y validándolos. De tal forma que hagamos que la víctima se sienta escuchada, comprendida y apoyada. En estos procesos es indispensable armarse de paciencia e ir a un ritmo con el cual no perdamos la confianza de la víctima.

Asimismo, lo mejor que se puede hacer en estas situaciones es evitar el aislamiento de esta persona: que no renuncie a su familia, amigos, trabajo, hobbies, actividades.

Todas estas redes sociales actuarán como amortiguadoras frente al maltrato y todos estos círculos sociales pueden ayudar a la víctima a:

1) Identificar y tomar conciencia del maltrato que está viviendo

2) Pedir ayuda y conseguir los recursos legales, materiales y sociales para poder huir del maltrato.

Por otro lado, una vez detectado el maltrato es importante intentar evitar que la víctima se vaya a vivir con la pareja, a su casa, a su ciudad, a su país... y otros entornos aislantes y peligrosos para la víctima. En estos entornos, la agresora dispondrá de muchos más recursos de todo tipo: sociales, familiares e incluso ventajas sobre la víctima si, por ejemplo, se van a vivir a otro país y la víctima no habla bien el idioma (la agresora podrá dominar todas las interacciones sociales, conocerá mejor el sistema legal, etc.). Del mismo modo, puede ser peligroso empezar proyectos vitales juntos (por lo que es importante desincentivarlos en situaciones de maltrato): como tener hijos, comprarse una casa, compartir un piso, adoptar una mascota... porque serán más vías de conexión con la agresora y será más difícil poder romper con ella y escapar del maltrato.

Además, la agresora puede usar estas situaciones para ejercer violencia vicaria a través de los hijos, económica o ambiental a través de los bienes e inmuebles en común, psicológica a través de las mascotas, etc. Por este motivo, cuando detectamos maltrato intragénero es importante exponer a las víctimas a toda esta información e intentar que su agresora no la intente retener por todas estas vías.

Es importante en todo momento poner a la víctima en el centro, acompañarla emocionalmente y explicarle todos los recursos y opciones que existen para ayudarla en su situación de maltrato y, sobre todo, apoyarla psicológicamente. La mejor manera de ayudar a alguien a salir de cualquier situación de violencia es a través del apoyo social y comunitario.

Si valoramos que la violencia ha escalado a un nivel alto o inminente, como pueden ser agresiones físicas, sí es importante valorar la opción de la denuncia, teniendo en cuenta que además de violencia doméstica podemos encontrarnos ante un delito de odio. Si hay una situación de riesgo alta es indispensable contactar con la policía y el SAMUR y poner un freno inmediato a esa situación de violencia.

Algunos recursos para mujeres que sufren violencia:

-ARCOPOLI: Asesoría legal para personas LGBTIA, acompañamiento

-Unidad de Gestión de la Diversidad Madrid: Unidad de policía especializada en atender a personas LGBTIA y en delitos de odio.

Horario policía 7:00 - 23:00h, 365 días al año.

Número Policía Municipal de Madrid: 092

-Observatorio Madrileño contra la LGTBfobia: <https://contraelodio.org/> Asesoría legal para personas LGBTIA, acompañamiento

-Fundación 26 de Diciembre: Asesoría psicológica y sexológica gratuita para mujeres diversas (LBTIA) en cualquier punto de España



11. Duelo en mujeres diversas.

Según la OMS se le denomina duelo a “la pérdida de un familiar y/o un ser querido con sus consecuencias psico-afectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida.”

El duelo es un proceso psicológico natural ante la pérdida de un ser querido, que puede transitarse con mayor o menor dificultad o dolor. Este dolor o los obstáculos que pudieran aparecer en el procesamiento emocional de la muerte de un ser querido dependen en gran medida de las circunstancias de su muerte, los recursos psicológicos de la persona que sufre la pérdida y los apoyos del entorno. Las personas LGBTIA y, concretamente, las mujeres diversas pueden enfrentarse a mayores estresores que el resto de la población cuando se enfrentan a la pérdida de un ser querido. Cabe destacar especialmente una pérdida concreta: la de la pareja cuando es otra mujer diversa.

En parejas del mismo género, las mujeres diversas pueden enfrentarse a un no reconocimiento de su vínculo, rechazo o a estar dentro del armario y vivir su relación en silencio. En todos estos casos nos encontraríamos ante un duelo denegado: un duelo no reconocido por la sociedad y, por lo tanto, no permitido ni validado emocionalmente. Estos duelos se pueden vivir en silencio, en aislamiento, con escaso o nulo apoyo social para procesar todas las emociones que supone la pérdida del ser querido.

Dichos duelos pueden sanar más despacio, complicarse o vivirse de forma traumática al no poder contar con el apoyo con el que sí cuentan las personas cisgénero y heterosexuales.

Los duelos pueden descomponerse en tres fases generales: **negación, dolor agudo y aceptación**. A continuación se explicarán en qué consisten estas fases y se expondrán retos y problemas a los que se pueden enfrentar las mujeres diversas en cada una de estas etapas del duelo:

11.1 Negación.

La negación (o, a veces, fase de shock) es el período en el que no se procesa emocionalmente la pérdida. No se interioriza el fallecimiento, no se asume la muerte de la persona amada. Esto puede ser adaptativo en un primer momento para protegernos de un desbordamiento emocional, pero si se prolonga en el tiempo puede llevar a que se enquiste el duelo: no se procesa y, por lo tanto, no se avanza. Los sentimientos desagradables que nos produce la pérdida son necesarios para procesarla, digerirla y, a largo plazo, aceptarla.

Múltiples personas pueden estancarse en la negación de la pérdida, debido a que así se protegen de unos sentimientos extremadamente dolorosos. Sin embargo, esto puede acabar produciendo mayor malestar a largo plazo, ya que el dolor negado de la pérdida puede traducirse en otras problemáticas: somatizaciones, dolores físicos, insomnio, ansiedad etc.

En el caso de las mujeres diversas podríamos afirmar que a nivel societal no se facilita la transición de la fase de negación a la siguiente, debido a que no se reconocen las relaciones de las mujeres diversas del mismo modo que las cisheteronormativas. Las mujeres diversas que viven sus relaciones de pareja en secreto o dentro del armario pueden verse envueltas en un entorno que las estanca en la fase de negación: podría parecer que esa relación nunca sucedió, que no existió.

Esto puede apreciarse en escenarios como cuando el entorno familiar, social o laboral desconocen la existencia de la relación de pareja. Al no compartirse lo que ha sucedido, la pérdida puede vivirse en el armario y favorecer la prolongación de la negación emocional de dicha pérdida.

También puede darse la situación de que la mujer diversa sí esté fuera del armario y/o haya compartido su relación de pareja con su entorno, pero éste niegue su relación o la importancia de ésta, dando a lugar a que se menosprecie el vínculo y, por lo tanto, el duelo ante la pérdida de éste. Un ejemplo sería, si se sabe públicamente la existencia del vínculo con la pareja, pero al fallecer ésta, el entorno responde con verbalizaciones como “al final erais más amigas que otra cosa”, “ya encontrarás a alguien”, etc.

Estas afirmaciones son rotundamente dolorosas y devuelven al armario a las mujeres LBTIA.

11.2 Dolor agudo.

Después de la fase de negación comienza la fase de dolor agudo. Aquí brotan los sentimientos desagradables: tristeza, angustia, rabia, ira, frustración, soledad, miedo al futuro, culpa, etc.

A menudo se sienten (tanto estas como otras emociones) de forma muy intensa, incluso desbordante. Se experimenta todo el dolor y peso de la pérdida, se procesa el duelo emocionalmente. Estos sentimientos, si bien son difíciles y duros de gestionar, son absolutamente necesarios para superar la pérdida a largo plazo. La tristeza nos puede recordar la pérdida, la rabia nos hace darnos cuenta de lo injusto que es que se haya acabado el tiempo de poder estar con esa persona. La soledad y el miedo al futuro nos activan y paralizan o movilizan para buscar personas en las que encontrar apoyo y refugio. La culpa nos hace creer que podíamos haber hecho las cosas mejor y nos da sensación de control sobre la incertidumbre “yo podría haber hecho las cosas mejor”, “podría haberme despedido”...etc. Cuando la realidad es que no tenemos ningún control sobre cuándo nos vamos a morir o cuándo podemos sufrir una pérdida así.

Todos estos sentimientos son útiles y necesarios para poder procesar el duelo. Sin procesamiento emocional no se digiere la pérdida. Este dolor puede llevarse en silencio o de forma negada, no reconocida por las demás personas. A veces, el entorno no ofrece ayuda a estas mujeres o la niegan cuando es pedida.

En otras ocasiones, si la mujer diversa vive la pérdida de la amada desde el armario, el entorno puede desconocer lo que sucede.

Un ejemplo de esto sería un duelo complicado en el cual la mujer diversa acude a profesionales de la psicología o psiquiatría a pedir ayuda, y el duelo es diagnosticado como depresión en vez de lo que realmente es. Es por esto por lo que posiblemente receten a esta persona antidepresivos, bloqueando estos sentimientos tan necesarios para avanzar y por lo tanto bloqueando el proceso natural del duelo. Cuando esto sucede, se puede enquistar o taponar el duelo y no superarse en años e, incluso, retrocediendo a la fase de negación. Las mujeres diversas que pierden a la persona amada necesitan el apoyo, la validación y el reconocimiento de sus relaciones al igual que el resto de la población.

Necesitan que se les facilite la ventilación emocional que requiere toda persona en un momento tan difícil. Apoyo, escucha, comprensión y validación.

11.3 Aceptación.

En la fase final del duelo, la aceptación, las mujeres diversas también pueden enfrentarse a obstáculos distintos al resto de la población. Los mismos mensajes de invalidación y negación del vínculo que tanto daño hacían en las otras fases del duelo pueden silenciar también esta última etapa.

Las mujeres diversas que han aceptado la muerte de su pareja tampoco tienen permitido socialmente expresar sus sentimientos, ni siquiera en positivo. Al ser una realidad negada e invisibilizada, las mujeres diversas tienen menos posibilidades de expresar sus recuerdos con la amada, lo que añoran, lo que echan de menos, lo que les gustaba, lo que no.

Sus historias suelen ser metidas en el armario, incluso cuando la fase de dolor agudo ha sido superada.

No hay muchas historias en la cultura popular española o imaginario colectivo que hablen del duelo, la muerte y la superación, del mismo modo que hay pocas historias sobre la vejez. En el caso de las mujeres LBTIA existen aún menos referentes.

Apenas existen historias en el ojo público contadas por y para ellas, y menos de temas tan complicados como la pérdida de un ser querido.

Al igual que es indispensable tener referentes, mayores, diversas, que sean mujeres... Es igualmente importante tener referentes de mujeres diversas que experimenten algo tan cotidiano y doloroso como la muerte de alguien a quien aman. Si hubiese más referentes, más películas, series, libros, podcasts, etc. que hablasen de estos temas lograríamos que más mujeres diversas se sintieran un poco menos solas y mejor comprendidas.

12. Breve guía sobre delitos de odio contra mujeres diversas.

Se considera delito de odio cualquier infracción o acto penal motivado por prejuicios contra una persona o más por el mero hecho de pertenecer a un determinado grupo social o interpretar la persona agresora la pertenencia a uno de ellos, aunque no fuera así realmente. Es decir, se considera delito de odio cuando existe una percepción subjetiva de que la víctima de la agresión pertenece a un colectivo concreto.

Por este motivo, si se agrediese a una persona y se le llamase “maricón” o “bollera”, esto podría ser un delito de odio incluso en el caso de que esa víctima fuese heterosexual.

Es un delito basado en un prejuicio, en creencias de intolerancia donde la persona agresora elige a su víctima. La escoge en base a una serie de características: ¿le parece una persona con pluma? ¿amanerada? Identifica a esa persona como parte de un colectivo que considera “los otros” y se propone menoscabar su identidad. Al haber sospecha de que puede darse la percepción subjetiva de que la víctima es parte de un colectivo, la policía (en este caso la unidad de la gestión de la diversidad) está obligada a abrir investigación como si fuese un delito de odio.

Es importante destacar que el delito de odio se considera agravante (Art. 22.4 CP) y no aparece en el código penal como tal.

Actualmente, la violencia intragénero no se contempla en el Código Penal, sino que se interpreta como violencia doméstica. No existe de momento una base jurídica sólida y un protocolo de actuación cerrado a nivel policial en torno a la violencia intragénero. No constituye un delito de odio.

A continuación, se exponen otros artículos del Código Penal que pueden ser relevantes en cuanto a ataques contra el colectivo LGBTIA:

- Art. 173 CP:** delitos contra la integridad moral, trato degradante.
- Art. 510 CP:** incitación al odio.
- Art. 170 CP:** amenazas dirigidas a colectivos (a colectivos como la comunidad LGBTIA, colectivos profesionales, personas con discapacidades, grupos étnicos o habitantes de una población).
- Art. 263 CP:** delito de daños. Un ejemplo de esto sería por ejemplo realizar un grafiti. Podría además ser un delito de odio si por ejemplo pone alguna expresión contra personas LGBTIA (maricón, travelo...etc.). La Unidad de gestión de la Diversidad de la Policía recoge esto como delitos de odio y se encargan de que los grafitis sean eliminados.

En caso de ver algún mensaje en la vía pública o similares que promulgue discursos de odio, el protocolo de actuación recomendado es avisar a la unidad de gestión de la diversidad. Además, no es necesario acudir en persona, sino que puede hacerse vía Whatsapp, adjuntando una foto y la dirección para que la policía pueda acudir a verificar el aviso y actuar en consecuencia. La policía tiene convenio con SELUR para quitar pintadas de odio.

Art. 147 CP: lesiones

Art. 147.3 CP: lesiones leves (sin secuelas físicas).

- (Especialmente las mujeres trans) por la habituación a la violencia.*
- Las personas mayores LGBTIA: por falta de redes y vulnerabilidades adicionales.*
- Autopercepción y justificación de la violencia "estoy provocando por llevar una pulsera con la bandera arcoíris", por ejemplo.*
- Según el contexto en el que haya tenido lugar la agresión, por ejemplo, en un contexto de cruising, a la víctima le pueda dar vergüenza reconocer lo que estaba haciendo (merecemos la misma justicia independientemente del contexto o lo que estuviésemos haciendo).*
- Otro factor relevante a la hora de la infradenuncia es la falta de apoyo (familiar, social, etc.).*
- Estar dentro del armario: pueden no haber salido del armario ni querer hacerlo o que les de miedo acudir a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado por temor a cómo les vayan a tratar (cuestionar, negar, humillar...).*
- Desconfianza en las instituciones y/o en la policía.*

Además, la policía puede tener otros problemas internos a la hora de cómo abordar los delitos de odio:

- Desconfianza/miedo que pueden dar a la población LGBTIA.*
- Deficiente ofrecimiento de acciones.*
- Falta sensibilización/formación.*
- Desconocimiento técnico de delitos e incidentes de odio.*
- Deficiente investigación/falta formación.*

PAUTAS DE ATENCIÓN RECOMENDADA (SI ACOMPAÑAMOS A ALGUIEN A DENUNCIAR UN DELITO DE ODIO):

- Emplear la terminología adecuada:*
- Es necesario poner el nombre que aparece en el DNI para interponer la denuncia*
Pero podemos solicitar que nos llamen por otro nombre.
- Asegurarle a la víctima que no tiene la culpa (con cuidado, sin culpabilizar, ni juzgar).*
- No presuponer que la víctima va a querer o poder exponer su orientación y/o identidad de género.*
- Reconocer la valentía de la víctima.*
- Las dependencias deben de ser adecuadas y sin demoras:*
- Que no esté oyendo a otras personas denunciar (es violento).*
- Que la denuncia sea recibida por profesionales con formación específica.*
- Que se realice seguimiento a la víctima.*
- La víctima tiene derecho a tener acompañamiento por una persona de su elección.*

¿CUÁL ES EL PROCEDIMIENTO QUE VA A SEGUIR LA POLICÍA CUANDO PONGA UNA DENUNCIA?

- 1. Recogida (entrega) de la denuncia, manifestando los hechos acontecidos.**
- 2. Toma de declaración de las personas que puedan ser testigos de lo ocurrido.**

3. Identificar a la persona denunciada.

4. Motivación del expediente: búsqueda y obtención de pruebas necesarias. En caso expediente administrativo.

5. Otros medios de prueba: redes sociales, fotografías, grabaciones, capturas de pantalla, etc.

Cuestiones relevantes a la hora de poner una denuncia que pueden contar como pruebas:

-Pruebas que puedan ser motivo de prejuicio: llevar pulseras o distintivos representativos (Ejemplo: con la bandera LGTBIA).

-Parte de lesiones: recogida de los daños físicos, psicológicos, médicos. Registrar informes y verbalizaciones en la denuncia como 'Estoy tomando Lexatin' etc. Recopilar toda la información relativa a sentimientos y como ha afectado al bienestar emocional de la víctima.

-El lugar tiene significado LGTBIA (¿es un barrio típico del colectivo? ¿un bar o espacio de ocio que frecuentan personas del colectivo?).

Si existe una situación en la que tengan que cachearte, tiene que cachearte alguien de tu género sentido, aunque sea la persona que haya infringido la ley. Se tienen los mismos derechos en todas las circunstancias. Esto no se empezó a aplicar con personas trans hasta el año 2018, pero a día de hoy es un derecho para todas las personas.

Por último, tenemos siempre derecho a ser informadas, a preguntar y saber qué va a suceder con nuestra denuncia y qué posibles vías tenemos tanto si queremos denunciar como si no.

Tenemos derecho a quedarnos con una copia de la denuncia y es de crucial importancia solicitarla para la posteridad y tener un registro de lo denunciado. Además, esto es necesario para mandar una copia a instituciones que nos acompañen y asesoren especializadas en LGBTIfobia. También es de interés que se comunique a entidades como observatorios, etc. que llevan un registro de los delitos de odio que tienen lugar al año.

13. Guía para promocionar el autocuidado en mujeres LBTIA

La promoción del autocuidado por parte de las profesionales sanitarias que atienden a mujeres diversas supone un elemento clave para la prevención de posibles patologías, así como para fomentar el bienestar general de las mismas.

Mantener hábitos saludables y de autocuidado promueve la estabilidad, autoestima y una mejoría de la salud mental y física que puede verse reflejada en diferentes áreas (social, familiar, laboral, salud, etc.). Es decir, mejora la calidad de vida de las mujeres que lo practican y promueve su envejecimiento activo.

Se pueden contemplar diferentes **tipos de autocuidado**:

- Autocuidado emocional**: identificar las emociones y conectar con ellas ayuda a descubrir cuáles son nuestras necesidades para poder actuar en consecuencia.
- Autocuidado intelectual**: procurar el pensamiento crítico y la creatividad, además de estimular la mente.
- Autocuidado físico**: prestar atención a la salud integral del cuerpo, a nivel interno y externo, previene posibles dolencias y patologías y permite tener una mayor conexión con el cuerpo y sentirlo en armonía.
- Autocuidado espiritual**: prestar atención a los valores, meditar, estar en conexión con el presente (mindfulness).
- Autocuidado social**: tener contacto con personas que te aportan cuidado y bienestar, con quien se tienen valores o intereses en común, poner límites o desvincularse de personas que no se relacionan de manera sana, etc.

HERRAMIENTAS QUE AYUDAN A QUE POTENCIEMOS EL AUTOCUIDADO DE LAS MUJERES DIVERSAS:

- Generar guías prácticas con actividades y herramientas
- Crear grupos de apoyo.
- Realizar entrevistas motivacionales y acompañamientos.
- Realizar seguimientos periódicos de las usuarias.
- Derivar a otros recursos relevantes.
- Prestar atención a los hábitos de la persona (higiene del sueño, sexualidad, actividad física, rutina diaria, alimentación, etc).
- Escucha activa y validación de su biografía.

Cuestiones concretas a las que prestar atención:

● REVISIONES PERIÓDICAS

► **Pruebas de detección de ITS**: Cada vez que se haya realizado una práctica de riesgo, se cambie de pareja sexual o, mínimo, **una vez al año como revisión**. Realizarse todas las pruebas relevantes para las prácticas sexuales que se hayan tenido:

- Prácticas orales*: exudado bucal y faríngeo.
- Prácticas vaginales*: exudado vaginal.
- Prácticas anales*: exudado anal.
- Prácticas peneanas*: exudado uretral
- Análisis de sangre*.
- Análisis de orina*.
- Citología*.

► **Ginecología** (revisión completa una vez al año):

- Citologías*: Cuando existan molestias (irritación, dolor, ardor, escozor) o cambios en el flujo (olor, textura o color). Mínimo una vez al año.
- Exudados*: cuando se perciban alteraciones y de manera anual.
- Ecografías* (mamaria e intravaginal): Cuando existan molestias o cambios. mínimo una vez al año, en cada revisión. En caso de que la persona tome testosterona y tenga útero y/u ovarios, prestar especial atención a las revisiones con ecografía, debido a que pueden surgir cambios nocivos (atrofiamiento) si no se vigila regularmente.

Siempre puede haber cambios no palpables que sólo pueden ser detectados por profesionales de la salud.

-Menstruación:

- Periodicidad.
- Dolor o molestias.
- Sugerir (pero no imponer) métodos de higiene menstrual amables con el cuerpo: copa menstrual (tener en cuenta el tamaño, forma, material, flexibilidad de la copa según el tamaño y forma del útero), bragas menstruales, free-bleeding (sangrado libre), compresas reutilizables de tela. Es importante informar adecuadamente a las usuarias sobre estas alternativas (además de los tampones y compresas) para que puedan decidir qué método se ajusta más a ellas.

-Perimenopausia, menopausia y postmenopausia:

- Explicar el proceso a las usuarias, cuestiones a las que prestar atención y recomendaciones. Acompañar en el proceso, anticipar los cambios que va a vivir y normalizarlos. Escuchar y responder sus posibles preocupaciones o preguntas. Por otro lado, es importante validar las emociones de la usuaria y hacer que se sienta cómoda en todo momento y viva estos cambios como algo natural.

-Salud sexual plena:

- Prestar atención a la lubricación natural de la vulva y recomendar la utilización de lubricantes o cremas hidratantes adecuadas si es necesario, sobre todo si se llevan a cabo prácticas penetrativas vaginales o anales.

-Preguntar por molestias, picores, escozores o dificultades cuando realicen prácticas sexuales solas o acompañadas (no asumir que sólo se tienen prácticas penetrativas)

-Explorar si la usuaria utiliza algún tipo de método anticonceptivo como la píldora, minipíldora, anillo vaginal, parche, implante subcutáneo, DIUs hormonales o de cobre, diafragma o esponja anticonceptiva y/o de barrera preservativo insertivo (para vaginas) o receptivo (para penes), barreras de látex o guantes, capuchón cervical, etc. Ofrecer información exhaustiva sobre las distintas alternativas que existen para la usuaria. Es importante destacar que sólo los condones y barreras de látex protegen ante ITS.

-Preguntar si ha tenido algún embarazo (deseado o no) y/o aborto (deseado o no). Emplear escucha activa, empatía y validación emocional.

-Promover la práctica de la auto-observación y autoexploración, del cuerpo, para conocer, aceptar y cuidar nuestra corporalidad, detectar de qué formas nos gusta acariciar o ser acariciadas, tocarnos o que nos toquen, etc. Por otro lado, la auto-exploración vulvo-vaginal favorece la detección de posibles cambios en el flujo vaginal (olor, color, textura, sabor, etc.) y en las sensaciones (ardor, escozor, irritación) que pueden ser indicadores de algunas alteraciones o infecciones como candidiasis, vaginosis bacteriana, cistitis, etc. que precisan de atención e intervención médica.

Es importante además no sólo promocionar esta autoexploración "cuando exista un problema", ya que esto hace que nos relacionemos sólo desde la patología con el cuerpo y no desde la naturalidad, la sensorialidad, el placer y el autococimiento.

- ▶ **Urología:** revisión una vez al año. Recordar la importancia de palpase y explorar genitales (pene, testículos, escroto y próstata) para detectar cualquier tipo de cambio. También para conocer los genitales de una misma, como los sentimos, como los disfrutamos, etc.
- ▶ **Endocrinología:** revisiones cada 6 meses o 1 año, sobre todo en caso de hormonación cruzada o bloqueadores. Vigilar especialmente en casos en los que existan alteraciones de la tiroides, diabetes, etc.
- ▶ **Traumatología y/o Reumatología:** prestar atención a posibles procesos de descalcificación de huesos, osteoporosis y otras afecciones óseas, especialmente cuando aparece la menopausia. En el caso de las mujeres trans, hormonarse con estrógenos es factor protector de esta descalcificación, pero es importante realizar estas revisiones igualmente.
- ▶ **Dentista:** revisiones cada 6 meses o un año (antes si aparecen dolores o molestias).
- ▶ **Oftalmología:** revisión una vez al año como mínimo.

- ▶ **Otorrinolaringología:** revisión anual, a menos que sea necesario acortar la periodicidad.
- ▶ **Cardiología:** revisión anual a partir de los 45 años, a no ser que se necesite un seguimiento más exhaustivo. Las mujeres trans, especialmente aquellas que no se hormonan con viene que se realicen revisiones más frecuentemente.
- ▶ **Neumología:** revisión una vez al año a partir de los 45 a 50 años, excepto que sea necesario aumentar la periodicidad. Si se tienen afecciones respiratorias aumentar la frecuencia de las revisiones. Si se es fumadora las revisiones también deberían de ser más periódicas.
- ▶ **Analíticas completas:** cada 6 meses o un año. Hacer especial hincapié si se tienen problemas de tiroides, anemia, diabetes, enfermedades autoinmunes etc.

● HIGIENE DEL SUEÑO

- ▶ Evaluar indicadores de insomnio u otras alteraciones como la narcolepsia, apnea del sueño u otros.
- ▶ Promover horarios estables y proponer dormir entre 6 - 8 horas.
- ▶ Establecer una rutina: tener el hábito de acostarse y levantarse a la misma hora beneficia la higiene del sueño y favorece un descanso más eficaz.

- ▶ Pautar una hora de “desactivación” antes de ir a dormir donde se vayan haciendo actividades relajantes y elimine el uso de pantallas progresivamente.

● ACTIVIDAD FÍSICA

-Movilidad de la persona: tener en cuenta si existen dolores, molestias, dificultades o discapacidades físicas. Adecuar las actividades que se propongan a la usuaria a sus características personales.

-Activación del cuerpo: al menos 20-30 minutos al día.

-Aceptación y validación de la diversidad de cuerpos, sin juicios y sin atribuciones causales de patologías a determinados tipos de cuerpos. Todos los cuerpos merecen la misma atención y las mismas pruebas diagnósticas. El aspecto del cuerpo no determina la salud de éste.

Prestar atención a posibles alteraciones de la conducta alimentaria (de manera cuidadosa):

- Explorar cuántas comidas hace al día: mínimo 3 comidas al día (desayuno, comida, cena), recomendable 3 principales y dos tentempiés (almuerzo y merienda).
- Evaluar si sigue una dieta saludable (dietas muy restrictivas, pobres, atracones, etc.)
- Valorar si existen síntomas de una autopercepción alterada o distorsión de su corporalidad.

-Evaluar posibles conductas de:

- Compensación: por ejemplo, realizar deporte excesivo, comer desmesuradamente poco para “compensar” haber comido en exceso (según el criterio de la propia persona), vómito, etc..
- Purga como mecanismo para compensar o regular la ingesta mediante la provocación del vómito.
- Restricción: controlar excesivamente la ingesta de alimentos.
- Regulación: provocar el vómito, ingesta de laxantes, beber mucha agua para llenar el estómago o lavarse muchas veces los dientes para no comer, entre otras estrategias.

● HIGIENE PERSONAL

-Ducha diaria: Si se considera necesario, facilitar pautas de lavado. Poner especial atención a la zona genital y otras zonas que puedan ser más sensibles o susceptibles de infecciones. También hacer especial hincapié en el lavado de otras partes del cuerpo más expuestas como las manos de forma habitual.

-Higiene bucal:

- Cepillado de dientes (al menos dos veces al día). Renovar el cepillo de dientes cada dos meses.
- Cuidado y mantenimiento de prótesis dentales: limpieza adecuada de los mismos, reposición y utilización del material necesario para ello.

-Higiene íntima:

No usar geles, ni desodorantes de higiene íntima', ya que pueden alterar el ph del flujo vaginal y esto producir otras alteraciones. Con agua es suficiente. En caso de utilizar algún tipo de jabón, aplicarlo únicamente en la zona externa de la vulva.

Lavar con atención los genitales, retirando bien los pliegues de la piel para procurar que no se acumule suciedad.

En el caso de las personas con vulva, a la hora de ir al baño, recordar limpiar desde la vulva hacia el ano (de delante hacia atrás), no en dirección contraria para prevenir posibles infecciones.

Procurar no utilizar ropa interior muy ajustada y, a ser posible, recomendar que sea siempre de algodón y transpirable.

-Lavado y cambio de ropa de manera diaria:

En caso de ser necesario, recomendar la pertinencia de utilizar determinadas prendas para cada contexto (casa, calle, cama, etc.).

● BIENESTAR EMOCIONAL

-Favorecer la expresión de emociones y pensamientos.

-Escuchar activamente y sin juzgar.

-Preguntar qué necesita la persona.

-Prestar atención a indicadores de malestar psicológico.

-Derivar a profesionales de salud mental en caso de ser pertinente.

Anexo: modelo de entrevista a las mujeres diversas centrado en la salud

► PRESENTACIÓN:

Hola, ¿Qué tal? Mi nombre es... y hoy voy a atenderte e intentar ayudarte de la mejor manera que pueda.

¿Me podrías decir cómo te llamas o cómo te gustaría que me dirija a ti? ¿Qué pronombres quieres que emplee contigo?

► MOTIVO DE CONSULTA Y PREGUNTAS GENERALES

¿Cuál es el motivo de tu consulta? / ¿Qué te trae aquí? / ¿Cuál es el problema que te trae aquí?

Prestar atención a la información, al lenguaje y lenguaje no verbal. ¿Cómo se muestra la usuaria? ¿Hace contacto visual? ¿Se siente a gusto? ¿Acude acompañada? ¿Está a gusto con la compañía de esta persona? Presentarse ante las personas acompañantes y preguntar quiénes son. Invitar a estas personas a marcharse, especialmente en el caso de detectar incomodidad por parte de la usuaria.

Centrarnos en que es una cuestión de protocolo sanitario y que las entrevistas son más beneficiosas en formato individual. Valorar si la usuaria se puede beneficiar de la compañía como por ejemplo si acude con mucha ansiedad, llorando etc. Por otro lado, las usuarias menores de edad o con algún tipo de discapacidad pueden requerir acompañamiento en ciertos casos. En todos estos casos puede ser de utilidad valorar que alguna parte de la entrevista se haga de forma individual si es una posibilidad.

*¿Desde cuándo te sucede esto? ¿Cuándo te sucede? / ¿Cuándo se manifiesta este problema? ¿A qué crees que se debe?
¿Cómo lo estás viviendo? ¿Has intentado hacer algo para remediarlo? ¿Has recibido tratamiento psicológico o farmacológico para ello?*

► SEXO, GÉNERO Y ORIENTACIÓN SEXUAL

A continuación, voy a realizarte algunas preguntas para explorar tu demanda. Ciertas preguntas pueden ser algo personales, pero me gustaría realizarlas para conocerte mejor y dar una mejor respuesta a tus necesidades. Por supuesto, no tienes por qué contestar a todo y puedes escoger no responder a algo si te sientes incómoda, pero toda información que tú quieras compartir puede ser de utilidad.

Me has comentado ya tu nombre y pronombre, pero no sé si hay algo que quieras añadir sobre tu género o sexo. ¿Con qué género te identificas? ¿Es el mismo que te asignaron al nacer?

¿Has realizado algún tratamiento hormonal? ¿y en la actualidad?

Si la respuesta es sí: ¿Qué hormonas utilizas/ has utilizado? ¿Durante cuánto tiempo? ¿De qué forma las obtienes: ¿prescripción médica, de forma ilegal?

En el caso de que esté hormonándose de forma ilegal proporcionar recursos para que pueda recibir hormonas de manera segura:

*¿Tienes alguna persona que te las inyecte o lo haces tú misma?
¿Sabes dónde conseguir jeringuillas limpias? ¿Esa persona (o tú en el caso de que sea la propia usuaria) tiene el conocimiento médico para poder inyectar de forma segura?*

SI LA USUARIA NO SE ESTÁ HORMONANDO:

¿Estás pensando en hacerlo? (si responde un no rotundo omitir las siguientes preguntas sobre hormonación)

*¿Te han informado sobre los efectos que tiene el tratamiento hormonal? ¿Quieres que te proporcionemos recursos para empezar con el tratamiento? ¿Tienes alguna duda sobre cómo va el proceso?
¿Te produce nervios o miedo pensar en ello?*

¿Te has realizado alguna operación? ¿Estás pensando en hacértela?

¿Qué genitales tienes? ¿Cuál es tu relación con ellos? ¿Estás a gusto con ellos?

¿Cuál es tu orientación sexual? ¿Con qué personas te gusta relacionarte sexual o románticamente?

► PAREJA

¿Tienes pareja o parejas de algún tipo? ¿Algún lío o rollete?

Si tiene pareja: ¿Cómo se llama tu pareja? ¿Cuál es su género y sus pronombres? ¿Cómo es tu relación con esa persona? ¿Tenéis problemas de algún tipo? ¿Cuáles son vuestras fortalezas o puntos fuertes como pareja? ¿Qué retos afrontáis como pareja?

► HÁBITOS SEXUALES

¿Cómo definirías tu vida sexual? ¿Y tu sexualidad? ¿Qué prácticas sexuales te gustan? ¿Cuánto valoras en tu vida el placer? ¿De qué formas los buscas?

*¿Empleas algún método de protección en tus relaciones sexuales?
¿Si es así cuál?*

¿Utilizas algún tipo de anticonceptivo? ¿Si es así, cuál?

¿Utilizas algún tipo de anticonceptivo? ¿Si es así, cuál?
¿Alguna vez has tenido un embarazo?
Si la respuesta es sí: ¿era deseado? ¿Cómo lo viviste?
¿Has tenido algún aborto? ¿Fue deseado? ¿Cómo lo viviste?
¿Has tenido relaciones sexuales con alguien en los últimos 6 meses? ¿Con qué frecuencia? ¿Y antes de eso?

Si la respuesta es no:

¿Cómo vives esto / Cómo te sientes con esto? ¿Realizas algún tipo de prácticas sexuales por tu cuenta cómo por ejemplo masturbación? ¿Son prácticas sexuales satisfactorias?

Si la respuesta es sí: ¿Ha sido con la misma persona o con varias? ¿Son relaciones satisfactorias? ¿Qué prácticas sueles tener? Por ejemplo: sexo oral, penetración vaginal, penetración anal, masturbación... ¿Haces uso de juguetes sexuales?

¿Realizas algún tipo de prácticas sexuales por tu cuenta cómo por ejemplo masturbación? ¿Qué prácticas sueles tener? ¿Haces uso de juguetes sexuales de algún tipo? ¿Son satisfactorias estas prácticas? ¿Qué aspectos son los que más te gustan de tu vida sexual? ¿Y los que menos? ¿Tienes alguna pregunta sobre sexualidad, masturbación o relaciones sexuales de cualquier otro tipo?

► INFECCIONES

¿Te has realizado una prueba de Infecciones de Transmisión Sexual/Genital recientemente? ¿Cuándo ha sido la última vez que te has realizado un chequeo? ¿Qué pruebas te realizaron exactamente? ¿Cuáles fueron los resultados?

Si la persona ha dado positivo en VIH:

¿Hace cuánto tiempo se te diagnosticó? ¿Estás recibiendo tratamiento? ¿Cual? ¿Cómo se abordó? ¿Cómo fue el trato que recibiste? ¿Cómo lo viviste?

Si la persona ha tenido contacto con una persona que ha dado positivo en VIH:

¿Cuándo tuviste ese encuentro sexual desprotegido? ¿Te han realizado alguna prueba? ¿Cuáles han sido los resultados?

Si ha dado positivo:

¿Conoces la PeP?

Si no se ha realizado pruebas:

¿Te gustaría que te apoye buscando un recurso donde realizarte una prueba? / ¿Te gustaría que te hiciéramos la prueba? (si se realizan tests en el propio centro)

¿Has tenido o tienes alguna Infección de Transmisión Sexual/Genital? ¿Cuál?

Si la respuesta es sí:

¿Cómo fue tratada? ¿Con qué medicamentos? ¿Durante cuánto tiempo? ¿Qué síntomas tuviste? ¿Cómo lo viviste?

¿Has tenido otro tipo de infecciones cómo por ejemplo infecciones urinarias? ¿Cómo se trató? ¿Qué síntomas tuviste? ¿Con qué medicamentos? ¿Durante cuánto tiempo? ¿Cómo lo viviste?

Si la usuaria tiene vagina:

¿O vaginales? ¿Has tenido otro tipo de problema o patología cómo por ejemplo candidiasis? ¿Cómo se trató? ¿Qué síntomas tuviste? ¿Hace cuánto tiempo?

► DROGAS

¿Me permites que te haga algunas preguntas sobre consumo de drogas?

¿Bebes alcohol? ¿En qué situaciones? ¿Con cuánta frecuencia?

¿Fumas tabaco? ¿Fumas porros? ¿En qué situaciones? ¿Con cuánta frecuencia?

¿Consumes algún (otro) tipo de droga? ¿Cuáles? ¿De qué forma las consumes? ¿En pastillas, de forma inyectable, las esnifas...etc.?

¿En qué situaciones? ¿Con cuánta frecuencia?

¿Cómo te hacen sentir? ¿Para qué las usas?

Si las drogas son inyectables:

Si empleas jeringuillas ¿Sabes dónde conseguir jeringuillas limpias? ¿Conoces los diferentes tipos de jeringuillas que existen?

¿Sabes inyectarte de forma segura?

¿Sueles mezclar distintos tipos de drogas? ¿Cuáles? ¿En qué situaciones? ¿Con cuánta frecuencia?

Si la usuaria no sabe contestar a preguntas cómo con cuánta frecuencia consume sustancias ofrecer respuestas cerradas: Nunca, a veces, casi siempre, siempre que consumo etc.

Si consume algún tipo de sustancia:

¿Interfiere el consumo de alcohol/drogas/tabaco en tu vida de alguna forma? ¿De qué manera?

¿Cuándo consumes alcohol o drogas cómo te sientes? ¿Y cuándo se te pasan los efectos cómo te sientes física y emocionalmente? ¿Qué sensaciones (fisiológicas) experimentas?

¿Cómo lidias con la bajada de los efectos del alcohol y/o drogas?

¿Has intentado dejar de consumir o reducir el consumo de alguna de estas sustancias? Si la respuesta es sí: ¿De qué forma? ¿Qué sucedió?

Si ha dejado de consumir:

¿Hace cuánto? ¿Has recibido algún tipo de tratamiento para ello?

¿Farmacológico? ¿Psicológico? ¿Has ido a algún grupo de apoyo?

Si no ha intentado dejar de consumir sustancias/alcohol/tabaco:

¿Te estás planteando dejar de consumir? ¿Quieres que te facilite información sobre los recursos y/o grupos de apoyo que existen?

► CHEMSEX

¿Practicas chemsex o sexo con drogas?

Si la respuesta es sí:

¿Con cuántas personas sueles realizar estas sesiones? ¿Cuánto suelen durar? ¿Qué sueles hacer en una sesión habitual? ¿Qué prácticas sueles realizar?

Ofrecer preguntas más cerradas si la usuaria no especifica:

¿Recibes o practicas sexo oral con otras personas? ¿realizas o te realizan prácticas masturbatorias? ¿Usas dildos o juguetes sexuales de algún tipo? ¿Tienes prácticas con penetración? ¿Realizas tú las penetraciones o eres la persona penetrada?

¿Usas algún método de protección en estos casos? ¿Qué método de protección usas en cada práctica? Ejemplos: condones, guantes... etc.

Si hay uso de dildos o penetración: ¿Cambias de preservativo y/ o de guantes con cada persona o cada práctica?

Realizar preguntas de la sección: "si las drogas son inyectables"

¿Cuándo consumes alcohol o drogas y tienes relaciones sexuales cómo te sientes? ¿Y cuándo se te pasan los efectos cómo te sientes física y emocionalmente? ¿Qué sensaciones (fisiológicas) experimentas? ¿Alguna vez te has hecho daño en estas sesiones o ha sucedido algo inesperado?

¿Alguna vez te has sentido incómoda durante estas sesiones? ¿Qué has hecho o intentado hacer en estos casos?

¿Cómo lidias con la bajada de los efectos del alcohol y/o drogas?

► DETECCIÓN DE ABUSOS

Especialmente relevante en personas que tienen pareja o algún vínculo afectivo-sexual:

¿Cómo es tu relación con tu pareja/rollo/novia...? (usar el lenguaje de la propia usuaria que haya empleado en la sección PAREJA y HÁBITOS SEXUALES).

¿Te sientes a gusto con esta persona? ¿Te sientes cuidada?

¿Te sientes respetada? ¿Sientes que se te escucha y atiende en la relación?

¿Desde qué estás con esta persona/vínculo has dejado de hacer alguna actividad que hacías antes? ¿Cuáles? ¿Por qué crees que es esto?

¿Has dejado de ver a amigos o familiares? ¿Quiénes? ¿A qué crees que se debe esto?

¿Alguna vez habéis tenido alguna discusión en la que hayas pasado miedo? ¿Qué sucedió?

¿Alguna vez tu pareja te ha amenazado de alguna forma?

¿Alguna vez tu pareja te ha amenazado con sacarte del armario?

¿Alguna vez tu pareja ha roto algún objeto tuyo? ¿Te ha lanzado algo alguna vez? ¿Ha roto algo en tu presencia?

¿Alguna vez tu pareja ha controlado tu dinero?

¿Alguna vez te has sentido manipulada o chantajeada por tu pareja? ¿Tu pareja te amenaza con dejarte? ¿Cuándo ha sido la última vez que lo ha hecho? ¿Cómo gestionasteis la situación?

¿Tú querías dejar a esta persona?

Si la respuesta es sí:

¿Alguna vez intentaste dejar a tu pareja? ¿Cómo fue su reacción?

¿Alguna vez te ha humillado en público? ¿Qué sucedió? ¿Cómo reaccionaron las personas presentes? ¿Cómo te sentiste tú? ¿Qué pasó después? ¿Alguna vez tu pareja te ha insultado? Si la respuesta es sí: ¿Qué te dijo? ¿Cómo te sentiste tú? ¿Qué pasó después? ¿Ha sucedido más veces? ¿Alguna vez tu pareja te ha agredido físicamente? ¿Se lo has contado a alguien? ¿Te sientes segura en tu casa?

¿Cómo es la relación de tu pareja y tu familia? ¿Algún miembro de tu familia te ha comentado algo negativo de tu pareja? Si la respuesta es sí: ¿Qué te dijo? ¿Sabes por qué piensa eso? ¿Se lo has comentado a tu pareja? ¿Cómo es ahora tu relación con ese familiar?

¿Describirías a tu pareja como una persona tranquila?

¿Crees que esta persona es buena para ti?

Bibliografía

-AsexualpediA. (s. f.). Asexualpedia. Recuperado 28 de mayo de 2021, de http://es.asexualpedia.org/wiki/index.php?title=P%C3%A1gina_principal

-Aurtenetxe Álvarez, A. (2019). Violencia de género. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea.

-Bermea, A. M., van Eeden-Moorefield, B., & Khaw, L. (2018). A systematic review of research on intimate partner violence among bisexual women. *Journal of Bisexuality*, 18(4), 399-424.

-Bristowe, K., Marshall, S., & Harding, R. (2016). The bereavement experiences of lesbian, gay, bisexual and/or trans* people who have lost a partner: a systematic review, thematic synthesis and modelling of the literature. *Palliative medicine*, 30(8), 730-744.

-Ochs, R. (2020). Bisexual. A Few Quotes from Robyn Ochs. Robyn Ochs. Recuperado el 12 de marzo de 2021 de <https://robynochs.com/bisexual/>

-Chen, J., Walters, M. L., Gilbert, L. K., & Patel, N. (2020). Sexual violence, stalking, and intimate partner violence by sexual orientation, United States. *Psychology of violence*, 10(1), 110.

-Everett, B. G. (2013). Sexual orientation disparities in sexually transmitted infections: examining the intersection between sexual identity and sexual behavior. *Archives of sexual behavior*, 42(2), 225-236.

-FELGTB. (2018). La cara oculta de la violencia hacia el colectivo LGBTI. <https://felgtb.org/wp-content/uploads/2020/06/felgtb-informe-violencias.pdf>

-Fenge, L. A. (2014). Developing understanding of same-sex partner bereavement for older lesbian and gay people: Implications for social work practice. *Journal of Gerontological Social Work*, 57(2-4), 288-304.

-Fulfer, J. L., Tyler, J. J., Choi, N. J., Young, J. A., Verhulst, S. J., Kovach, R., & Dorsey, J. K. (2007). Using indirect questions to detect intimate partner violence: the SAFE-T questionnaire. *Journal of interpersonal violence*, 22(2), 238-249.

-Gehring, K. S., & Vaske, J. C. (2017). Out in the open: The consequences of intimate partner violence for victims in same-sex and opposite-sex relationships. *Journal of interpersonal violence*, 32(23), 3669-3692.

-Grossman, A. H., Frank, J. A., Graziano, M. J., Narozniak, D. R., Mendelson, G., El Hassan, D., & Patouhas, E. S. (2014). Domestic harm and neglect among lesbian, gay, and bisexual older adults. *Journal of homosexuality*, 61(12), 1649-1666.

-Gupta, K. (2017). "And now I'm just different, but there's nothing actually wrong with me": Asexual marginalization and resistance. *Journal of Homosexuality*, 64(8), 991-1013.

-Inter, V. T. L. E. D. L. (2020, 23 octubre). ¿Qué es la Intersexualidad? Brújula Intersexual. <https://brujulaintersexual.org/2015/01/19/que-es-la-intersexualidad/>

-James, S., Herman, J., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafí, M. A. (2016). The report of the 2015 US transgender survey.

-Hall, D. M. (1998). The victims of stalking. In *The psychology of stalking* (pp. 113-137). Academic Press.

-laSexta.com. (2020, 15 febrero). Los datos del odio: el 16% de personas trans son víctimas de agresiones o abusos sexuales. LaSexta. https://www.lasexta.com/noticias/sociedad/los-datos-del-odio-el-16-de-personas-trans-son-victimas-de-agresiones-o-abusos-sexuales_202002155e4808090cf29572b94dac36.html

-laSexta.com. (2020, 15 febrero). Los datos del odio: el 16% de personas trans son víctimas de agresiones o abusos sexuales. LaSexta. https://www.lasexta.com/noticias/sociedad/los-datos-del-odio-el-16-de-personas-trans-son-victimas-de-agresiones-o-abusos-sexuales_202002155e4808090cf29572b94dac36.html

-Lehavot, K., & Simoni, J. M. (2011). The impact of minority stress on mental health and substance use among sexual minority women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(2), 159.

-Lund, E. M., Burgess, C., & Johnson, A. J. (2021) *Violence Against LGBTQ+ Persons*. Springer Nature Switzerland AG.

-Meléndez, J. C. La violencia psicológica: Un concepto aún por acabar. *Revista Cubana de Alternativas en Psicología*, 109.

-Meléndez, J. C. La violencia psicológica: Un concepto aún por acabar. *Revista Cubana de Alternativas en Psicología*, 109.

-Meloy, J. R. (1999). Stalking: An old behavior, a new crime. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(1), 85-99.

-Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of health and social behavior*, 38-56.

-National Coalition of Anti-Violence Programs (NCAVP). (2017). *Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and HIV-Affected Intimate Partner Violence in 2016*. New York, NY: Emily Waters.

-Ortiz Hernández, L., & Granados Cosme, J. A. (2003). Violencia hacia bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Revista mexicana de sociología*, 65(2), 265-303.

-Peitzmeier, S. M., Malik, M., Kattari, S. K., Marrow, E., Stephenson, R., Agénor, M., & Reiner, S. L. (2020). Intimate Partner Violence in Transgender Populations: Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence and Correlates. *American Journal of Public Health*, e1-e14. doi:10.2105/ajph.2020.305774

-Plöderl, M., Wagenmakers, E. J., Tremblay, P., Ramsay, R., Kralovec, K., Fartacek, C., et al. (2013). Suicide risk and sexual orientation: A critical review. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 715-727

-¿Qué es Intersexo? | Definición de Intersexual. (s. f.). Planned Parenthood. Recuperado 28 de mayo de 2021, de <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/identidad-de-genero/sexo-e-identidad-de-genero/que-es-la-intersexualidad>

-Sánchez Gutiérrez, C. (2012). Guía para la acción pública contra la homofobia.

-Sexual Assault and the LGBTQ Community. (s. f.). HRC. Recuperado 30 de mayo de 2021, de <https://www.hrc.org/resources/sexual-assault-and-the-lgbt-community>

-The 2019 Year in Review. (s. f.). Pornhub. Recuperado 28 de mayo de 2021, de <https://www.pornhub.com/insights/2019-year-in-review>

-Walters, M., Chen, J., & Breiding, M. (2011). National Intimate Partner And Sexual Violence Survey 2010: findings on victimization by sexual orientation.

-Weeks, J. (2000). *Sexualidad, Colección Género y Sociedad*. México, DF: Paidós.

-Willging, C. E., Salvador, M., & Kano, M. (2006). Unequal treatment: Mental health care for sexual and gender minority groups in a rural state. *Psychiatric Services*, 57(6), 867-870.

-Yoshino, K. (2017). The Epistemic Contract of Bisexual Erasure 1. *Sexuality and Equality Law*, 329-352.

-Zorrilla-Muñoz, V., Blanco-Ruiz, M., Quesada, B. C., Sánchez, M. F., Molina, R. M., & Tomás, M. S. A. (2018). Género y envejecimiento desde el prisma de las organizaciones que trabajan con mayores. *Revista Prisma Social*, (21), 500-510.



Fundación 26 de Diciembre

C/Amparo 27, 28012 MADRID
+34 910 028 417