IGUALDAD 360
www.agenciafeminista.es

Elaboración de contenidos
LARUME Axencia de Igualdade

Financia
Ministerio de Igualdad.
Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género

Edición 2026

IGUALDAD 360

DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Estado del caso: Abierto

Dirigido a: Agente en formación

¿Qué condiciona nuestra capacidad para conocer, cuidar y decidir sobre nuestros cuerpos?

A primera vista, la información parece estar al alcance de todas. Pero cuando seguimos las pistas aparecen tabúes, mitos, estereotipos, desigualdades, sesgos y modelos sanitarios que han dejado fuera demasiadas veces las necesidades y experiencias de las mujeres.

A lo largo de la investigación encontrarás evidencias, documentos, pistas y herramientas para seguir el rastro de cómo se construye el conocimiento sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción, y para descubrir **qué relación existe entre información, autonomía, igualdad y Derechos Sexuales y Reproductivos.**

Tu misión consiste en:

- Investigar nuestros cuerpos, sexualidad y reproducción.
- Identificar obstáculos, sesgos y desigualdades.
- Desmontar mitos y falsas creencias.
- Descubrir nuestros derechos.
- Incorporar herramientas para el autocuidado.
- Superar desafíos para poner a prueba lo aprendido.

La investigación comienza ahora.

Gracias por formar parte.

Cómo funciona esta guía

Esta no es una guía de información al uso. Lo que tienes delante es un expediente de investigación que reúne datos, documentos y evidencias que vinculan los Derechos Sexuales y Reproductivos, la educación menstrual y la salud sexual con el ejercicio pleno de los Derechos Humanos Fundamentales.

Para empezar, encontrarás un ***tablero de investigación*** que plantea las distintas condiciones que pueden limitar o favorecer nuestra autonomía, y nos invita a seguir las pistas para entender qué necesitamos para poder ejercer nuestros derechos y tomar decisiones informadas.

Entre los bloques teóricos encontrarás la ***reconstrucción de escena***, donde tendrás que utilizar las pistas y la información que has aprendido para resolver diferentes retos. A través de estos escenarios podrás descubrir, de una forma diferente, situaciones relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos, la salud sexual y menstrual, el acceso a la información y a los servicios sanitarios, y la autonomía sobre nuestros cuerpos y decisiones.

Cuando hayas completado el recorrido por el expediente, podrás enfrentarte a la ***prueba de simulación***, un pequeño juego online disponible en la página web de la agencia. Será la última prueba para poner en práctica todo lo que has aprendido durante la investigación.

En el ***dossier de informantes*** hemos reunido algunas de las preguntas e inquietudes que suelen surgir al abordar estos temas. Puedes acudir a él si necesitas resolver alguna duda.

Y cuando llegues al último apartado, será el momento de convertirte en ***agente en acción,*** para ello encontrarás estrategias y propuestas que puedes llevar a distintos contextos: casa, centros educativos o actividades con infancia y adolescencia para trabajar el autoconocimiento sexual y menstrual.

Índice

Test de antecedentes.....1

Tablero de investigación.....3

Bloque I: Marco de derechos.....5

Reconstrucción de escena.....19

Bloque II: Educación menstrual.....25

Reconstrucción de escena.....43

Bloque III: Salud sexual.....45

Reconstrucción de escena.....65

Conclusiones.....67

Dossier de informantes.....69

Agente en acción.....71

Última comunicación.....73

Fuentes, referencias y créditos de imagen.....74

Test de antecedentes

Antes de empezar, es necesario saber desde dónde partimos.

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones. Lee cada una con calma y señala hasta qué punto estás de acuerdo o en desacuerdo:

1 — Totalmente en desacuerdo
2 — En desacuerdo
3 — Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4 — De acuerdo
5 — Totalmente de acuerdo

La función del test es saber cual es tu punto de partida, ya que, cuando hayas terminado de explorar el expediente, puedes volver a responder y comprobar si ha cambiado algo en tu percepción. Es por esto que te recomendamos que respondas con total sinceridad y sin buscar demasiado la respuesta "correcta".

Y si quieres ayudarnos a saber si estas guías están cumpliendo su misión, puedes responder el test a través del enlace o del código QR. Tus respuestas nos permitirán evaluar los materiales y seguir mejorándolos. La participación es **anónima.**

Ahora sí. Registra tus antecedentes y empieza a investigar.

agenciafeminista.es/exp-3/#antecedentes

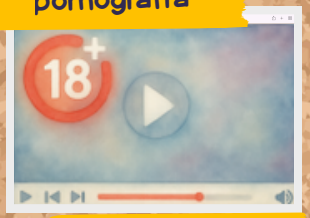
test

1 - Totalmente en desacuerdo // 5 - Totalmente de acuerdo					
El porno y plataformas como OnlyFans son formas de ejercer la libertad sexual.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
La pobreza menstrual es un problema propio de los países más pobres.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
La educación sexual debería ser responsabilidad de las familias, no de las escuelas.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
La menstruación ya no está rodeada de tabúes y estigmas.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
Cuando una persona tiene una ITS, tiene síntomas desde el principio.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
La ciencia y la medicina arrastran ideas sexistas de otras épocas.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
La educación sexual puede empezar a trabajarse desde la infancia.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

¿Somos libres para decidir sobre nuestro cuerpo?

obstáculos

pornografía



violencia sexual

Macho alfa ✓
@alfa

Cuando una tía dice que no, todos sabemos que en realidad es que sí.

Desinformación ✓
@bulosymitos

Cuando se está con la regla es imposible quedarse emabarazada.

mitos y bulos

desigualdades

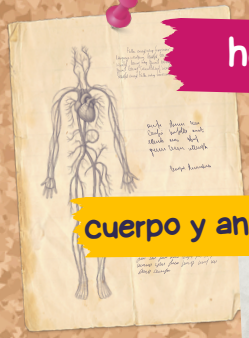




falta de servicios

herramientas

cuerpo y anatomía



ciclo menstrual



sexualidad



información veraz





consentimiento

opciones



BLOQUE I:
EL MARCO DE DERECHOS

BLOQUE I: El marco de derechos

Si todas las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos...

¿por qué todavía existen tantas barreras para decidir sobre el propio cuerpo, vivir la sexualidad con libertad o acceder a una atención sanitaria de calidad?

Para responder a esta pregunta tendremos que desmontar un sistema complejo. Un sistema formado por leyes, conocimientos científicos, normas sociales y relaciones de poder que, durante siglos, han condicionado la forma en que entendemos el cuerpo, la sexualidad y la reproducción.

La primera pista nos lleva a un documento aprobado hace más de setenta años.

Documento analizado: Declaración Universal de los Derechos Humanos[1]
Fecha: 10 de diciembre de 1948
Lugar: París, Francia

Organización de las Naciones Unidas[1]

- Tras la II Guerra Mundial, la ONU aprobó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, un documento que marcó un hito en el reconocimiento de la dignidad, la libertad y la igualdad de todas las personas.
- Aunque la Declaración no menciona de forma expresa los Derechos Sexuales y Reproductivos, sentó las bases para su posterior reconocimiento.
- Hoy, la Organización Mundial de la Salud (OMS) los define como la aplicación de los Derechos Humanos al ámbito de la sexualidad, la salud sexual y la reproducción.
- Son la forma de garantizar que principios como la libertad, la igualdad, la dignidad y la no discriminación también protejan el derecho de todas las personas a decidir sobre su propio cuerpo.

[1]Véase *Referencias bibliográficas* nº1

[1]Véase *Créditos de imágenes* nº1

BLOQUE I: El marco de derechos

Los **Derechos Sexuales y Reproductivos** no funcionan de manera aislada. Forman parte de una red de derechos interdependientes, esto significa que ejercerlos depende de que también estén garantizados otros derechos fundamentales, como el derecho a la educación, a la salud, a la información, a la igualdad o a vivir libres de violencia. Del mismo modo, cuando los Derechos Sexuales y Reproductivos se vulneran, también se debilita el ejercicio del resto de los Derechos Humanos.

No existe una única lista universal y cerrada de Derechos Sexuales y Reproductivos. Su contenido ha ido evolucionando a medida que avanzaban el conocimiento científico, el reconocimiento de nuevas realidades sociales y la protección internacional de los Derechos Humanos, sin embargo, todas las definiciones comparten una misma finalidad:

Garantizar que todas las personas puedan tomar decisiones libres, informadas y autónomas sobre su cuerpo, su sexualidad y su capacidad reproductiva, sin sufrir discriminación, coerción ni violencia.

Derechos Sexuales
Protegen la libertad para vivir la sexualidad de forma libre, informada, segura, placentera y respetuosa.

Su objetivo es que la sexualidad forme parte del bienestar físico, emocional y social de todas las personas.

Derechos Reproductivos
Protegen la capacidad de decidir libremente sobre la reproducción y la fertilidad.

Incluyen el derecho a decidir si tener descendencia o no, cuándo hacerlo y en qué condiciones.

FICHA TÉCNICA - Derechos Sexuales y Reproductivos

Componente principal: AUTONOMÍA CORPORAL

Función:
La autonomía corporal es el derecho y la capacidad real de cada persona para tomar decisiones libres e informadas. Pero la autonomía corporal no depende únicamente de la voluntad individual: para que una decisión sea realmente libre se necesita la garantía de cuatro elementos básicos:

- **Información veraz:** Educación sexual basada en evidencia científica.
- **Atención sanitaria:** De calidad, respetuosa y libre de discriminación.
- **Protección jurídica:** Leyes que garanticen y protejan estos derechos.
- **Entornos libres de violencia:** Tomar decisiones sin miedo, presión social o coerción.

INFORME DE IMPACTO

Garantizar los Derechos Sexuales y Reproductivos significa favorecer una vida más saludable, segura y autónoma.

Salud física	Salud mental	Impacto social
Prevención de ITS	Autoestima	Igualdad de oportunidades
Métodos anticonceptivos	Decisiones libres	Participación
Atención al embarazo	Sexualidad sin culpa	Reducción desigualdades
Educación menstrual	Relaciones respetuosas	Reconocimiento de la diversidad

BLOQUE I: El marco de derechos

INVENTARIO DE DERECHOS

Los Derechos Sexuales y Reproductivos no funcionan de manera independiente. Forman una red de garantías que permiten a las personas decidir sobre su cuerpo, vivir la sexualidad con libertad y acceder a los recursos necesarios para cuidar de su salud. Cuando uno falla, el resto del sistema también se debilita.

Código	Derecho	Protege
DSR-01	Decidir sobre el propio cuerpo	Autonomía corporal
DSR-02	Información y educación sexual	Toma de decisiones
DSR-03	Salud sexual y reproductiva	Bienestar integral
DSR-04	Maternidad libre y voluntaria	Libertad reproductiva
DSR-05	Sexualidad libre de violencia y discriminación	Integridad corporal

DSR-01: Derecho a decidir sobre el propio cuerpo

Cada persona es la máxima autoridad sobre su propio cuerpo. Ninguna persona, institución o ideología puede imponer decisiones relacionadas con la salud, la sexualidad, la reproducción o la integridad física.

- ▢ Decidir si mantener o no relaciones sexuales.
- ▢ Elegir libremente pareja.
- ▢ Decidir si tener descendencia o no.
- ▢ Acceder a métodos anticonceptivos.
- ▢ Aceptar o rechazar procedimientos médicos.
- ▢ Interrumpir voluntariamente un embarazo dentro del marco legal vigente.

Elemento imprescindible:
Consentimiento libre, informado, específico y reversible.

DSR-02: Derecho a la información y la educación sexual

Garantiza el acceso a información rigurosa y educación sexual integral basada en la evidencia científica. Sin información de calidad no es posible tomar decisiones verdaderamente libres.

- ▢ Comprender el funcionamiento del propio cuerpo.
- ▢ Desmontar mitos y falsas creencias.
- ▢ Prevenir embarazos no planificados e ITS.
- ▢ Identificar situaciones de violencia.
- ▢ Construir relaciones basadas en el respeto y la igualdad.

Observación técnica:
La educación sexual no es un contenido opcional: es una herramienta de salud pública y una condición necesaria para ejercer la autonomía corporal.

DSR-03: Derecho a la salud sexual y reproductiva

Garantiza el acceso, en condiciones de igualdad, a servicios sanitarios accesibles, confidenciales, respetuosos y basados en la evidencia científica.

- ▢ Anticoncepción.
- ▢ Prevención, diagnóstico y tratamiento de ITS.
- ▢ Atención durante el embarazo, parto y puerperio.
- ▢ Salud menstrual.
- ▢ Fertilidad y reproducción asistida.
- ▢ Atención al climaterio.
- ▢ Investigación biomédica libre de sesgos de género.

Observación técnica:
El acceso debe estar libre de barreras económicas, geográficas, culturales o administrativas.

DSR-04: Derecho a una maternidad libre y voluntaria

Protege la libertad para decidir si tener descendencia, cuándo hacerlo, con quién y en qué condiciones. Del mismo modo, reconoce el derecho a decidir no tenerla.

- ▢ Planificación familiar.
- ▢ Métodos anticonceptivos.
- ▢ Reproducción asistida.
- ▢ Atención durante el embarazo, parto y puerperio.
- ▢ Interrupción voluntaria del embarazo dentro del marco legal.
- ▢ Medidas que favorezcan una crianza digna y la conciliación.

Observación técnica:
Este derecho rompe con la idea de que la maternidad sea un destino inevitable asociado al hecho de ser mujer.

DSR-05: Derecho a vivir una sexualidad libre de violencia y discriminación

Garantiza que todas las personas puedan vivir su sexualidad desde la libertad, la igualdad y el respeto, sin sufrir violencia ni discriminación.

Protege frente:

- ▢ Violencia sexual.
- ▢ Acoso.
- ▢ Trata de personas.
- ▢ Matrimonio forzado.
- ▢ Mutilación genital femenina.
- ▢ Explotación sexual y reproductiva.
- ▢ Cualquier práctica que vulnere la autonomía corporal.

Elemento imprescindible:
Toda relación sexual requiere un consentimiento libre, informado, específico y reversible.

INCIDENCIAS REGISTRADAS

Reconocer un derecho no garantiza que todas las personas puedan ejercerlo en igualdad de condiciones.

Aunque en las últimas décadas se han producido importantes avances legislativos y sociales, todavía existe una brecha entre lo que las leyes reconocen y lo que muchas personas pueden vivir en su día a día: El acceso a los Derechos Sexuales y Reproductivos sigue estando condicionado por factores económicos, sociales, culturales e institucionales.

En esta investigación encontraremos distintas pistas que ayudan a entender esta brecha: el acceso desigual a los servicios de salud, la violencia obstétrica, los tabúes y la desinformación, la pobreza menstrual, los sesgos androcéntricos en la investigación y la atención sanitaria y las desigualdades en el acceso a una educación sexual de calidad.

Todas ellas muestran que tener un derecho reconocido es solo el primer paso: también necesitamos que existan las condiciones necesarias para poder ejercerlo de forma libre, informada y segura.

REPORTE: EL ACCESO DESIGUAL

Objetivo: Verificar si todas las personas pueden ejercer estos derechos en igualdad de condiciones.

Interferencias detectadas:

- **Barrera geográfica:** La ubicación condiciona el acceso a especialistas y revisiones.
- **Barrera económica:** Coste de productos (anticonceptivos, menstruales) y transporte excluye a personas con menos recursos.
- **Barreras invisibles:** Burocracia, falta de información y prejuicios sociales funcionan como muros invisibles.

1 EVIDENCIA 01: EL CASO DE LA IVE[2]

Desigualdad territorial

En algunos sitios se deriva casi por completo a clínicas privadas o requiere desplazamientos.
Afecta sobretodo a mujeres jóvenes, rurales o con menos recursos.



Privatización

La mayoría de las IVE se realizan en clínicas privadas, lo que dificulta su acceso y contribuye a mantener el estigma sobre el aborto.



Objeción de conciencia

Cuando no se garantiza personal suficiente, la objeción de conciencia puede convertirse en una barrera para ejercer este derecho.



2 EVIDENCIA 02: COLECTIVOS DISCRIMINADOS



Personas con discapacidad[3]:
Infantilización, falta de accesibilidad y limitación de la autonomía.



Personas migrantes y refugiadas[4]:
Barreras económicas, administrativas, lingüísticas y laborales.



Personas LGTBI+[5]:
Atención poco inclusiva y miedo a la discriminación.

[2]Véase *Referencias bibliográficas* nº2
[3]Véase *Referencias bibliográficas* nº3
[4]Véase *Referencias bibliográficas* nº4
[5]Véase *Referencias bibliográficas* nº5

REPORTE: VIOLENCIA OBSTÉTRICA

La investigación identifica la violencia obstétrica como una forma de violencia contra las mujeres que vulnera la autonomía corporal durante el embarazo, el parto, el puerperio o determinadas intervenciones ginecológicas.
Se manifiesta mediante prácticas deshumanizadas, paternalistas o realizadas sin información suficiente ni consentimiento informado.

EVIDENCIAS RECOPILADAS

1. **Procedimientos innecesarios:** episiotomías, inducciones o cesáreas sin indicación clínica.
2. **Intervenciones sin consentimiento informado:** practicar un tacto vaginal o administrar medicación sin explicar previamente el procedimiento ni solicitar consentimiento.
3. **Infantilización de las pacientes:** dirigirse con expresiones paternalistas, ignorar sus preguntas o decidir por ellas.
4. **Desatención o normalización del dolor:** minimizar el dolor con frases como *"es normal, todas pasan por esto"* o retrasar el alivio del dolor sin justificación.
5. **Falta de respeto a las decisiones de la mujer:** no respetar el plan de parto o dificultar la elección informada sobre determinadas intervenciones.
6. **Lenguaje humillante o culpabilizador:** realizar comentarios despectivos, ridiculizar el comportamiento de la mujer o responsabilizarla de las dificultades del parto.

Dictamen internacional

Tras varias resoluciones condenatorias contra España, el Comité CEDAW de Naciones Unidas ha instado a implantar una atención obstétrica basada en el consentimiento informado, el respeto y la participación activa de las mujeres[6].

[6]Véase *Referencias bibliográficas* nº6

REPORTE: TABÚES Y DESINFORMACIÓN

Hipótesis de la investigación

La falta de información también limita la autonomía corporal.
El análisis demuestra que el silencio, los mitos y la desinformación actúan como mecanismos de control que dificultan el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos.
Cuando la información científica se sustituye por prejuicios, bulos o estereotipos, las personas toman decisiones con menos libertad.

PRINCIPALES FOCOS DE DESINFORMACIÓN

1 Pornografía

Se ha vuelto la principal fuente de "aprendizaje". Reproduce modelos de desigualdad, violencia y ausencia de consentimiento.



2 Tabúes

El estigma rodea la salud menstrual, el aborto y el climaterio, lo que impide el acceso a información fiable.



3 Bulos virales

Mitos del aborto y anticoncepción.
Rechazo a la educación sexual.
Bulos sobre el preservativo.



CONSECUENCIAS

- El 45% de los menores de 13 años consumen o han consumido pornografía, y el 80% afirma que el primer contacto fue fácil[7].
- Casi el 50% de adolescentes declaran no haber recibido educación sexual de calidad[8].
- El 56,1% de la juventud considera que la pornografía le ayuda a conocer y comprender el sexo; el 49,5% lo utiliza como fuente de inspiración[9].
- Sólo un 65,5% usan preservativo y el 32,3% de las adolescentes ha recurrido alguna vez a la anticoncepción de emergencia[10].

[7,8,9]Véase *Referencias bibliográficas* nº7
[10]Véase *Referencias bibliográficas* nº8

REPORTE: POBREZA MENSTRUAL

La pobreza menstrual hace referencia al conjunto de barreras que dificultan una gestión menstrual segura, saludable y digna. Este término coge relevancia a partir de 2016, y ha sido adoptado por numerosos organismos de salud pública y derechos humanos, como la ONU o la OMS para describir una situación más compleja que la limitación a la hora de adquirir productos de gestión menstrual.



Barreras económicas:
- Productos no siempre asequibles.
- Ayudas públicas insuficientes.



Barreras educativas:
- Falta de educación menstrual.
- Mitos y vergüenza.



Barreras estructurales:
- Baños inadecuados y/o ausencia de espacios privados.
- Falta de agua.



Barreras culturales:
- Tabú y estigma.
- Menstruación asociada a suciedad.

EL IMPACTO EN CIFRAS

AMÉRICA LATINA



43% de mujeres y niñas tienen problemas de acceso a productos de gestión menstrual[11]

EUROPA



10% de las mujeres tienen dificultad para costear productos menstruales[12]

ESPAÑA



20% de las mujeres han tenido dificultades económicas para adquirir productos menstruales[13]

[11]Véase *Referencias bibliográficas* nº9
[12]Véase *Referencias bibliográficas* nº10
[13]Véase Referencias bibliográficas nº11

REPORTE: SESGO ANDROCÉNTRICO

Durante décadas, la investigación biomédica tomó el cuerpo masculino como modelo de referencia, ignorando las variables específicas del cuerpo femenino. Los resultados obtenidos en hombres se aplican a toda la población, asumiendo que el cuerpo masculino es el estándar neutro. Esta práctica conduce directamente a errores diagnósticos, tratamientos menos eficaces para las mujeres y retrasos críticos en la atención.

EVIDENCIAS RECOPILADAS



+700 **ENFERMEDADES CON DIAGNÓSTICO TARDÍO**
El sesgo provoca que cientos de patologías se identifiquen más tarde en mujeres[14]



50% **DE INFARTOS CONFUNDIDOS CON ANSIEDAD**
La sintomatología femenina se ignora o se atribuye a un problema emocional[15]



+25% **DE SUS VIDAS CON PEOR SALUD**
La falta de investigación hace que las mujeres viven más tiempo con dolor o enfermedad[16]

CASOS ABIERTOS



ENDOMETRIOSIS
Enfermedad inflamatoria que tarda de 7-10 años en diagnosticarse
10% mujeres[17]



ADENOMIOSIS
Patología invisibilizada que se caracteriza por dolor y sangrado intenso
10-30% mujeres[19]



SÍNDROME OVÁRICO METABÓLICO POLIENDOCRINO
Antes SOP, se le cambió el nombre porque afecta a mucho más que los ovarios
8-13% mujeres[18]



TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL (TDPM)
Provoca síntomas psíquicos y emocionales incapacitantes
3-8% mujeres[20]

[14]Véase *Referencias bibliográficas* nº12
[15]Véase *Referencias bibliográficas* nº13
[16]Véase *Referencias bibliográficas* nº14
[17,18,19,20]Véase *Referencias bibliográficas* nº15

REPORTE: BRECHA EN EDUCACIÓN SEXUAL

La investigación identifica una brecha en el acceso a la Educación Sexual Integral. Aunque organismos como la OMS, la UNESCO y el UNFPA la consideran esencial para la salud y la prevención de las violencias, su implantación continúa siendo insuficiente. Cuando la educación sexual basada en la evidencia científica falta, los mitos, la desinformación y los estereotipos ocupan su lugar.

EVIDENCIAS RECOPILADAS

1 **62,4%**
de la juventud investigan por su cuenta, lo que puede llevarles a fuentes no fiables[21]



2 **10-20%**
de la población en España han sufrido abusos sexuales durante su infancia[22]



VÍCTIMAS SILENCIADAS



PERSONAS CON DISCAPACIDAD
La falta de programas accesibles limita el acceso a la educación afectivo-sexual aumentando la vulnerabilidad.

35.1% de las mujeres con discapacidad han sido obligadas a mantener relaciones sexuales, frente al **18.1%** de mujeres sin discapacidad[23]



COLECTIVO LGTBIQ+
La escasa representación de la diversidad afectivo-sexual en los materiales educativos dificulta el acceso a referentes, favorece la discriminación y limita el desarrollo de identidades libres.

sólo el **33.7%** de los centros educativos trabajan la prevención de la LGTBIfobia[24]

[21]Véase *Referencias bibliográficas* nº16
[22]Véase *Referencias bibliográficas* nº17
[23]Véase *Referencias bibliográficas* nº18
[24]Véase *Referencias bibliográficas* nº19

Reconstrucción de escena

Tu misión será descubrir dónde se encuentra cada persona dentro de la cuadrícula utilizando las pistas que aparecen en el expediente. No encontrarás las respuestas directamente, tendrás que observar, relacionar los enunciados y reconstruir el escenario hasta conseguir colocar a todas las personas en su posición correcta.

Regla principal:

- No puede haber dos personas en la misma fila ni en la misma columna. Cuando colocas a un personaje en una casilla, su fila y su columna quedan bloqueadas para el resto de personajes.

Presta atención a los colores:

- Las casillas en blanco están disponibles.
- Las casillas con elementos en violeta son posiciones que, a pesar de estar ocupadas, están disponibles.
- Las casillas en azul marino son obstáculos y no puedes colocar a nadie en ellas.

Lee todas las pistas antes de empezar:

- Algunas te darán información sobre una posición concreta y otras te permitirán relacionar a dos o más personas.

Las líneas que delimitan los distintos espacios también cuentan:

- Si una pista indica que dos personas o una persona y un elemento están al lado deben encontrarse dentro del mismo espacio cuando así lo marque el escenario.

Menciones de elementos en las pistas:

- Si una pista hace referencia a un elemento violeta significa que el personaje se encuentra en la casilla de ese elemento.
- Si una pista menciona un obstáculo (elementos en azul) significa que el personaje está al lado de ese elemento.
- **Al lado de,** se refiere únicamente a las posiciones que están arriba, abajo, a la derecha o a la izquierda del elemento. Las posiciones diagonales no cuentan como estar al lado.



Casillas no disponibles:


Mesa


Ordenador

Casilla disponible:


Silla

1 Sonia

"Está de pie en el ordenador, redactando una de las guías."

2 Juan

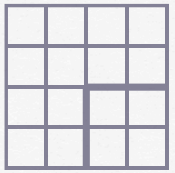
"Está en el pasillo, esperando a entrar para pedir información."

3 Adrián

"Está sentado revisando los retos del plan de operaciones."

4 Ester

"Está al lado de la mesa, observa el cartel sobre la cosificación."



Puedes resolver directamente sobre la escena o utilizar la cuadrícula en blanco que acompaña cada una.

Para comprobar las soluciones de las distintas escenas de este expediente escanea el QR o entra en:
agenciafeminista.es/exp-3/#escena

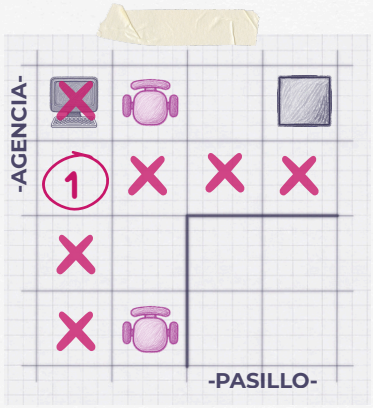
soluciones

RECONSTRUCCIÓN DE ESCENA PASO A PASO:

1 Sonia

"Está de pie en el ordenador, redactando una de las guías."

- El único sitio donde 1 puede estar de pie y donde está el ordenador es en la casilla inferior del ordenador.
- Si estuviese en la de la derecha, en la que está la silla, estaría sentada.
- Como solo puede haber una persona por columna y fila, se bloquean las casillas de la columna y fila donde está 1.



4 Ester

"Está al lado de la mesa, observa el cartel sobre la cosificación."

- Como 1 está en la segunda fila, en ella no puede haber nadie más, por lo que, para que 4 esté al lado de la mesa, solo puede colocarse en la primera fila, a la izquierda de la mesa.
- Se bloquean así las casillas de la columna y fila donde está 4.



3 Adrián

"Está sentado revisando los retos del plan de operaciones."

- Como 3 está sentado, tiene que estar en una casilla de silla.
- No puede estar en la silla de la primera fila, porque está 4 en esa misma fila, por lo que bloquea la casilla de esa silla.
- Solo podría estar en la silla de la última fila. Al colocarlo, bloquea las casillas de su columna y fila.



2 Juan

"Está en el pasillo, esperando a entrar para pedir información."

- Solo queda una casilla libre, y es en el pasillo, que es donde se ubica a Juan.
- Tenemos así a todas las personas colocadas como piden las pistas.



RESUELTO

Reconstrucción de escena

1 Laura

"Estoy sentada en la sala de espera. He tenido que hacer 300 km porque en el centro de salud de mi ciudad no practican IVEs por objeción de conciencia."

2 Marta

"Estoy de pie junto a la camilla. Cada vez que tengo que venir al hospital me pongo muy tensa. Cuando di a luz no respetaron lo que había pedido y todavía me pesa."

3 Jorge

"Estoy frente al ordenador. Mis amigos me han pasado unos vídeos porno y dicen que es lo mejor para saber cómo se hace."

4 Cecilia

"Estoy al lado de la mesa de la farmacia mirando los precios de los productos menstruales. Este mes no me llega para comprar todo lo que necesito."

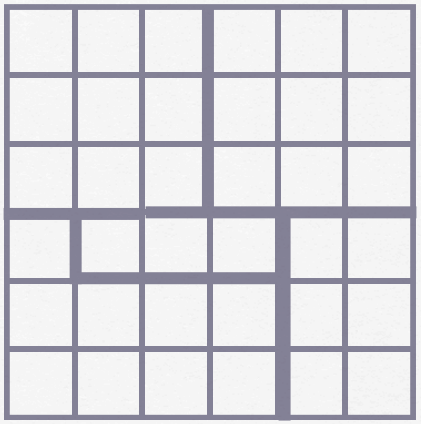
5 Raúl

"Estoy en la farmacia esperando para acercarme a las mesas del mostrador y comprar la medicación que necesita mi mujer. Le confundieron un infarto con ansiedad y ahora necesita medicarse."

6 Javier

"Estoy en la mesa de Dirección del instituto. He venido a pedir charlas sobre educación sexual y diversidad porque creo que nos hacen falta."






Mesa


Ordenador




Camilla

BLOQUE II:
EDUCACIÓN MENSTRUAL

BLOQUE II: Educación Menstrual

Tradicionalmente, los signos vitales utilizados para valorar el estado general de salud son la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la presión arterial. Sin embargo, en los últimos años, organismos científicos como el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)[25] han comenzado a reconocer el ciclo menstrual como el quinto signo vital, ya que proporciona información relevante sobre el funcionamiento del organismo y refleja el equilibrio entre los sistemas endocrino, inmunológico, neurológico y metabólico.

Lejos de ser únicamente un proceso relacionado con la reproducción, el ciclo menstrual constituye un indicador de salud integral. Observar sus características permite detectar cómo responde el organismo a diferentes situaciones y puede ofrecer señales de alerta temprana sobre posibles alteraciones antes de que aparezcan otros síntomas.

El estrés mantenido, la falta de descanso, una alimentación insuficiente, el exceso de ejercicio físico, determinados tratamientos farmacológicos o situaciones de vulnerabilidad emocional pueden modificar el funcionamiento del ciclo. Del mismo modo, patologías como la endometriosis, el Síndrome Ovárico Metabólico Poliendocrino (SOMP), los trastornos tiroideos o diversas alteraciones metabólicas pueden manifestarse inicialmente a través de cambios menstruales.

Por ello, conocer el propio ciclo no consiste únicamente en registrar cuándo llega la menstruación. Implica aprender a interpretar un conjunto de señales que permiten comprender mejor el funcionamiento del cuerpo y detectar cuándo algo no marcha como debería. La educación menstrual convierte al ciclo en una herramienta de autocuidado, prevención y autonomía corporal.

[25] Véase *Referencias bibliográficas* nº20

RECONSTRUCCIÓN DEL CUERPO: ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA

Durante siglos, la anatomía femenina ha sido representada de forma incompleta. Algunas estructuras apenas aparecían en los libros, otras fueron descritas únicamente en relación con la reproducción y muchas quedaron invisibilizadas por los sesgos de la investigación médica.

Conocer el cuerpo no es una cuestión de curiosidad, es una herramienta de autonomía. Nombrarlo correctamente permite comprender cómo funciona, reconocer cuándo algo cambia y tomar decisiones informadas sobre la propia salud.

ANATOMÍA EXTERNA E INTERNA

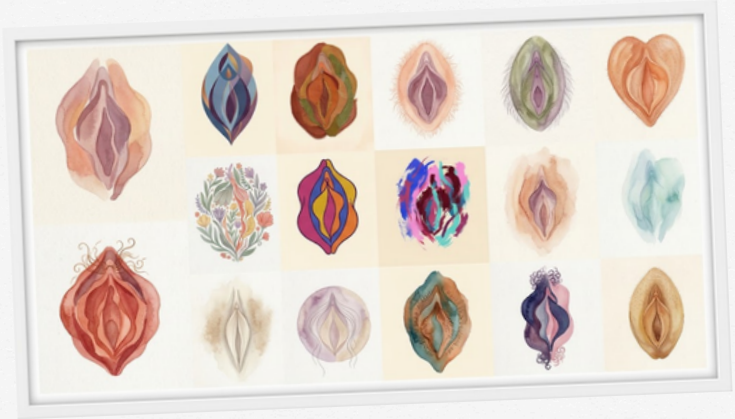
Nombre: Vulva | **Clasificación:** Genitales externos

Funciones principales:

- Protección frente a infecciones
- Entrada y salida del aparato sexual y urinario
- Placer sexual

Observaciones:

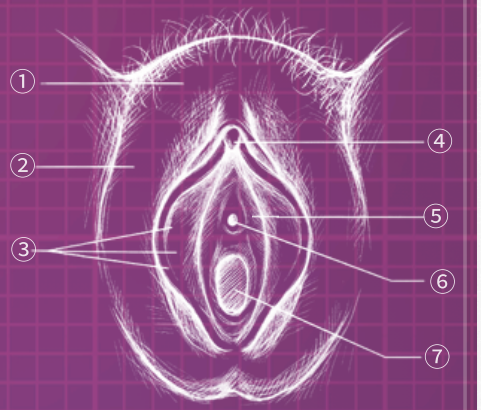
Una de las partes del cuerpo más invisibilizadas
Frecuentemente confundida con la vagina



GENITALES EXTERNOS: LA VULVA

① Monte de Venus
Zona de tejido graso situada sobre el pubis que amortigua y protege el hueso púbico.

② Labios externos
Pliegues de piel que protegen la vulva. Su aspecto varía de forma natural entre personas.



③ Labios internos
Rodean la entrada vaginal y la uretra. Carecen de vello y presentan una gran diversidad de formas y tamaños.

④ Clítoris
Órgano cuya función exclusiva es proporcionar placer. La mayor parte de su estructura es interna y puede alcanzar los 10 cm.

⑤ Vestíbulo
Espacio situado entre los labios internos donde se localizan la abertura vaginal, la uretra y las glándulas lubricantes.

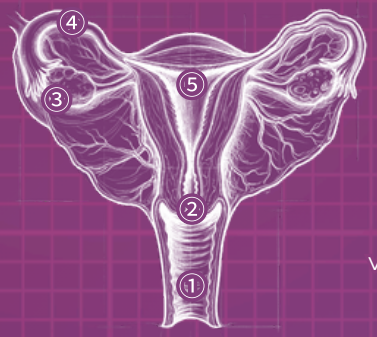
⑥ Orificio uretral
Abertura por la que se expulsa la orina. Es independiente de la vagina y de la menstruación.

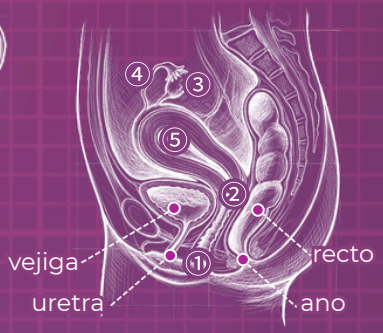
⑦ Entrada vaginal
Orificio que comunica la vulva con la vagina.

La anatomía completa del clítoris se describió en 1998[26] y en 2022[27] se confirmó que posee más de 10.000 terminaciones nerviosas. Durante décadas se utilizaron estudios realizados en animales como referencia.

[26] Véase *Referencias bibliográficas* nº21
[27] Véase *Referencias bibliográficas* nº22

GENITALES INTERNOS





① Vagina
Conducto muscular, permite la salida de la menstruación, la penetración y el parto. Su elasticidad cambia según el ciclo y la excitación.

② Cérvix
Conecta la vagina con el útero y regula el paso de espermatozoides, menstruación y bebé durante el parto.

③ Ovarios
Glándulas que almacenan los óvulos y producen las principales hormonas sexuales: estrógenos y progesterona.

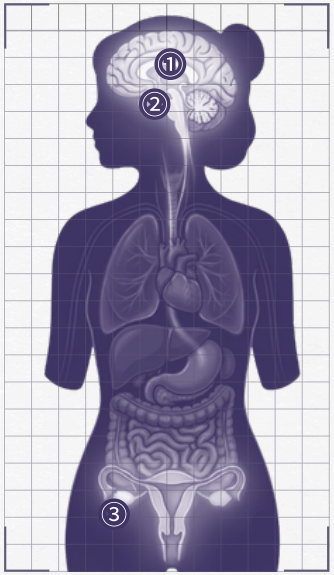
④ Trompas uterinas
Recogen el óvulo tras la ovulación y lo transportan hacia el útero. Habitualmente es aquí donde se produce la fecundación.

⑤ Útero
Órgano muscular donde se desarrolla el embarazo. Cada ciclo prepara el endometrio y, si no hay gestación, lo expulsa en forma de menstruación.

- Es uno de los músculos más fuertes del cuerpo.
- Durante el embarazo multiplica varias veces su tamaño.
- La palabra *histeria* procede del griego *hystera* (útero).

EL CENTRO DE CONTROL: EL EJE HORMONAL

El ciclo menstrual es el resultado de un sistema de comunicación constante conocido como Eje Hipotálamo-Hipófisis-Ovario (HHO).



① HIPOTÁLAMO:
Actúa como centro regulador y es el que segrega la hormona GnRH, iniciando así el ciclo menstrual.

② HIPÓFISIS:
Al recibir la señal de la GnRH libera las hormonas FSH y LH por el torrente sanguíneo hacia los ovarios.

③ OVARIOS:
Responden madurando los folículos, que son las fábricas de estrógenos y progesterona, que se envían a todo el cuerpo y específicamente, al útero.

Estrógenos: Hacen crecer el endometrio y que el moco cervical sea más fértil, también protegen los huesos, el corazón, participan en el deseo sexual, mejoran el bienestar emocional y la piel.
Progesterona: Estabiliza el endometrio y prepara el útero para una posible gestación. Ayuda a la relajación, contribuye a la salud ósea y puede favorecer cierta retención de líquidos.

El eje hormonal funciona como un sistema de comunicación bidireccional entre el cerebro, los ovarios y el resto del organismo.

Factores como el estrés, la alimentación, las enfermedades o los cambios hormonales pueden alterar este equilibrio y modificar el ciclo menstrual.

FASES DEL CICLO MENSTRUAL

Fase 1: Menstrual

Al no haber fecundación se expulsa el endometrio y da inicio un nuevo ciclo.

↓ Estrógenos ↓ Progesterona ↑ FSH

El descenso de las hormonas principales desencadena el sangrado.

Fase 2: Preovulatoria

Momento de hacer crecer el folículo dominante y reconstruir el tejido del endometrio.

↑ Estrógenos ↑ FSH

El aumento de estrógenos vuelve el moco cervical más fértil

Fase 3: Ovulatoria

Se libera el óvulo para una posible fecundación y comienza la formación del cuerpo lúteo.

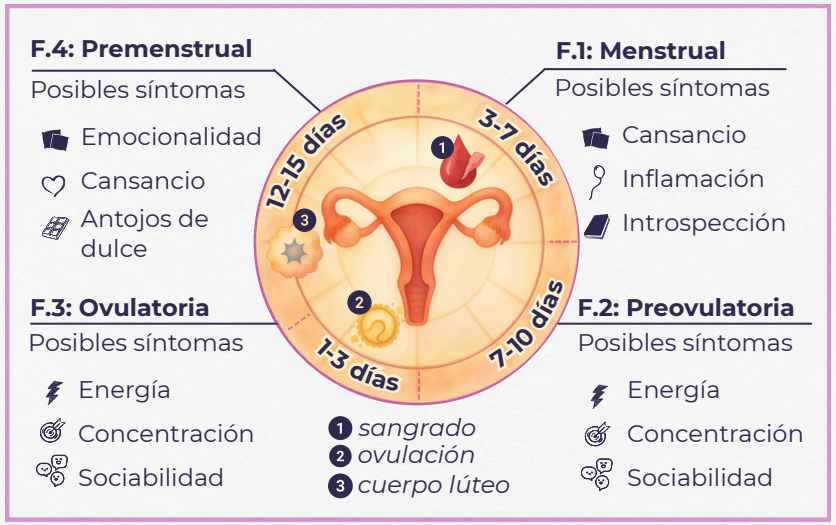
↑LH ↑Estrógenos ↑Inicia proges.

Fase 4: Premenstrual

El cuerpo lúteo produce progesterona para preparar el útero para un posible embarazo

↑ Progesterona · ↓ Estróg. y Prog.

Si no hay fecundación los niveles de hormonas caen.



PARÁMETROS DE UN CICLO SALUDABLE

No existe un único ciclo menstrual "normal". La duración, el sangrado o los síntomas pueden variar entre mujeres y a lo largo de la vida. Sin embargo, existen algunos indicadores que ayudan a valorar si el ciclo se desarrolla dentro de parámetros considerados saludables.

Indicador	Parámetro orientativo
Duración ciclo	21–35 días (20–45 días en adolescencia)
Regularidad	Se mide por la diferencia entre el ciclo más largo y el más corto del año: ≤ 8 días (≤ 20 en adolescencia)
Menstruación	3–7 días (hasta 10 en adolescencia)
Cantidad	50–100 ml aproximadamente
Color	Rojo brillante, rojo oscuro, marrón, rosado
Dolor	Molestias leves son frecuentes; el dolor incapacitante requiere valoración médica.
Síndrome premenstrual	Síntomas leves y temporales: tristeza, irritabilidad, acné, baja energía, molestias en los pechos, migrañas o retención de líquidos.
Ovulación	Flujo cervical transparente y elástico como indicador orientativo.

Registrar el ciclo ayuda a identificar cambios, reconocer patrones y detectar posibles alteraciones de forma precoz.

BLOQUE II: Educación Menstrual

INFORME DE INCIDENCIA: CUANDO EL DOLOR NO ES NORMAL

Durante siglos, la medicina interpretó gran parte del malestar femenino bajo el diagnóstico de histeria, un concepto que cuestionaba la credibilidad de las mujeres y relegaba sus síntomas a un supuesto problema emocional.

Como consecuencia, el dolor menstrual intenso fue tratado durante décadas como una experiencia "normal" en lugar de como un posible indicador de enfermedad. Hoy se reconoce que, cuando limita la vida cotidiana, requiere atención sanitaria y no debe ser minimizado.

CRONOLOGÍA SOBRE LA HISTERIA FEMENINA

ANTIGÜEDAD

- Hipócrates y Galeno atribuyeron diversas enfermedades a alteraciones del útero, a través de teorías como la del "útero errante" y la de la "asfixia uterina"[28].

EDAD MEDIA

- Los síntomas femeninos se relacionaron con la brujería y las posesiones demoníacas.

RENACIMIENTO

- Se mantuvo la idea de que las mujeres eran biológicamente inestables, especialmente si desafiaban los roles tradicionales.

SIGLO XIX

- La histeria se convirtió en un diagnóstico para explicar desde el dolor hasta la rebeldía o el deseo sexual.

SIGLO XX

- Roberto Nóvoa Santos llegó a afirmar que "el histerismo no es una enfermedad, es la propia estructura de la mujer"[29].

ACTUALIDAD

- El sesgo continúa reflejándose en la normalización del dolor menstrual, los retrasos diagnósticos y la medicalización del malestar femenino.

[28] Véase *Referencias bibliográficas* nº23
[29] Véase *Referencias bibliográficas* nº24

INFORME: ORIGEN DEL ESTIGMA MENSTRUAL

La menstruación continúa siendo uno de los procesos biológicos más atravesados por el tabú. A pesar de formar parte de la vida de millones de personas, durante siglos se ha asociado a ideas de vergüenza, impureza o debilidad que todavía condicionan la educación menstrual, la investigación científica y la forma en que se vive el propio cuerpo.

MECANISMOS DEL TABÚ

Ocultación: Hablar de la menstruación, mostrar una mancha de sangre o expresar necesidades relacionadas con el ciclo suele generar vergüenza o rechazo.

Negación de la ciclicidad: El ciclo menstrual suele reducirse únicamente a la menstruación, invisibilizando el resto de fases y su importancia para la salud.

Invisibilización social: La escasa presencia del ciclo en la educación, los medios o la cultura favorece que siga tratándose como una experiencia privada y silenciosa.



MITOS MENSTRUALES

- No se deben mantener relaciones sexuales durante la menstruación.
- Es raro o imposible sentir deseo sexual durante esta fase.
- No se deben tocar plantas ni preparar determinados alimentos.
- La menstruación altera alimentos como la mayonesa o el vino.
- Las mujeres son más inestables emocionalmente cuando menstrúan.
- La menstruación limita la capacidad de liderazgo o de tomar decisiones.

BLOQUE II: Educación Menstrual

FALSAS CREENCIAS Y DESINFORMACIÓN

Un ciclo menstrual saludable y regular debe durar 28 días

Un ciclo sano debe ser regular, pero su duración puede estar entre los 21 y los 35 días. La cifra de 28 días se corresponde con la "media aproximada" de los ciclos, no es norma rígida.

Lo normal es que la menstruación duela

Esta es una de las falsas creencias más peligrosas en términos de salud pública al enmascarar y cronificar patologías graves.

Durante la fase de sangrado es imposible quedarse embarazada

La ventana de fertilidad es corta, pues depende de la vida útil del óvulo maduro y de los espermatozoides. Las probabilidades de implantación durante la fase menstrual son bajas, pero es biológicamente viable en ciclos cortos o irregulares.

La ovulación se produce de forma alterna, cada ciclo en un ovario

La ovulación depende de la maduración folicular, que no sigue un orden sistemático sino que puede ocurrir en cualquiera de los dos ovarios de forma independiente.

El óvulo no fecundado se expulsa con la menstruación

El óvulo no fecundado se reabsorbe en las trompas uterinas pasados unos días tras la ovulación.

CONCLUSIONES

Estas ideas simplifican el funcionamiento del cuerpo y pueden dificultar la identificación de posibles problemas de salud sexual. Además, la combinación del tabú, los mitos y las falsas creencias favorecen un sentimiento de culpa o resignación a la hora de vivir el ciclo menstrual desde el desconocimiento o la desinformación.

Desmontar mitos no es sólo informar, es una herramienta fundamental para que cada persona ejerza el control sobre su propio cuerpo.

GESTIÓN MENSTRUAL

PRODUCTOS MENSTRUALES

La gestión menstrual comprende el conjunto de recursos, conocimientos y condiciones que permiten vivir el ciclo de forma segura, saludable y digna. No se limita al uso de productos menstruales, sino que también incluye el acceso a información, agua, saneamiento, espacios adecuados y la posibilidad de elegir el método que mejor se adapte a cada persona.

COMPRESA SINTÉTICA



TIPO: Externa · Absorbente · Desechable
DURACIÓN: Un solo uso
COSTE: Inicial > € | Largo plazo > €€€€€
IMPACTO AMBIENTAL: Muy alto
FACILIDAD DE USO: Muy fácil ★★★★★

SALUD VULVAR: Puede generar humedad, rozaduras e irritaciones por la presencia de plásticos, perfumes o adhesivos.
IDEAL PARA: Uso cotidiano y situaciones de emergencia. Fácil de encontrar en cualquier establecimiento.

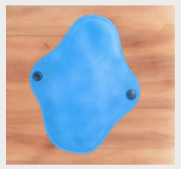
COMPRESA ORGÁNICA



TIPO: Externa · Absorbente · Desechable
DURACIÓN: Un solo uso
COSTE: Inicial > €€ | Largo plazo > €€€€€
IMPACTO AMBIENTAL: Alto
FACILIDAD DE USO: Muy fácil ★★★★★

SALUD VULVAR: Más transpirable y respetuosa con la piel. Generalmente no contiene perfumes ni cloro.
IDEAL PARA: Personas con piel sensible que buscan una alternativa desechable.

COMPRESA DE TELA



TIPO: Externa · Absorbente · Reutilizable
DURACIÓN: 4-6 años
COSTE: Inicial > €€€ | Largo plazo > €€
IMPACTO AMBIENTAL: Muy bajo
FACILIDAD DE USO: Fácil ★★★★☆

SALUD VULVAR: Muy transpirable, sin químicos añadidos e hipoalergénica.
IDEAL PARA: Quienes buscan reducir residuos y disponen de acceso a lavado y secado.

BRAGA MENSTRUAL



TIPO: Externa · Absorbente · Reutilizable
DURACIÓN: 2-5 años
COSTE: Inicial > €€€€ | Largo plazo > €€€
IMPACTO AMBIENTAL: Bajo
FACILIDAD DE USO: Fácil ★★★★☆

SALUD VULVAR: Cómoda, transpirable e hipoalergénica.
IDEAL PARA: Uso diario, noches o como complemento de otros productos.

TAMPÓN SINTÉTICO



TIPO: Interno · Absorbente · Desechable
DURACIÓN: Un solo uso
COSTE: Inicial > € | Largo plazo > €€€€€
IMPACTO AMBIENTAL: Muy alto
FACILIDAD DE USO: Fácil ★★★★☆

SALUD VULVAR: Puede resecar la mucosa vaginal. Existe riesgo de Síndrome de Shock Tóxico (SST) si se mantiene demasiado tiempo. Algunos tampones contienen materiales sintéticos derivados del petróleo.
IDEAL PARA: Actividad física o situaciones que requieren libertad de movimiento.

TAMPÓN ORGÁNICO



TIPO: Externa · Absorbente · Desechable
DURACIÓN: Un solo uso
COSTE: Inicial > €€ | Largo plazo > €€€€€€€
IMPACTO AMBIENTAL: Alto
FACILIDAD DE USO: Fácil ★★★★☆

SALUD VULVAR: Menor riesgo de irritación al no contener perfumes ni cloro. Mantiene el riesgo de SST.
IDEAL PARA: Quienes prefieren tampones con materiales más naturales.

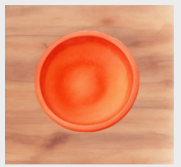
COPA MENSTRUAL



TIPO: Interno · Recolector · Reutilizable
DURACIÓN: Hasta 10 años
COSTE: Inicial > €€€ | Largo plazo > €
IMPACTO AMBIENTAL: Muy bajo
FACILIDAD DE USO: Difícil ★★½☆☆

SALUD VULVAR: No altera el pH ni reseca la mucosa vaginal. Mantener una correcta higiene reduce el riesgo de SST.
IDEAL PARA: Uso prolongado (hasta 8-10 horas), permite observar el volumen y aspecto del sangrado.

DISCO MENSTRUAL



TIPO: Interno · Recolector · Reutilizable
DURACIÓN: Hasta 10 años
COSTE: Inicial > €€€ | Largo plazo > €
IMPACTO AMBIENTAL: Muy bajo
FACILIDAD DE USO: Muy difícil ★☆☆☆☆

SALUD VULVAR: No altera el pH ni reseca la flora vaginal. Existe riesgo de SST si no se utiliza correctamente.
IDEAL PARA: Uso prolongado (8-10 horas). Permite valorar el sangrado y puede utilizarse en relaciones sexuales con penetración.

BLOQUE II: Educación Menstrual

SANGRADO LIBRE

El sangrado libre o free bleeding es una forma de gestión menstrual que consiste en no utilizar productos menstruales y aprender a reconocer las señales corporales que anticipan la expulsión de la sangre para acudir al baño en ese momento.

Esta práctica requiere un alto grado de conocimiento corporal y disponer de condiciones que permitan adaptar los ritmos cotidianos a las necesidades del ciclo, por lo que no siempre resulta viable. Puede realizarse de forma puntual o combinarse con otros productos menstruales, especialmente en días de menor sangrado o cuando existe mayor posibilidad de acceder al baño.

REGISTRO Y OBSERVACIÓN DEL CICLO

Conocer el propio ciclo menstrual es una herramienta de salud. Observar los cambios físicos, emocionales y conductuales ayuda a identificar patrones personales, adaptar los autocuidados y detectar precozmente posibles alteraciones.

Registro a nivel físico:

- Primer día de la menstruación.
- Duración del ciclo y del sangrado.
- Sangrado: cantidad, color, presencia de coágulos.
- Dolor menstrual u ovulatorio.
- Flujo o moco cervical.
- Calidad del sueño.
- Síntomas premenstruales.
- Amenorrea (+3 meses sin menstruar)

Registro a nivel emocional:

- Energía o cansancio.
- Estrés o calma.
- Motivación.
- Sociabilidad.
- Creatividad.
- Irritabilidad.
- Tristeza.
- Necesidad de descanso o soledad.

Formas de registro:



Diario menstrual
Permite anotar de forma libre los cambios físicos, emocionales y las experiencias vividas durante el ciclo.



Calendario menstrual
Consiste en registrar el primer día de la menstruación y la duración del ciclo para observar su regularidad.



Ciclograma
Utiliza colores o símbolos para representar de forma visual aspectos como el dolor, la energía, el flujo o el estado de ánimo.



Aplicaciones móviles
Facilitan el seguimiento del ciclo, conviene recordar que sus predicciones son orientativas.
Es recomendable revisar su política de privacidad antes de compartir datos personales.

Registrar el ciclo no pretende controlar el cuerpo ni predecir con exactitud la menstruación o la ovulación, sino desarrollar una mayor conciencia corporal y comprender cómo responde el organismo a lo largo del tiempo.

PAUTAS DE AUTOCUIDADO Y VIDA CÍCLICA

A lo largo del ciclo menstrual, las fluctuaciones hormonales pueden influir en la energía, el estado de ánimo, el descanso, el apetito, la sociabilidad o la capacidad de concentración.

Estas orientaciones son recomendaciones generales, no normas. Cada ciclo es diferente y las necesidades pueden variar entre personas e incluso entre distintos ciclos de una misma persona. El objetivo del autocuidado menstrual es aprender a escuchar el cuerpo y adaptar los hábitos cotidianos a las necesidades de cada momento.

BLOQUE II: Educación Menstrual

FASE MENSTRUAL	FASE PREOVULATORIA
Descanso y recuperación Se caracteriza por menor energía física, molestias o inflamación y tendencia hacia el descanso. • **Nutrición:** Priorizar hierro, omega-3 y magnesio. Consumir verduras de hoja verde, frutos secos, cítricos, jengibre y cúrcuma. Se recomienda reducir alcohol, cafeína y sal. • **Buen momento para:** Actividades de baja intensidad como caminar, yoga o ejercicios muy suaves.	**Energía y organización** Aumento de vitalidad, concentración y motivación. • **Nutrición:** Priorizar proteínas, calcio y fitoestrógenos. Favorecer el consumo de legumbres, brócoli, aceite de oliva, frutas, dátiles, arroz, pasta y aceitunas. • **Buen momento para:** Entrenamientos intensos, comenzar nuevos proyectos y organizar tareas complejas.
FASE OVULATORIA	**FASE PREMENSTRUAL**
Vitalidad y conexión Fase de máxima confianza, sociabilidad, creatividad y aumento del deseo sexual. • **Nutrición:** Priorizar zinc, vitamina B6 y omega-3. Consumir semillas, chocolate negro, avena, patata o boniato. • **Buen momento para:** Actividades físicas intensas y fomentar las relaciones interpersonales.	**Escucha y reajuste** Puede aumentar la sensibilidad física y emocional. • **Nutrición:** Fibra y triptófano. Priorizar cereales integrales, almendras, espárragos y sandía. Se recomienda reducir alcohol, cafeína y sal. • **Buen momento para:** Optar por paseos, yoga o ejercicios moderados combinados con técnicas de relajación e introspección.

IGUALDAD 360
www.agenciafeminista.es

Reconstrucción de escena

1 Nora

"Estoy en el espejo mirando mi vulva. Quiero conocer mejor mi cuerpo y saber cómo son mis genitales."

2 Lucía

"Estoy sentada junto a la mesa tomando una infusión de jengibre. Cuando estoy premenstrual me noto más hinchada y prefiero tomar esto en vez de café."

3 Martina

"Estoy en la farmacia mirando las compresas de tela. Quiero probarlas para reducir residuos."

4 Carmen

"Me encanta correr al lado de los árboles. En preovulatoria tengo mucha energía y me apetece hacer más deporte."

5 Isabel

"Estoy en el baño mirando mi ropa interior. He notado que mi flujo está más transparente y elástico."

6 Paula

"Estoy sentada en el hospital. La ginecóloga me ha dicho que un dolor que me deja sin poder hacer vida no es normal."

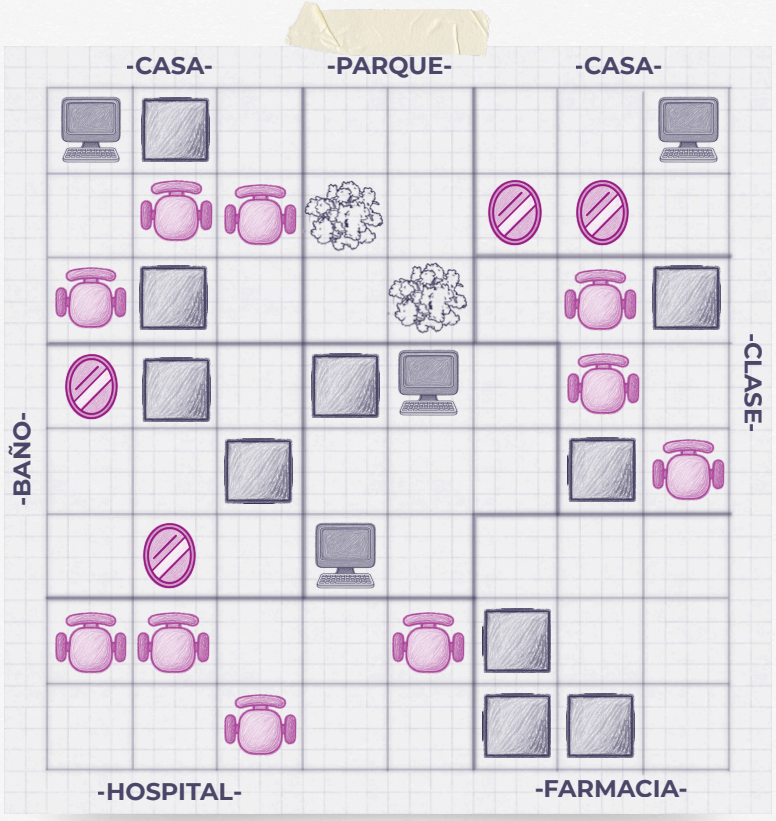
7 Inés

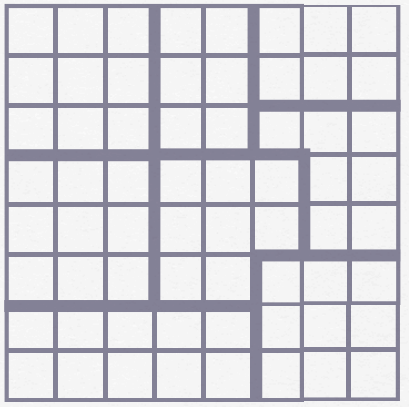
"Estoy de pie al lado de la mesa de mi compañera para pedirle un tampón al oído, no quiero que nadie en la clase me escuche."

8 Irene

"Estoy en el ordenador preparando una clase sobre educación menstrual para mi grupo de Primaria."

Solo hay una persona en un espejo







Mesa



Espejo



Ordenador



Silla



BLOQUE III: SALUD SEXUAL

BLOQUE III: Salud Sexual

La sexualidad forma parte del ser humano durante toda la vida y está relacionada con el bienestar físico, emocional y social. Va mucho más allá de las relaciones sexuales o la reproducción: influye en la forma en que las personas viven su cuerpo, construyen sus relaciones, expresan sus emociones y ejercen su autonomía.

Durante mucho tiempo, la salud sexual se abordó desde una perspectiva centrada casi exclusivamente en la prevención de embarazos no planificados y de las infecciones de transmisión sexual. Actualmente, organismos como la OMS defienden un enfoque mucho más amplio, que incorpora el placer, el consentimiento, la igualdad, la diversidad y el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

La World Association for Sexual Health (WAS)[30], la Organización Panamericana de la Salud (OPS)[31] y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)[32] subrayan su interdependencia con los Derechos Humanos, afirmando que sólo puede alcanzarse plenamente cuando se dispone de las condiciones sociales, educativas, estructurales y culturales que permitan la toma de decisiones libre, informada y responsable sobre cuerpo, relaciones y proyecto vital.

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES	
Autonomía corporal	Decidir sobre el propio cuerpo
Consentimiento	Libre, consciente, específico, reversible y respetado.
Educación sexual	Acceder a información científica y de calidad
Igualdad y diversidad	Todas las personas deben poder ejercer sus derechos sexuales

[30]Véase *Referencias bibliográficas* n°25
[31]Véase *Referencias bibliográficas* n°26
[32]Véase *Referencias bibliográficas* n°27

BLOQUE III: Salud Sexual

DIMENSIONES E IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

La salud sexual no depende únicamente de las decisiones individuales, sino también del acceso a educación, servicios sanitarios y entornos que garanticen los derechos y el bienestar. Desde esta perspectiva, la sexualidad integra tres dimensiones:

Biológica

Hace referencia a los aspectos anatómicos, fisiológicos y hormonales de la sexualidad, así como a los procesos relacionados con el desarrollo corporal, la reproducción y la respuesta sexual. Conocer el propio cuerpo favorece el autocuidado, la prevención y la detección precoz de posibles alteraciones, contribuyendo a una mejor salud sexual y reproductiva.

Psicológica

Incluye las emociones, el deseo, la autoestima, la identidad, las creencias y las experiencias personales relacionadas con la sexualidad. Vivirla de forma libre, respetuosa y sin culpa fortalece el bienestar emocional, favorece una imagen corporal positiva y contribuye al desarrollo de una identidad segura y saludable.

Social y cultural

La sexualidad también está condicionada por las relaciones interpersonales, las normas sociales, los roles de género, la cultura y los valores de cada sociedad. Promover relaciones basadas en el consentimiento, la igualdad, la comunicación y el respeto mutuo favorece vínculos saludables y ayuda a prevenir la violencia, la discriminación y otras formas de desigualdad.

La salud sexual no consiste únicamente en prevenir enfermedades. También implica bienestar, autonomía, igualdad, placer, consentimiento y el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

LAS REGLAS DEL BUEN TRATO

Durante mucho tiempo, las relaciones afectivo-sexuales se construyeron sobre modelos marcados por la desigualdad de género, donde el deseo masculino ocupaba el centro y el femenino quedaba condicionado por la complacencia, la disponibilidad o el silencio.

Hoy entendemos que una relación saludable no se define únicamente por la ausencia de violencia, sino por la presencia de **igualdad, libertad, respeto** y **cuidado mutuo**. Estos principios se sostienen sobre cuatro pilares fundamentales.

1 CONSENTIMIENTO

El consentimiento es la manifestación libre del deseo de participar en una práctica sexual concreta. No es un contrato firmado al inicio de una relación, sino un proceso continuo que acompaña toda la interacción. Para que exista debe ser:

- ☐ **Libre**
  Sin presión, manipulación, miedo, chantaje o abuso de poder. Se anula si la persona se encuentra bajo los efectos de sustancias que alteren o anulen su capacidad de juicio.
- ☐ **Informado**
  Solo puede consentirse aquello que se conoce.
- ☐ **Específico**
  Aceptar una práctica no implica aceptar cualquier otra o haber deseado y realizado una práctica en el pasado no significa mantener ese consentimiento en el presente o futuro.
- ☐ **Reversible**
  Puede retirarse en cualquier momento, incluso cuando la relación ya ha comenzado.
- ☐ **Entusiasta**
  Debe nacer del deseo compartido, no de la resignación o del miedo a la otra persona o el chantaje.

2 COMUNICACIÓN

El consentimiento no puede entenderse sin comunicación. El tabú sexual ha propiciado que el silencio, la vergüenza o la idea de que las personas deben interpretar automáticamente las necesidades de la otra parte formen parte de las relaciones sexuales. A esto se suma la influencia de determinados modelos culturales y pornográficos que presentan la sexualidad como una sucesión de prácticas sin diálogo, donde el consentimiento apenas aparece representado.

El modelo de salud sexual, por el contrario, fomenta la comunicación abierta, respetuosa y bidireccional que permita expresar tanto aquello que se desea como aquello que no se desea. La comunicación sexual incluye dos dimensiones complementarias:

- **Comunicación verbal:** Hablar sobre sexualidad permite compartir expectativas, acordar prácticas sexuales, decidir conjuntamente medidas de protección, expresar deseos y, si hay dudas, formular preguntas para comprobar la comodidad de la otra persona (*estás bien?, prefieres parar?*). También implica aprender a decir "no" sin sentir culpa ni necesidad de justificar continuamente las propias decisiones.

- **Comunicación no verbal:** Siendo un ámbito profundamente corporal, la sexualidad también se expresa mediante gestos, posturas, expresiones faciales o cambios en el comportamiento. Aprender a leer estos códigos favorece la construcción de relaciones igualitarias, que ponen en el centro el placer compartido, la reciprocidad, el respeto y el cuidado mutuo. No obstante, la comunicación no verbal nunca sustituye al consentimiento expreso cuando existen dudas, ambigüedad o falta de claridad: ante la incertidumbre, la mejor opción siempre es detenerse y preguntar.

3 RESPETO DE LÍMITES

Los límites personales no son fijos, pueden cambiar con el tiempo, según la persona, el contexto o incluso durante una misma relación.

Respetarlos significa reconocer que cada persona tiene derecho a:

- Cambiar de opinión;
- Detener una práctica;
- Rechazar una propuesta;
- Decidir sobre su propio cuerpo sin sentirse culpable.

Aceptar una negativa es una muestra de respeto hacia la autonomía de la otra persona.

La socialización de género ha condicionado la forma de vivir el consentimiento y los límites: mientras las mujeres han sido socializadas para complacer y priorizar las necesidades ajenas, los hombres han recibido mensajes que asocian la masculinidad con la iniciativa y la insistencia.

4 RESPONSABILIDAD AFECTIVA

La responsabilidad afectiva consiste en reconocer que nuestras decisiones tienen consecuencias sobre el bienestar físico y emocional de otras personas.

Implica actuar con honestidad, respetar los acuerdos establecidos y compartir las decisiones relacionadas con la salud sexual.

En la práctica supone:

- Comunicar con claridad;
- Respetar el consentimiento y los límites;
- Compartir la responsabilidad anticonceptiva;
- Prevenir las infecciones de transmisión sexual;
- Acompañar las decisiones reproductivas desde el respeto.

ANTICONCEPCIÓN: DECIDIR TAMBIÉN ES UN DERECHO

La anticoncepción permite decidir si se desea tener descendencia, cuándo hacerlo y en qué circunstancias. El acceso a métodos seguros y adaptados a las necesidades de cada persona favorece la autonomía, reduce los embarazos no planificados y forma parte de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Sin embargo, la responsabilidad anticonceptiva continúa siendo desigual. Históricamente, las mujeres han asumido la mayor parte de la planificación reproductiva, las consultas médicas, los costes y los posibles efectos secundarios. Avanzar hacia relaciones igualitarias implica entender la anticoncepción como una responsabilidad compartida.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La anticoncepción reúne los métodos destinados a prevenir un embarazo de forma temporal o permanente. Existen diferentes opciones, con distintos niveles de eficacia, duración, protección frente a ITS y posibles efectos secundarios, por lo que la elección debe adaptarse a las necesidades de cada persona y contar, siempre que sea posible, con asesoramiento sanitario.

PRESERVATIVO EXTERNO



TIPO: Barrera · Reversible
PROTEGE DE ITS: Sí ✓
MANTIENE OVULACIÓN: Sí ✓
DURACIÓN: Un uso
EFICACIA: Alta ~87%
DIRIGIDO A: Hombres
OBSERVACIONES: Muy accesible, protege frente a ITS y embarazos. Requiere uso correcto
ACTUACIÓN SANITARIA: No

PRESERVATIVO INTERNO



TIPO: Barrera · Reversible
PROTEGE DE ITS: Sí ✓
MANTIENE OVULACIÓN: Sí ✓
DURACIÓN: Un uso
EFICACIA: Media ~79%
DIRIGIDO A: Mujeres
OBSERVACIONES: Menos accesible, protege frente a ITS y embarazos. Requiere uso correcto
ACTUACIÓN SANITARIA: No

DIAFRAGMA



TIPO: Barrera · Reversible
PROTEGE DE ITS: No ✗
MANTIENE OVULACIÓN: Sí ✓
DURACIÓN: 2-3 años
EFICACIA: Media ~83%
DIRIGIDO A: Mujeres
OBSERVACIONES: Requiere colocación en cada uso y combinar con espermicida
ACTUACIÓN SANITARIA: Sí, para la adaptación inicial

PÍLDORA/PARCHE



TIPO: Hormonal · Reversible
PROTEGE DE ITS: No ✗
MANTIENE OVULACIÓN: No ✗
DURACIÓN: Diario/semanal
EFICACIA: Alta ~93%
DIRIGIDO A: Mujeres
OBSERVACIONES: Requiere constancia diaria/ semanal. Posibles efectos adversos
ACTUACIÓN SANITARIA: Sí, valoración sanitaria

ANILLO VAGINAL



TIPO: Hormonal · Reversible
PROTEGE DE ITS: No ✗
MANTIENE OVULACIÓN: No ✗
DURACIÓN: Cambio mensual
EFICACIA: Alta ~93%
DIRIGIDO A: Mujeres
OBSERVACIONES: Requiere aprender a colocar y extraer
ACTUACIÓN SANITARIA: Sí, valoración sanitaria

INYECCIÓN HORMONAL



TIPO: Hormonal · Reversible
PROTEGE DE ITS: No ✗
MANTIENE OVULACIÓN: No ✗
DURACIÓN: 1 - 3 meses
EFICACIA: Muy alta ~96%
DIRIGIDO A: Mujeres
OBSERVACIONES: Puede tener efectos adversos y retrasa la fertilidad tras su uso
ACTUACIÓN SANITARIA: Sí, para colocación y control

IMPLANTE



TIPO: Hormonal · Reversible
PROTEGE DE ITS: No ✗
MANTIENE OVULACIÓN: No ✗
DURACIÓN: Hasta 3 años
EFICACIA: Muy alta ~99%
DIRIGIDO A: Mujeres
OBSERVACIONES: Puede tener efectos adversos
ACTUACIÓN SANITARIA: Sí, cirugía menor de colocación

DIU HORMONAL



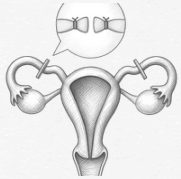
TIPO: Hormonal · Reversible
PROTEGE DE ITS: No ✗
MANTIENE OVULACIÓN: Según modelo
DURACIÓN: 3 - 8 años, según modelo
EFICACIA: Muy alta ~99%
DIRIGIDO A: Mujeres
OBSERVACIONES: Colocarlo puede doler. Puede ser expulsado. Posibles efectos adversos
ACTUACIÓN SANITARIA: Sí, para la colocación

DIU DE COBRE



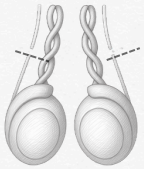
TIPO: Intrauterino · Reversible
PROTEGE DE ITS: No ✗
MANTIENE OVULACIÓN: Sí ✓
DURACIÓN: 5 - 10 años, según modelo
EFICACIA: Muy alta ~99%
DIRIGIDO A: Mujeres
OBSERVACIONES: Colocarlo puede doler. El cuerpo puede expulsarlo
ACTUACIÓN SANITARIA: Sí, para la colocación

LIGADURA DE TROMPAS



TIPO: Quirúrgico · Irreversible
PROTEGE DE ITS: No ✗
MANTIENE OVULACIÓN: Sí ✓
DURACIÓN: Definitivo
EFICACIA: Muy alta >99%
DIRIGIDO A: Mujeres
OBSERVACIONES: Es una cirugía mayor
ACTUACIÓN SANITARIA: Sí, cirugía

VASECTOMÍA



TIPO: Quirúrgico · Irreversible
PROTEGE DE ITS: No ✗
MANTIENE OVULACIÓN: -
DURACIÓN: Definitivo
EFICACIA: Muy alta >99%

DIRIGIDO A: Hombres
OBSERVACIONES: Método definitivo sencillo, seguro y con menor riesgo quirúrgico
ACTUACIÓN SANITARIA: Sí, cirugía ambulatoria

MÉTODOS NATURALES Y ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Los métodos naturales, como la marcha atrás o los basados en el conocimiento de la fertilidad, no se incluyen en la tabla por presentar una menor eficacia anticonceptiva y requerir formación específica y un seguimiento riguroso del ciclo. No obstante, el conocimiento de la fertilidad puede ser una herramienta útil para el autoconocimiento corporal y para identificar los días fértiles cuando existe deseo de embarazo.

Tampoco se incluye la píldora del día después puesto que no es un método anticonceptivo habitual, sino un recurso de emergencia tras una relación sin protección o el fallo del método utilizado. Actúa retrasando o impidiendo la ovulación, no interrumpe un embarazo ya implantado y no protege frente a las infecciones de transmisión sexual.

LA CARGA MENTAL REPRODUCTIVA

La mayoría de los métodos disponibles actúan sobre el cuerpo de las mujeres mediante tratamientos hormonales, dispositivos o intervenciones ginecológicas, mientras que las opciones dirigidas a los hombres siguen siendo muy limitadas.

Esta realidad ha favorecido la llamada carga mental reproductiva, por la que muchas mujeres asumen la planificación anticonceptiva, las consultas sanitarias, los costes y los posibles efectos secundarios.

Promover la corresponsabilidad implica entender que la prevención del embarazo y el cuidado de la salud sexual son una tarea compartida, basada en el diálogo, el consentimiento y la igualdad.

ITS Y PREVENCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen uno de los principales retos de salud pública a nivel mundial. Aunque tradicionalmente han estado rodeadas de miedo, culpa y estigma, hoy se entiende que pueden afectar a cualquier persona sexualmente activa y que la mayoría pueden prevenirse, diagnosticarse precozmente y tratarse de forma eficaz.

Desde el enfoque de los Derechos Sexuales y Reproductivos, la prevención no consiste únicamente en evitar infecciones, sino en disponer de información rigurosa, acceso a recursos sanitarios y herramientas para vivir la sexualidad con seguridad, autonomía y corresponsabilidad.

CLAVES PARA ENTENDER LAS ITS

TRANSMISIÓN

No todas las ITS se transmiten únicamente por intercambio de fluidos; algunas también se contagian por contacto directo entre pieles o mucosas.

MICROORGANISMOS

Pueden estar producidas por virus, bacterias o parásitos. Las bacterianas y parasitarias suelen curarse con tratamiento; las víricas generalmente se controlan, aunque no siempre se eliminan.

SÍNTOMAS

Muchas ITS pueden ser asintomáticas durante meses, favoreciendo la transmisión sin que la persona lo sepa.

DOBLE PROTECCIÓN

Los preservativos interno y externo son los únicos métodos anticonceptivos que reducen simultáneamente el riesgo de embarazo y de transmisión de ITS.

ITS MÁS FRECUENTES

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)



CAUSA: Virus
TRANSMISIÓN: Contacto directo piel con piel de la zona genital o anal
COMPLICACIONES: Existen más de 200 cepas, que pueden provocar verrugas genitales o distintos tipos de cáncer (cérvix, faringe, ano, pene,...)
TRATAMIENTO: Tratamientos para las lesiones. Vacuna preventiva
ASPECTOS RELEVANTES: El preservativo reduce el riesgo pero no lo elimina completamente, al transmitirse piel con piel

VIH



CAUSA: Virus
TRANSMISIÓN: Contacto de fluidos: sangre, semen, flujo, leche materna,...
COMPLICACIONES: Si no se trata, deteriora el sistema inmunitario y puede evolucionar a SIDA, aumentando riesgo de infecciones y cáncer
TRATAMIENTO: Tratamiento antirretroviral de por vida
ASPECTOS RELEVANTES: El tratamiento temprano permite una vida larga y saludable, e impide la transmisión del virus

HERPES GENITAL



CAUSA: Virus
TRANSMISIÓN: Contacto directo piel con piel de la zona genital o anal
COMPLICACIONES: Contacto directo con ampollas, úlceras o fluidos de la lesión
TRATAMIENTO: Antivirales orales
ASPECTOS RELEVANTES: El virus no se elimina totalmente. En situaciones de estrés o defensas bajas pueden producirse rebrotes

HEPATITIS B



CAUSA: Virus
TRANSMISIÓN: Contacto de fluidos: sangre, semen y flujo
COMPLICACIONES: Daños graves en el hígado: cirrosis, insuficiencia hepática o cáncer de hígado
TRATAMIENTO: Antivirales orales. Vacuna preventiva
ASPECTOS RELEVANTES: Es extremadamente contagioso

SÍFILIS



CAUSA: Bacteria
TRANSMISIÓN: Contacto directo con la úlcera
COMPLICACIONES: Malformaciones fetales, daños graves a nivel neuronal o cardiovascular
TRATAMIENTO: Antibióticos intramusculares
ASPECTOS RELEVANTES: Las primeras fases pueden ser indoloras, pero la bacteria puede seguir oculta en el organismo

GONORREA



CAUSA: Bacteria
TRANSMISIÓN: Contacto directo de fluidos genitales
COMPLICACIONES: Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP), infertilidad, artritis
TRATAMIENTO: Antibióticos orales e intramusculares
ASPECTOS RELEVANTES: Alta capacidad para generar resistencia a los antibióticos

CLAMIDIA



CAUSA: Bacteria
TRANSMISIÓN: Contacto de fluidos genitales
COMPLICACIONES: Dolor pélvico crónico, infertilidad, embarazo ectópico
TRATAMIENTO: Antibióticos
ASPECTOS RELEVANTES: Muy frecuente en población joven y suele ser asintomática

TRICOMONIASIS



CAUSA: Parásito
TRANSMISIÓN: Contacto directo entre genitales
COMPLICACIONES: Flujo abundante, mal olor, picor e irritación. En casos graves, riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer.
TRATAMIENTO: Antiparasitarios orales
ASPECTOS RELEVANTES: Más frecuente en mujeres; el hombre suele ser portador asintomático

LADILLAS



CAUSA: Parásito
TRANSMISIÓN: Contacto sexual o a través de sábanas, toallas,..
COMPLICACIONES: Picor intenso en la zona genital. Infecciones bacterianas secundarias.
TRATAMIENTO: Champú y lavado textil a altas temperaturas
ASPECTOS RELEVANTES: Son insectos externos; el preservativo no protege frente a ellos porque colonizan el vello púbico

Nota. La candidiasis no se considera actualmente una ITS. Aunque puede transmitirse entre parejas sexuales, la mayoría de los casos se deben a desequilibrios de la flora vaginal.

KIT DE PREVENCIÓN COMBINADA

La prevención de las infecciones de transmisión sexual ha evolucionado en las últimas décadas hacia un enfoque más amplio e integral. Frente a modelos centrados únicamente en el uso del preservativo o la responsabilidad individual, organismos como la OPS[33] proponen la prevención combinada, que integra estrategias biomédicas, educativas y sociales.

Este modelo entiende que ninguna medida preventiva es suficiente por sí sola y que la protección depende de combinar diferentes herramientas, promoviendo una sexualidad libre, segura e informada. Se articula en torno a tres pilares fundamentales de actuación:

- **Medida biomédicas**
- **Medidas educativas y relacionales**
- **Medidas sociales y estructurales**

[33]Véase *Referencias bibliográficas* nº28

MEDIDAS BIOMÉDICAS

Dirigidas directamente a reducir la probabilidad de transmisión.



Preservativos interno y externo. Son el único método que ofrece doble protección frente al embarazo y la mayoría de las ITS. Su eficacia depende de un uso correcto desde el inicio hasta el final de la relación sexual.



Vacunación. Actualmente existen vacunas frente al Virus del Papiloma Humano (VPH) y la Hepatitis B, fundamentales para prevenir determinadas infecciones y algunas de sus complicaciones.



Profilaxis frente al VIH. Existen tratamientos preventivos de alta eficacia indicados en situaciones concretas y siempre bajo supervisión sanitaria:

- **PrEP:** tratamiento preventivo para personas con alto riesgo de exposición al VIH.
- **PEP:** tratamiento de urgencia tras una exposición de riesgo, que debe iniciarse lo antes posible y, como máximo, dentro de las 72 horas posteriores.

MEDIDAS EDUCATIVAS Y RELACIONALES

Combinan los conocimientos, habilidades y actitudes para desarrollar relaciones sexuales libres, responsables e igualitarias.



Educación Sexual Integral. Proporciona conocimientos y habilidades para tomar decisiones informadas, promover el consentimiento, la comunicación y la corresponsabilidad, así como prevenir la violencia sexual y desmontar mitos.



Relaciones basadas en el respeto, la honestidad y la autonomía corporal. Favorecen el cuidado mutuo y contribuyen a reducir el riesgo de transmisión de ITS.

MEDIDAS SOCIALES Y ESTRUCTURALES

Responden de forma directa a los principales retos de la salud sexual: brechas educacionales, precariedad económica, acceso desigual a los recursos y creencias estigmatizantes o discriminatorias, que dificultan una prevención efectiva y el acceso a un diagnóstico precoz. Desde una perspectiva de salud pública y de Derechos Humanos, la prevención de ITS implica el refuerzo de:



Implementación de la Educación Sexual basada en la evidencia científica



Servicios sanitarios accesibles, confidenciales y libres de prejuicios



Campañas de información rigurosas y acceso universal a preservativos, vacunación, pruebas diagnósticas y tratamientos



Eliminación del estigma sexual y reproductivo

CUÁNDO REALIZARSE UNA PRUEBA

Es recomendable consultar con profesionales de la sanidad para valorar la realización de pruebas diagnósticas cuando:

- ☐ Se mantienen relaciones sexuales con distintas personas.
- ☐ Se inicia una nueva relación y se plantea dejar el preservativo.
- ☐ Ha existido una práctica de riesgo.
- ☐ Aparecen síntomas compatibles con una ITS.
- ☐ Una pareja sexual recibe un diagnóstico.
- ☐ Existen dudas sobre una posible exposición.
- ☐ Se ha sufrido una agresión sexual.

IMPORTANTE: Período ventana

No todas las infecciones pueden detectarse inmediatamente tras una exposición. Cada ITS necesita un tiempo para alcanzar niveles detectables mediante las pruebas diagnósticas, por lo que un resultado negativo precoz puede requerir una nueva prueba según indicación sanitaria.

REVISIONES

Además de las pruebas específicas para las ITS, la salud sexual incluye el acceso a revisiones preventivas adaptadas a cada persona y etapa vital:



En las mujeres resultan especialmente importantes los **programas de cribado** del cáncer de cérvix mediante citología y prueba del VPH, establecidos por el sistema sanitario.



Cualquier persona que presente lesiones genitales, alteraciones urinarias, dolor persistente, secreciones anormales, sangrados inesperados o cualquier cambio que genere preocupación, debe **consultar con profesionales** para valorar su estado de salud sexual



Los **servicios de salud sexual** deben configurarse como espacios accesibles, confidenciales, inclusivos y libres de discriminación. Para poder ejercer los derechos sexuales y reproductivos y gestionar responsablemente la salud sexual es necesario que la atención sanitaria sea respetuosa con todas las personas y formas de vivir la sexualidad, independientemente de su sexo, orientación sexual, identidad de género, tipo de relación o situación personal.

IGUALDAD 360
www.agenciafeminista.es

Reconstrucción de escena

1 Diego

"Estoy en el banco del parque explicándoles a mis amigos que, si una chica ha bebido, no está en condiciones de decidir sobre ciertas cosas."

2 Adrián

"Noté a mi pareja incómoda mientras estábamos en la cama, le pregunté y ha preferido parar, así que nos hemos venido a ver la tele."

3 Verónica

"Nos hemos encontrado a una amiga de mi madre en una esquina del parque. No la quería saludar con dos besos y me han respetado."

4 Lorenzo

"Me he sentado en casa con mi hijo para hablar del consentimiento y los límites en las relaciones."

5 Gabriel

"Me he venido a la farmacia a preguntar sobre los métodos anticonceptivos masculinos."

6 Rocío

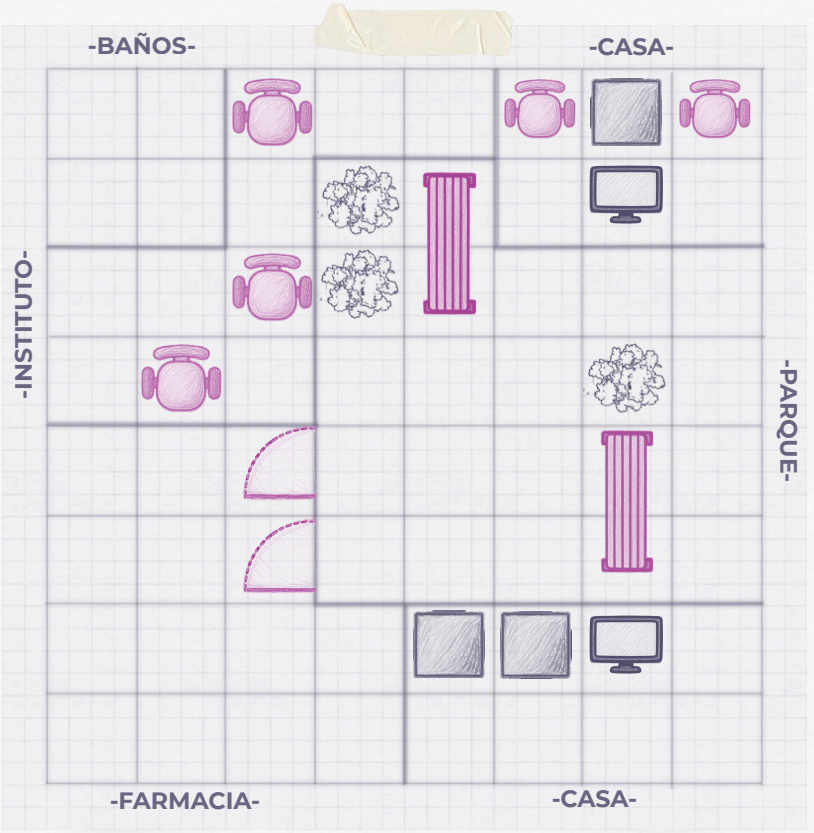
"Estoy colocando en los baños del instituto máquinas de preservativos internos y externos."

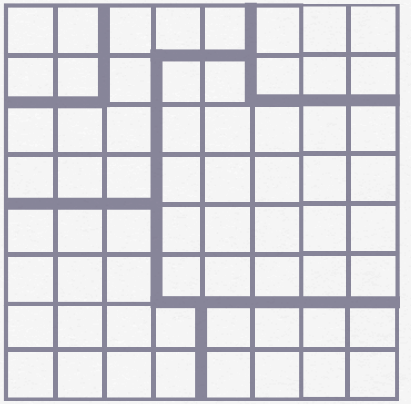
7 Edgar

"Estoy sentado en el instituto preparando materiales para trabajar la educación afectivo-sexual en distintas materias."

8 Raquel

"Estoy colocando en las puertas de la farmacia este cartel con información sobre las vacunas y pruebas de salud que ofrece el servicio sanitario."







CONCLUSIONES

Conclusiones

La salud sexual y reproductiva constituye una dimensión esencial del bienestar y un elemento inseparable del ejercicio de los Derechos Humanos. No se limita a la prevención de enfermedades o embarazos, sino que implica poder conocer el propio cuerpo, tomar decisiones libres e informadas y vivir la sexualidad y la reproducción con autonomía, igualdad, seguridad y bienestar.

A lo largo de esta guía se ha puesto de manifiesto que la salud sexual y reproductiva está condicionada por factores biológicos, pero también por factores sociales, culturales y estructurales. La normalización del dolor menstrual, los tabúes en torno a la menstruación, el sesgo de género en la investigación biomédica o la desigual distribución de la carga anticonceptiva evidencian que muchas desigualdades continúan influyendo en la experiencia de las mujeres y limitando el ejercicio pleno de sus derechos.

En este contexto, la educación menstrual y la Educación Sexual Integral se consolidan como herramientas fundamentales de prevención y promoción de la salud. Proporcionan conocimientos basados en la evidencia científica, favorecen el pensamiento crítico, desmontan mitos y falsas creencias, fortalecen la autonomía corporal y ofrecen recursos para construir relaciones igualitarias, respetuosas y libres de violencia.

Finalmente, garantizar los Derechos Sexuales y Reproductivos requiere una respuesta colectiva. Además de la responsabilidad individual, son necesarias políticas públicas, servicios sanitarios accesibles, investigación con perspectiva de género y una educación de calidad que permita eliminar desigualdades y asegurar que todas las personas puedan ejercer sus derechos en condiciones de libertad, igualdad y dignidad.

Dossier de informantes

¿Por qué se relaciona el feminismo con la salud sexual?

Porque nuestra salud no depende solo de nuestro cuerpo. También influyen cómo hemos aprendido a vivir la sexualidad, las relaciones de poder, los estereotipos y el acceso que tenemos a la información y a la atención sanitaria.

La mirada feminista ayuda a detectar desigualdades y sesgos que durante mucho tiempo han afectado a la forma de investigar, diagnosticar y tratar la salud de las mujeres. La coeducación, por su parte, permite empezar a cuestionar estas desigualdades desde edades tempranas.

¿La educación menstrual es solo cosa de niñas?

No. Niños, niñas, adolescentes y personas adultas necesitan comprender qué es la menstruación para dejar atrás la vergüenza, los mitos y el estigma. Además, conocer el ciclo menstrual ayuda a entender mejor el propio cuerpo y a acompañar a otras personas desde el respeto.

¿Es normal que la regla duela mucho?

Tener algunas molestias puede ser habitual. El dolor menstrual puede aparecer por las contracciones del útero y otros cambios que tienen lugar durante el ciclo. Pero si es muy intenso, empeora con el tiempo o te obliga a faltar a clase, al trabajo o a cancelar actividades, conviene consultarlo con personal sanitario.

Frases como "*a todas nos duele*" o "*te acostumbrarás*" pueden hacer que se pasen por alto problemas de salud. Escuchar nuestro cuerpo y pedir ayuda cuando algo no va bien también es autocuidado.

¿Por qué me da vergüenza hablar de sexo o de mi cuerpo?

Porque nos enseñan que temas como la sexualidad, los genitales, el placer, la masturbación, el deseo o la menstruación, deben mantenerse en silencio.

Cuando estos mensajes se repiten, podemos acabar sintiendo vergüenza incluso al hacer preguntas o hablar de nuestras propias experiencias. Por ello, hablar de estos temas con naturalidad y sin juicios también es una forma de desmontar esos aprendizajes.

¿Hablar de consentimiento hace que el sexo sea menos espontáneo?

No. El consentimiento no quita espontaneidad ni deseo; ayuda a que todas las personas sepan que quieren estar ahí.

Consentir significa querer participar libremente y poder cambiar de opinión en cualquier momento. No siempre hace falta una conversación formal: también podemos expresar deseo, dudas o límites con palabras, gestos y preguntas.

Hablar y escuchar permite saber qué quiere la otra persona, detectar cuándo algo no resulta cómodo y evitar presiones. El consentimiento no enfría el deseo: crea las condiciones para vivirlo con libertad y confianza.

¿Los anticonceptivos hormonales "regulan" la regla?

No exactamente. Los anticonceptivos hormonales modifican el funcionamiento natural del ciclo para evitar un embarazo.

La píldora, el parche, el anillo y otros métodos hormonales pueden impedir la ovulación y modificar los cambios hormonales del ciclo. Por eso, el sangrado que algunas personas tienen durante los días de descanso no es una menstruación producida por un ciclo ovulatorio natural, sino un sangrado provocado por el cambio en las hormonas.

También pueden utilizarse para aliviar algunos síntomas o problemas relacionados con el ciclo. Pero mejorar los síntomas no siempre significa que se haya solucionado la causa que los produce.

¿Por qué conocer mi cuerpo fomenta mi autonomía?

Porque conocer nuestro cuerpo nos da más capacidad para tomar decisiones sobre él.

Saber cómo funciona nuestra anatomía, qué cambios podemos esperar o qué señales deberían alertarnos nos ayuda a reconocer nuestras necesidades, poner límites, decidir sobre nuestra sexualidad y saber cuándo pedir atención sanitaria.

Por eso, aprender sobre sexualidad, menstruación y reproducción no es solo aprender sobre salud. También es aprender a conocer nuestros derechos, cuestionar los mitos y tomar decisiones con más información y libertad.

Agente en acción

EN FAMILIA:

- **Hablar de sexualidad desde la infancia.** Podemos empezar hablando de cuerpo, pubertad, consentimiento, placer y autocuidado de forma adecuada a cada edad.
- **Responder a sus preguntas con naturalidad.** Si preguntan sobre su cuerpo o su sexualidad, aprovechemos la oportunidad para ofrecer información clara, científica, adaptada y sin juicios.
- **Normalizar la menstruación en casa.** Hablar de ella con naturalidad, llamar a las cosas por su nombre y evitar que se convierta en un tema que solo afecta a niñas y mujeres.
- **Enseñar que cada persona decide sobre su cuerpo.** Desde la infancia pueden aprender que tienen derecho a decir que no, a poner límites y a reconocer situaciones que les hacen sentir incomodidad.
- **Crear un espacio de confianza.** Que puedan hablar de sus cambios, dudas o preocupaciones sin miedo a ser juzgados y sin tener que responder a lo que se espera de "niñas" o "niños".

EN LA EDUCACIÓN FORMAL:

- **Trabajar los Derechos Sexuales y Reproductivos de forma transversal.** No reducirlos a una actividad puntual: incorporarlos siempre que tengan relación con los contenidos del aula.
- **Garantizar una buena gestión menstrual.** Asegurar espacios privados y seguros y facilitar el acceso gratuito a productos menstruales cuando sea necesario.
- **Practicar el consentimiento y la comunicación.** Utilizar juegos y dinámicas para aprender a expresar límites, escuchar a los demás y respetar un "no".
- **Crear espacios para preguntar.** Facilitar que el alumnado pueda hablar de sexualidad, menstruación, anticoncepción o ITS sin miedo a burlas o juicios.
- **Revisar los sesgos de los materiales.** Detectar contenidos que presenten solo una forma de entender los cuerpos, la sexualidad o las relaciones y ampliar esas miradas cuando sea necesario.

EN LA EDUCACIÓN NO FORMAL:

- **Normalizar la gestión menstrual.** Tener productos menstruales disponibles en campamentos, actividades deportivas, asociaciones o espacios juveniles.
- **Trabajar el conocimiento del cuerpo y las emociones.** Incorporar dinámicas que ayuden a reconocer lo que sentimos, expresarlo y comunicar nuestros límites.
- **Aprovechar las conversaciones cotidianas.** Si aparece un mito, un comentario sexista o una información falsa, convertirlo en una oportunidad para enseñar a detectar desinformación o tabúes.
- **Cuidar el lenguaje.** Utilizar expresiones que no ridiculicen ni discriminen por orientación sexual, identidad, cuerpo o forma de relacionarse.
- **Trabajar la igualdad en todo tipo de actividades.** La corresponsabilidad, el respeto y la expresión emocional también pueden formar parte de juegos, excursiones, deportes o cualquier otro espacio educativo.

IGUALDAD 360

¡Enhorabuena! Has llegado al final de la investigación.

En este expediente hemos seguido las pistas del cuerpo, el ciclo menstrual y la sexualidad para descubrir que la salud sexual y reproductiva va mucho más allá de prevenir ITS o embarazos: también implica conocernos, cuidarnos, tomar decisiones libres y ejercer nuestros derechos. Porque la sexualidad no depende solo de la biología; también está atravesada por estereotipos, tabúes y desigualdades.

Pero esto no termina aquí: puedes descubrir cuánto has aprendido con la ***prueba de simulación*** asociada a este expediente y/o comprobar si tus percepciones han cambiado a lo largo de la investigación contestando el ***test de contraste.***

Puedes acceder a través de los **enlaces** o los **códigos QR**.

agenciafeminista.es/exp-3/#simulacion

agenciafeminista.es/exp-3/#contraste

prueba de simulación

test de contraste

Ahora tu investigación continúa fuera de estas páginas.
Gracias por formar parte.

FUENTES CONSULTADAS, REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y CRÉDITOS DE IMÁGENES

FUENTES CONSULTADAS

1. Lucas Espinosa, R. (2020). *Educadora Menstrual*. [Material formativo]. Feminarian S.L.
2. Lucas Espinosa, R. (2020). *Experta/o en Coeducación Afectivo-Sexual*. [Material formativo]. Feminarian S. L.
3. Gómez, Á. y Villar, M de los Á. (Coords.). (2020). *Itinerario formativo virtual en xénero* (Vol. 1). Unidade de Igualdade e Vicerreitoría de Ordenación Académica e Profesorado, Universidade de Vigo. https://formacionigualdade.webs.uvigo.es/wp-content/uploads/2021/07/volumen_1_itinerario_formativo_virtual_en_xenero-2.pdf
4. Gómez, Á. y Villar, M de los Á. (Coords.). (2020). *Itinerario formativo virtual en xénero* (Vol. 5). Unidade de Igualdade e Vicerreitoría de Ordenación Académica e Profesorado, Universidade de Vigo. https://formacionigualdade.webs.uvigo.es/wp-content/uploads/2024/12/volume_5.pdf
5. Romo, F. (Coord.). (2025). *Formación Educadoras Menstruales. EDEM 7.1.* [Material formativo]. Escuela de Educadoras Menstruales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos (Resolución 217 A). Oficina del Alto comisionado para los Derechos Humanos. https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights
2. Federación Mujeres Jóvenes. (2025). El aborto en España: Barreras y retos para garantizar el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo. Instituto de las Mujeres *https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaSalud/Publicaciones/docs/InformeElAbortoEnEspana.pdf*
3. Rubio Arribas, N. (2024). *Guía para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas con discapacidad*. Fundación CERMI Mujeres. https://fundacioncermimujeres.es/wp-content/uploads/2025/01/GUIA-DERECHOS-SEXUALES-Y-REPRODUCTIVOS.pdf
4. Consejo Económico y Social. (2025). *La realidad migratoria en España. Prioridades para las políticas públicas*. Consejo Económico y Social. *https://www.ces.es/documents/10180/5382476/INF_012025.pdf*
5. FELGTBI+. (2020). *La salud sexual de las mujeres LTB, en riesgo por la falta de información y de formación del personal sanitario*. [Nota de prensa]. https://felgtbi.org/blog/2020/02/13/la-salud-sexual-de-las-mujeres-ltb-en-riesgo-por-la-falta-de-informacion-y-de-formacion-del-personal-sanitario/
6. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2022). *España responsable por violencia obstétrica, según el Comité de derechos de las mujeres de la ONU*. https://www.ohchr.org/es/press-releases/2022/07/spain-responsible-obstetric-violence-un-womens-rights-committee-finds
7. Fad Juventud. (2023). *La mitad de los y las jóvenes españoles dice no haber recibido educación sexual ni de su familia ni en su centro educativo*. https://fad.es/sin-categoria/la-mitad-de-los-y-las-jovenes-espanoles-dice-no-haber-recibido-educacion-sexual-ni-de-su-familia-ni-en-su-centro-educativo/
8. Ministerio de Sanidad. (2026). *Un tercio de los adolescentes de 15 a 18 años ha mantenido relaciones sexuales coitales*. https://www.sanidad.gob.es/en/gabinete/notasPrensa.do?id=6842
9. Lecerf, M. (2025). *Addressing menstrual poverty in the EU*. European Parliamentary Research Service. https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2025/772855/EPRS_BRI(2025)772855_EN.pdf
10. Plan Internacional. (2022). *Justicia menstrual en América Latina: Desafíos y propuestas*.

11. Universidad Rey Juan Carlos. (2025). *¿Sabías que la pobreza menstrual es una realidad también en España?* https://www.urjc2030.es/ui/sabias-que-la-pobreza-menstrual-es-una-realidad-tambien-en-espana/
12. Real Academia Nacional de Medicina de España. (2026). *Las mujeres son diagnosticadas más tarde en al menos 700 enfermedades.* https://ranm.es/2026/05/las-mujeres-son-diagnosticadas-mas-tarde-en-al-menos-700-enfermedades/
13. Yale School of Medicine. (s.f.). *VIRGO. Variation In Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients.* https://medicine.yale.edu/core/previous-projects/virgo/
14. World Economic Forum. (2024). *Closing the Women's Health Gap: A $1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies.* https://www.weforum.org/publications/closing-the-women-s-health-gap-a-1-trillion-opportunity-to-improve-lives-and-economies/
15. Romo, F. (Coord.). (2025). *Formación Educadoras Menstruales. EDEM 7.1.* [Material formativo]. Escuela de Educadoras Menstruales.
16. Gómez Miguel, A., Kuric, S. y Sanmartín, A. (2023). *Juventud y pornografía en la era digital: consumo, percepción y efectos.* Centro Reina Sofía de Fad Juventud. https://www.centroreinasofia.org/publicacion/juventud-y-pornografia-en-la-era-digital-consumo-percepcion-y-efectos/
17. Save the Children. (2021). *Los abusos sexuales hacia la infancia en España.* *https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-11/Los_abusos_sexuales_hacia_la_infancia_en_ESP.pdf*
18. Castellanos-Torres, E., Fernández Sáez, J. y Rubio Ramírez, M. (2022). *Informe sobre violencia contra las mujeres con discapacidad a partir de la explotación de los datos de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019 de la DGVG.* Ediciones Cinca; Fundación CERMI Mujeres. https://fundacioncermimujeres.es/wp-content/uploads/2023/07/INFORME-SOBRE-VIOLENCIA-CONTRA-LAS-MUJERES-CON-DISCAPACIDAD-Generosidad-16_.pdf

19. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). *ACOG Committee Opinion No. 651: Menstruation in girls and adolescents: Using the menstrual cycle as a vital sign.* https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26595586/
20. Prensa FELGTBI+. (2024). *Una de cada 4 personas LGTBI+ de la Generación Z ha sufrido acoso escolar LGTBIfóbico.* https://felgtbi.org/blog/2024/09/11/una-de-cada-4-personas-lgtbi-de-la-generacion-z-ha-sufrido-acoso-escolar-lgtbifobico/
21. O'Connell, H. E., Hutson, J. M., Anderson, C. R. y Plenter, R. J. (1998). Anatomical relationship between urethra and clitoris. *The Journal of Urology* 159, 1892-1897. American Urological Association, Inc. https://es.scribd.com/document/487192965/JofUrol1998
22. Uloko, M., Isabey, E. P., y Peters, B. R. (2023) *How many nerve fibers innervate the human glans clitoris: a histomorphometric evaluation of the dorsal nerve of the clitoris.* J Sex Med. 20(3), 247-252. doi.org/10.1093/jsxmed/qdac027
23. King, H. (2015). Histeria. En Grig, L. (ed.), *Oxford Classical Dictionary.* https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199381135.013.3213
24. Galeote, T. (2021). *Los hombres que no amaban a las mujeres (Roberto Nóvoa).* Nueva Tribuna. https://www.nuevatribuna.es/articulo/cultura---ocio/feminismo-libros-hombres-amaban-mujeres/20210125182127183847.html
25. World Association for Sexual Health. (2014). *WAS Declaration on Sexual Rights.* https://www.worldsexualhealth.net/was-declaration-on-sexual-rights
26. Organización Panamericana de la Salud. (2026). *Salud Sexual y Reproductiva.* *https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva*
27. Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2021). *Estado de la Población Mundial 2021. Mi cuerpo me pertenece: Reclamar el derecho a la autonomía y la autodeterminación.* https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWP2021_Report-ES_-_v3312.pdf
28. Organización Panamericana de la Salud. (2026). *Prevención Combinada de la Infección por el VIH.* https://www.paho.org/es/temas/prevencion-combinada-infeccion-por-vih

CRÉDITOS IMÁGENES

1. World Health Organization. (2006). Logotipo de la Organización Mundial de la Salud [Logotipo]. Wikimedia Commons.

Las imágenes no incluidas en la lista son de elaboración propia, realizadas mediante herramientas de IA generativa y/o recursos gráficos de Canva, utilizados conforme a las condiciones de licencia aplicables.

IGUALDAD 360
www.agenciafeminista.es