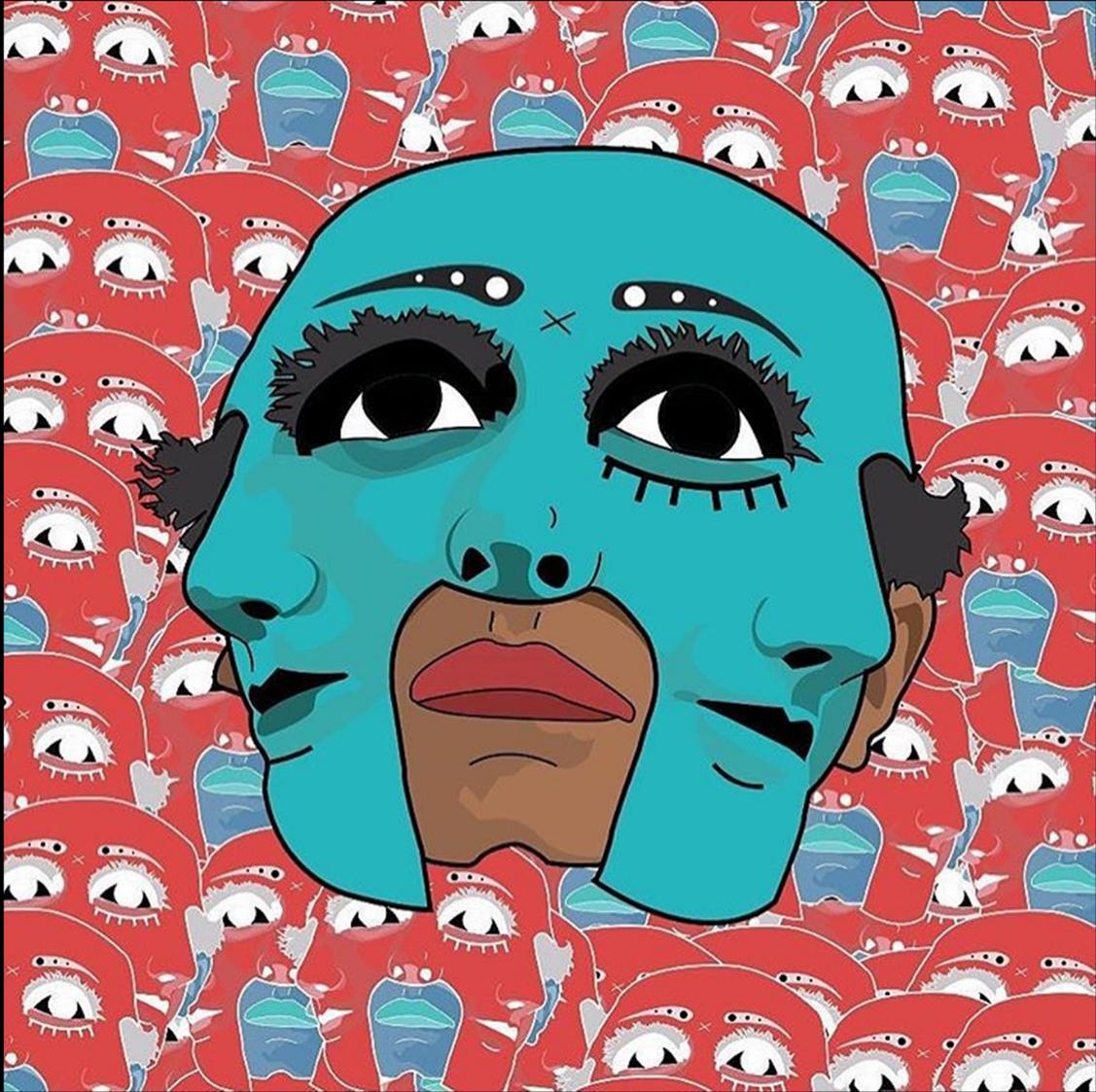


ISSN 2953-4593

**SOCIEDAD ARGENTINA
DE SEXUALIDAD HUMANA**

Vol. 4 Nº 2 Primavera 2023



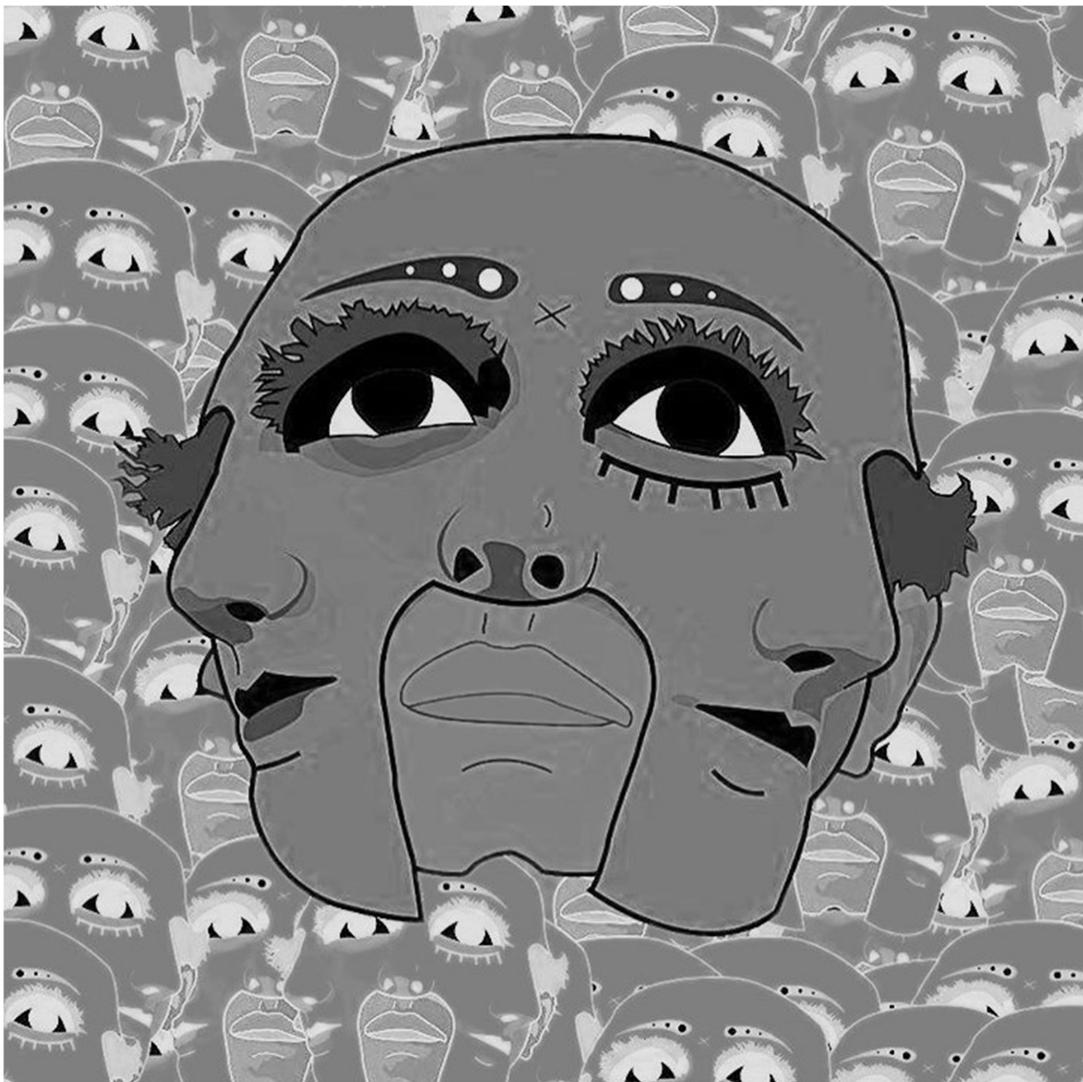
Lucio Calocero

Editada por la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana

ASH

REVISTA ARGENTINA
DE SEXUALIDAD HUMANA

ISSN 2953-4593



Lucio Calocero

EDITADA POR LA SOCIEDAD ARGENTINA DE SEXUALIDAD HUMANA



SEDE DE LA SOCIEDAD

Av. Coronel Díaz 2155 PB "A" C.A.B.A. (1425) CIUDAD DE BUENOS AIRES

TEL/ Tel.: 15-5903-9090

Email: secretaria@sasharg.com.ar Web: www.sasharg.com.ar

Web revista <https://revista.sasharg.com.ar/index.php/journal>

LA REVISTA ARGENTINA DE SEXUALIDAD HUMANA ES UNA PUBLICACIÓN

DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE SEXUALIDAD HUMANA

CON PERSONERÍA JURÍDICA- RESOLUCIÓN IGJ N° 000724

Cuit: 30-67623837-5 IVA: Exento

NOMBRE DE REVISTA REGISTRADO ISSN 2953-4593 en línea

REGISTRO DOI prefix: 10.58751 Membresía Crossref – Platform & Workflow by OJS/PKP

SOCIEDAD ARGENTINA DE SEXUALIDAD HUMANA

MIEMBRO DE:

WAS (WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH)

FLASSES (FEDERACION LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE SEXOLOGIA Y EDUCACION SEXUAL)

COMISIÓN DIRECTIVA 2021-2023

PRESIDENTE

Dra. María Silvina Valente

VICEPRESIDENTE

Lic. Cristina Tania Fridman

SECRETARIA GENERAL

Lic. Viviana Wapñarsky

PROSECRETARIA

Lic. Sandra López

TESORERA

Lic. María Viviana Caruso

PROFESORERO

Dr. Adriel Hudson

VOCALES TITULARES

Dr. Bernardo Kupferberg

Lic. Federico Rinaldi

Lic. Lucia Báez Romano

Lic. María Bernarda Romero

Lic. Analía Urretavizcaya

VOCALES SUPLENTE

Dr. Pablo Carpintero

Dr. Gustavo Litterio

Lic. Claudia Derossi

Lic. Guido Fischer

Lic. Milena Mayer

REVISORES DE CUENTA

Lic. María Ester Antelo

Ex presidentes: Dr. León Roberto Gindin/ Lic. Laura Caldiz/ Lic. Virginia Martinez Verdier/ Dr. Néstor Barbón, Lic. Alcira Camillucci / Dr. Adrián Sapetti/ Dra. Marta Rajtman

REVISTA ARGENTINA DE SEXUALIDAD HUMANA

AÑO 2023 PRIMAVERA- ISSN 2953-4593

COORDINACIÓN GENERAL

Lic. María Bernarda Romero

Lic. Lucía Báez Romano

Colaboración

Lic. Claudia Derossi

Lic. Cristina Tania Fridman

COMITÉ ASESOR NACIONAL

Lic. Laura Caldiz

Lic. Mirta Granero

Dr. Juan Carlos Kusnetzoff

COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL

Alain Giami /Francia

Osmo Kontula /Finlandia

Francisco Cabello/ España

Felipe Hurtado Murillo/ España

Ricardo Cavalcanti/ Brasil

Jaqueline Brendler/ Brasil

Raquel Varaschin / Brasil

Itor Finotelli Jr. /Brasil

Christian Thomas / Chile

Erick Janssen (Bélgica / Estados Unidos

Luis Perelman-Javnozón /México

Olivia Guerrero Figueroa/ México

Dr. Eusebio Rubio Aurióles/ México

Esther Corona Vargas /México

Andrés Flores Colombino Instituto / Uruguay

Santiago Cedres/Uruguay

Chiara Simonelli /Italia

Stefano Eleuteri /Italia

Mijal Luria /Israel

Pedro Nobre /Portugal

Patrícia Pascoal /Portugal

D. Narayana Reddy/India

Elsa Almas/Noruega

Sara Nasserzadeh/ Estados Unidos

Patti Britton /United States

Kevan Wylie /Reino Unido

EL COMITÉ NO SE HACE RESPONSABLE DE LAS OPINIONES VERTIDAS EN LOS ARTÍCULOS PUBLICADOS.

SUMARIO

❖ EDITORIAL.....	7
❖ CLÍNICA - REVISIÓN –DEBATES	
-VASECTOMÍA Y RESPUESTA SEXUAL MASCULINA. PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE LOS POTENCIALES EFECTOS DE LA CONTRACEPCIÓN QUIRÚRGICA EN EL HOMBRE.....	10
Dra. Milagros Gandara – Dr. Walter De Bonis	
-SEXUALIDAD EN EL CONSULTORIO PEDIATRICO ¿ESTAMOS LOS PEDIATRAS PREPARADOS PARA EL CAMBIO?.....	18
Dra. Paula Inés Potel – Dra. María Inés Roqué	
- EL DESAFÍO DE SER SEXÓLOGO EN LATINOAMÉRICA.....	36
Entrevista Lic. Lucia Báez Romano a Lic. Ariel González Galeano	
-REFLEXIONES por CRISTINA TANIA FRIDMAN MEDALLA DE ORO DE WAS 2023 ASOCIACIÓN MUNDIAL PARA LA SALUD SEXUAL.....	47
❖ CULTURA Y SOCIEDAD	
-MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA: MITOS Y CREENCIAS QUE SOSTIENEN LA PRÁCTICA. SITUACIÓN ACTUAL EN AMÉRICA LATINA.....	55
Lic. Carolina S. Intili – Lic. Jorgelina S. Sellaro	
-SEXUALIDAD TRANSGÉNERO, BARRERAS REALES Y SIMBÓLICAS EN EL ACCESO AL SISTEMA DE SALUD.....	73
Dra. María Florencia Alfano – Dra. Johanna Soledad Asís	
❖ EDUCACIÓN	
-EL ROL DEL SEXOLOGO COMO EDUCADOR SEXUAL.....	96
Dra. Sofía Achem – Dra. Bianca Ambrosi – Dra. María Laura Luján	
-PROYECTO DEL PRIMER CÓDIGO DE ÉTICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE SEXUALIDAD HUMANA.....	115
Dra. Rosangela Gonçalves Meira - Dr. Emiliano Hayquel - Dr. Claudio Capuano – Lic. Carolina Crespo - Lic. Andrea Cordobes - Dr. Federico Drigani	
❖ ARTE	
-LUCIO CALOCERO por la Lic. CLAUDIA DEROSSI	144
❖ REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN.....	146

EDITORIAL

EXPLORANDO LAS DIMENSIONES DE LA SEXUALIDAD HUMANA

Bienvenidos a una nueva edición de nuestra revista dedicada a explorar las diversas facetas de la sexualidad humana. Nos sumergimos en un viaje que abarca desde la clínica hasta la cultura, desde la educación hasta el arte, para ofrecer una perspectiva integral sobre este aspecto fundamental de la experiencia humana. Abordamos temas cruciales con el objetivo de promover la comprensión y el diálogo abierto sobre la salud sexual. Este número presenta perspectivas de expertos, reflexiones profundas y entrevistas reveladoras que arrojan luz sobre cuestiones cruciales en el ámbito de la sexualidad. Explorar la sexualidad humana implica adentrarse en un terreno complejo y diverso. Al abordar estos temas, es imperativo adoptar un enfoque integral que reconozca la intersección de toda nuestra diversidad, con el objetivo de promover la salud sexual y el bienestar para todos.

¿Te has preguntado alguna vez sobre la vasectomía, cómo afecta la respuesta sexual masculina y como es la percepción de los profesionales de la salud? sobre esto nos lanzamos de cabeza a desentrañar esos mitos y verdades, Además, exploramos cómo los pediatras encaran la sexualidad en su consulta. Desde el consultorio pediátrico, la sexualidad se convierte en un tema de conversación que va más allá de la biología, incorporando la educación sobre el consentimiento y el respeto desde la temprana edad ¿Están preparados los pediatras para adaptarse al cambio y abordar las inquietudes sexuales de los niños, niñas y adolescentes? Sumérgete en el tema y lo descubriremos juntos.

Abrimos una nueva sesión de entrevistas donde hablaremos con sexólogos de Latinoamérica y del mundo, explorando los desafíos que enfrentan las diversas regiones con matices únicos. En la entrevista sobre el desafío de ser sexólogo latinoamericano, surge la necesidad de contextualizar la sexualidad en entornos culturales específicos, reconociendo las diversidades y desafíos que enfrentan los profesionales de la salud sexual.

Además, las reflexiones de la Lic. Cristina Tania Fridman, galardonada con la Medalla de Oro de la Asociación Mundial para la Salud Sexual en 2023, nos invitan a pensar más allá de las etiquetas y estigmas. Ganar una "medalla de oro" en educación sexual implica ir más allá de la simple transmisión de información. Significa destacarse en la habilidad de fomentar la comprensión profunda y respetuosa de la sexualidad, cultivando un entorno donde la diversidad es celebrada y donde se promueve el consentimiento, la empatía y la comunicación abierta. Esta "medalla de oro" se otorga a aquellos educadores sexuales que logran inspirar un cambio positivo en la percepción de la sexualidad, alentando a las personas

a explorar su sexualidad de manera saludable y libre de prejuicios. Implica no solo impartir conocimientos, sino también crear un espacio seguro para el diálogo, donde se fomente la autonomía y el respeto mutuo. En última instancia, ganar esta "medalla de oro" en educación sexual implica contribuir al desarrollo de individuos informados, conscientes y respetuosos, capaces de tomar decisiones y contribuir a la construcción de sociedades más inclusivas y respetuosas con la diversidad sexual.

Entramos también en la dura realidad de la mutilación genital femenina en América Latina, desafiando mitos y creencias que sostienen esta práctica. La mutilación genital femenina, por otro lado, destaca la importancia de abordar prácticas que violan los derechos humanos fundamentales de las mujeres, requiriendo un enfoque global para la erradicación de esta práctica perjudicial.

Exploramos las barreras reales y simbólicas que enfrentan las personas transgénero en su acceso al sistema de salud. Un vistazo crudo a realidades que merecen nuestra atención. Se destaca la importancia de una atención médica inclusiva y accesible. Las barreras, tanto reales como simbólicas, en el acceso al sistema de salud, deben ser derribadas para garantizar que todos tengan la oportunidad de recibir atención de calidad que respete la diversidad de las experiencias sexuales y de género.

Nos sumergimos en el papel del sexólogo como educador sexual, explorando cómo la educación puede ser la clave para desbloquear conversaciones importantes. El rol del educador sexual cobra una relevancia crucial en la formación de individuos capaces de tomar decisiones informadas y respetuosas. Este análisis destaca cómo la educación puede ser una poderosa herramienta para empoderar a individuos y comunidades en su relación con la sexualidad.

Además, presentamos el emocionante proyecto del primer código de ética de la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana, destacando nuestra ética profesional. En el código de ética de un sexólogo, encontramos principios fundamentales que guían nuestra práctica, destacando la confidencialidad, la empatía y el respeto como pilares esenciales en la interacción con los pacientes. La presentación de este proyecto visionario marca un hito en la evolución ética de la práctica sexológica en nuestro país.

Finalmente empezamos y terminamos nuestro viaje con una inmersión en el arte visual de Lucio Calocero, presentado por Claudia Derossi. A través de estas expresiones artísticas, descubrimos cómo el arte puede ser una ventana única para entender la diversidad de nuestras experiencias sexuales.

Prepárate para un recorrido sin censuras, donde las conversaciones abiertas y la reflexión

profunda son la norma. Esta edición busca no solo informar, sino también inspirar una reflexión profunda, desafiando percepciones arraigadas y fomentando un diálogo más enriquecedor sobre la sexualidad humana en todas sus manifestaciones. ¡Disfruten del viaje!

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. B. Romero'.

Lic. María Bernarda Romero
Coordinadora Revista SASH
Miembro comisión directiva SASH

VASECTOMÍA Y RESPUESTA SEXUAL MASCULINA. PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE LOS POTENCIALES EFECTOS DE LA CONTRACEPCIÓN QUIRÚRGICA EN EL HOMBRE.



Dra. Milagros Gandara "Medica Especialista Universitaria en Tocoginecología. UBA Área Salud reproductiva y procreación responsable. Hospital Durand Buenos Aires Argentina



Walter De Bonis* Médico Especialista Universitario en Urología. UBA. Encargado del Área Disfunciones Sexuales Hospital Durand. Buenos Aires Argentina.
Contacto: wdebonis@fmed.uba.ar

Resumen: Se analiza la percepción de los profesionales de la salud con relación al potencial impacto de la vasectomía en las fases de la respuesta sexual masculina, considerando secundariamente los aspectos técnicos y legales. Se realiza además una revisión de la literatura con relación a la evidencia actual vinculada a la satisfacción, el deseo, la disfunción sexual y la importancia de la difusión y el asesoramiento sobre contracepción quirúrgica masculina

Palabras clave: vasectomía, repuesta sexual masculina.

Abstract: The perception of health professionals in relation to the potential impact of vasectomy in the phases of the male sexual response is analyzed, considering the technical and legal aspects secondarily. It is also carried out a review of the literature analyzing the current evidence status related to satisfaction, desire, sexual dysfunction and the importance of outreach and counseling on male surgical contraception.

Key words: vasectomy, male sexual response.

Introducción

La vasectomía ha demostrado una alta eficacia como método de contracepción quirúrgica masculina; pese a que constituye una técnica simple, rápida y ambulatoria sigue generando controversias en la población general con relación a su real impacto en la sexualidad. Si bien no existe evidencia científica de un efecto negativo sobre ninguna de las fases de la respuesta sexual masculina, incluso para parte de la comunidad médica no es evidente la ausencia de repercusión sobre el deseo, la erección o la eyaculación; esto último podría influir negativamente en la promoción de este procedimiento de contracepción, cuya mayor difusión contribuirá en alcanzar la equidad en la planificación familiar, escenario que en la mayoría de los países en desarrollo se encuentra bajo la responsabilidad exclusiva de la mujer.

El objetivo de este trabajo es analizar la percepción de una población de médicos con relación a los potenciales efectos de la vasectomía en las fases de la respuesta sexual masculina.

Material y Método

Fueron distribuidas encuestas de auto respuestas, anónimas y voluntarias, empleando como herramienta Google Forms ®, a una población de médicos de la CABA y Provincia de Buenos Aires, especialistas en disciplinas clínicas y quirúrgicas, durante el período comprendido entre el 28 de Junio y el 9 de Julio de 2021.

La encuesta fue dividida en diferentes dominios: 1) datos personales demográficos (edad, género, lugar de residencia); 2) datos relacionados con los aspectos legales y técnicos de la vasectomía (existencia de una ley, reversibilidad, fertilidad postoperatoria, protección contra las infecciones de transmisión sexual), 3) datos relacionados con los efectos sobre la respuesta sexual masculina (impacto en el deseo, la erección, el orgasmo y la eyaculación)

Los participantes debieron otorgar su consentimiento previo a comenzar con la encuesta.

Resultados

Del total de encuestas distribuidas, fueron incluidos y evaluados para el análisis 127 formularios que se encontraban completos al momento de la recolección.

Datos personales demográficos

El 50,3% (64/127) de los profesionales eran hombres y el 49.7% mujeres (63/127); la edad promedio fue de 43.3 años, con un rango de 25 a 72. Un 79.5 % tenía como lugar de residencia a la CABA y un 20.5% a la Provincia de Buenos Aires.

Datos relacionados con aspectos legales y técnicos

Si bien la mayoría de los médicos (73.2%) conocía la existencia de la Ley de contracepción quirúrgica de nuestro país, el 20.4% no sabía si existe o no dicha Ley y un 6.3% de los profesionales participantes sostenía que no existe ley sobre contracepción quirúrgica.

El 7.8% de los médicos encuestados consideraba que los hombres vasectomizados no producen más espermatozoides y el 13.3% que no es factible realizar ningún método de fertilización asistida post-vasectomía.

Todos los participantes respondieron que la vasectomía no protege contra las infecciones de transmisión sexual. Tabla 1

Para el 13.3% la vasectomía es siempre irreversible, el 67.7% (86/127) consideraba que el procedimiento tiene posibilidades de revertirse quirúrgicamente y para el 18.1% es siempre reversible.

Tabla 1

N: 127	SI	NO	NO SABE
¿Existe Ley de Contracepción Quirúrgica?	73,2%	6,3%	20.4%
¿Continúa la producción de espermatozoides post-vasectomía ?	91.5%	7.8%	0.7%
¿Puede realizarse fertilización asistida post-vasectomía?	79.5%	13.3%	7.2%
¿La vasectomía protege contra las ITS ?	0	100%	0

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

Datos relacionados con los efectos sobre la respuesta sexual masculina

El 78.7% consideró que la vasectomía no tiene ningún impacto sobre la sexualidad; para el 18.8% se genera un impacto positivo y para el 2.3% un impacto negativo.

Para el 92.1% de la población estudiada la vasectomía no afectaba ni el deseo ni la calidad de la erección, solo el 0.7% sostuvo que este procedimiento de contracepción quirúrgica afecta en forma negativa estas fases de la respuesta sexual.

La mayor parte de los médicos respondió que no se altera el fenómeno eyaculatorio (77.9%) ni la fase orgásmica (92.1%) luego de la vasectomía. El 13.3% respondió que se producen trastornos eyaculatorios y el 1.5% que puede generarse anorgasmia post-vasectomía. Grafico 1.



Grafico 1. Efecto sobre fases de la respuesta sexual.

Discusión

Si bien la introducción de la vasectomía data de fines del siglo XVIII, es en la década de 1960 que comenzó a utilizarse más frecuentemente como método de contracepción quirúrgica. Se trata de un procedimiento que puede considerarse permanente y altamente efectivo. Puede intentarse su reversión quirúrgica con diferentes resultados de acuerdo a las series analizadas, siendo casi improbable la recanalización espontánea de los conductos deferentes seccionados. Todo hombre vasectomizado continúa con su producción espermática y puede someterse, si lo desea, a procedimientos de fertilización asistida. No existen contraindicaciones absolutas para su práctica en cualquier hombre mayor de 18 años, sin embargo, suelen considerarse algunas situaciones controversiales, como por ejemplo la ausencia de hijos y ciertas enfermedades crónicas. La cirugía se practica en forma ambulatoria, pudiendo el paciente retomar su actividad sexual a las 72 hs de la intervención, empleando algún método anticonceptivo hasta los 3 meses posteriores a la cirugía, momento en el cual se recomienda la realización de un espermograma de control. Los pacientes podrán dejar de usar el método anticonceptivo complementario si se observa en el espermograma control la ausencia de espermatozoides o bien un recuento inferior a 100.000 zoides inmóviles **(1,2,3,4)**.

Millones de hombres en el mundo se han sometido a una vasectomía. Sin embargo, continúa representando una gran preocupación para algunos de ellos y sus parejas la incertidumbre sobre el potencial efecto del procedimiento sobre la esfera sexual **(5,6)**.

La vasectomía no altera la calidad de la erección ni el volumen eyaculatorio, tampoco existe evidencia de afectación de ninguna de las restantes fases de la respuesta sexual masculina. En este sentido, la mayoría de las publicaciones coinciden en el efecto neutral de la vasectomía sobre la función sexual del hombre, con un probable efecto favorable en la esfera sexual de las parejas femeninas que podría vincularse a la desaparición de la carga reproductiva y el miedo a los embarazos no deseados **(7,8,9)**.

Si bien los trabajos realizados en la década de 1980 evidenciaban parcialmente un potencial efecto positivo en los pacientes, mejorando su vida sexual, la armonía entre las parejas y el deseo sexual, en estudios más recientes que evalúan la satisfacción sexual masculina post-vasectomía no se observan, en general, cambios significativos en los dominios del índice internacional de función eréctil (IIEF). En contrapartida, Arratia-Maqueo informa una mejora estadísticamente significativa en las preguntas vinculadas al orgasmo.

Bertero y cols comunicaron también cambios positivos significativos en las puntuaciones generales del IIEF. En contraste, Dias y cols, en su trabajo sobre el comportamiento sexual post- vasectomía, informaron que un 19% de los hombres manifestaron disminución del deseo. Pese a esto la mayoría de los participantes (92%) informaron estar satisfechos con la cirugía, lo que supone para los autores que los cambios en el comportamiento sexual no se pueden atribuir directamente a la contracepción quirúrgica. En nuestro trabajo la mayor parte de los médicos considera que la vasectomía no tiene impacto en la sexualidad y para el 92.1% de los participantes la vasectomía tampoco afecta el deseo sexual **(10,11,12,13)**.

Por otra parte, la mayoría de los hombres vasectomizados, y sus parejas femeninas, recomendarían y volverían a realizarse una vasectomía **(14)**.

Varios trabajos publicados muestran un aumento de la frecuencia de relaciones sexuales al comparar vasectomizados con hombres sin vasectomía. En el trabajo de Guo y cols las parejas de hombres vasectomizados informaron un aumento de la frecuencia promedio de relaciones sexuales mensuales **(15)**.

Al analizar la relación entre disfunción eréctil y vasectomía, Buchholz sostiene que la disfunción eréctil somática debe ser clínicamente excluida y considerar un origen psicológico. Los hallazgos de los escasos estudios publicados indican que los problemas de erección no son más frecuentes entre los hombres que han tenido una vasectomía al compararlos con aquellos que no se sometieron a dicha cirugía **(16,17)**.

En nuestro análisis, la mayoría de los médicos considera que la vasectomía no afecta la erección ni la eyaculación.

Pese a la aprobación y promulgación en el año 2006 de la ley Nacional 26130 que regula la contracepción quirúrgica en la República Argentina, la ligadura de trompas sigue siendo mucho más frecuente que la vasectomía. Solo en algunos países como Canadá o el Reino Unido la vasectomía es más empleada que la contracepción en mujeres, de manera que a nivel mundial la responsabilidad de la anticoncepción quirúrgica continúa recayendo sobre éstas, tornándose imprescindible la educación continua y una mayor difusión para que las parejas compartan la decisión de la planificación familiar teniendo acceso a todos los métodos anticonceptivos disponibles **(14,18,19,20,21,22)**.

El asesoramiento por parte de los profesionales de la salud con relación a los aspectos legales y técnicos de la vasectomía y fundamentalmente sobre la ausencia de efectos negativos vinculados a la respuesta sexual masculina y las relaciones sexuales en general,

adquieren un rol preponderante puesto que condicionan la correcta consejería del método y por lo tanto su aceptación (23,24).

Conclusión

En base a los resultados de nuestro análisis, la mayor parte de los médicos considera que la vasectomía no afecta las fases de la respuesta sexual masculina ni tiene impacto negativo sobre la sexualidad global, en acuerdo con la evidencia actual. Alrededor del 70% de los profesionales de la salud participantes conoce los aspectos técnicos y legales de la contracepción quirúrgica masculina.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- 1- R.D.Hernández-Aguilera M.L.Marván-Garduñob La vasectomía desde una perspectiva psicosocial Volume 29, Issue 1, January–March 2015, Pages 30-35 Perinatología y Reproducción Humana.
- 2-Dohle GR, Diemer T, Kopa Z, y cols. European Association of Urology Guidelines on Vasectomy. Eur Urol. 2012; 61: 159-163.
- 3-Armand Z. Vasectomy update 2010. Can Urol Assoc J. 2010; 4: 306-309
- 4-Korthorst RA, Consten D, van Roijen JH. Clearance after vasectomy with a single semen sample containing < than 100,000 immotile sperm/mL: analysis of 1,073 patients. BJU Int. 2010;105:1572-5.
- 5-Yang F, Dong L, Zhang X, Li J, Tan K, Li Y, Yu X.Vasectomy and male sexual dysfunction risk: A systematic review and metaanalysis.Medicine 2020;99:37
- 6-Groat H, Neal G, Wicks JW. Sterilization anxiety and fertility control in the later years of childbearing. J Mariage Fam, 1990; 52: 249-258
- 7-M McCormack 1, S Lapointe Physiologic consequences and complications of vasectomy CMAJ. 1988 Feb 1;138(3):223-5.
- 8-Hofmeyr DG, Greeff AP. The influence of a vasectomy on the marital relationship and sexual satisfaction of the married man. J Sex Marital Ther 2002;28:339–51.
- 9-Badereddin Mohamad Al-Ali, MD,* Rany Shamloul, MD,†‡ The Effect of Vasectomy on the Sexual Life of Couples J Sex Med 2014;11:2239–2242
- 10-Smith A, Lyons A, Ferris J, Richters J, Pitts M, Shelley J. Are sexual problems more common in men who have had a vasectomy? A population-based study of Australian men. J Sex Med. 2010 Feb;7(2)

- 11-J.A. Arratia-Maqueo, J.R. Corte's-González, R. Garza-Corte's y L.S. Go'mez-Guerra Evaluacion de la satisfaccion sexual masculina posterior a la vasectomia Actas Urol Esp Noviembre de 2010; 34 (10): 870-3
- 12-Bertero E, Hallak J, Gromatzky C, Lucon AM, Arap S. Assessment of sexual function in patients undergoing vasectomy using the international index of erectile function. Int Braz J Urol. 2005 Sep-Oct;31(5):452-8.
- 13-Dias PL. The long-term effects of vasectomy on sexual behaviour. Acta Psychiatr Scand. 1983 May;67(5):333-8.
- 14-Adongo et al.: "If you do vasectomy and come back here weak, I will divorce you": a qualitative study of community perceptions about vasectomy in Southern Ghana. BMC International Health and Human Rights 2014 14:16.
- 15-David P. Guo, MD, Remy W. Lamberts, MD, and Michael L. Eisenberg, MD Relationship between Vasectomy and Sexual Frequency J Sex Med 2015;12:1905–1910
- 16-Buchholz NP, Weuste R, Mattarelli G, Woessmer B, Langewitz W. Post-vasectomy erectile dysfunction. JPsychosom Res 1994;38:759–62.
- 17-Bertero E, Hallak J, Gromatzky C, Lucon AM, Arap S. Assessment of sexual function in patients undergoing vasectomy using the international index of erectile function. Int Braz J Urol 2005;31:452–8.
- 18-Ley 26.130 de Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica de la República Argentina, 2006.
- 19-World Contraceptive Use. Manual de planificación familiar. OMS <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44074/9780978856304>
- 20-Population Reference Bureau. Family planning worldwide 2008 data sheet. Washington, D.C:Population Reference Bureau. 2008.
- 21-Wright AK, Best K, Sokal D: Recent developments in vasectomy. BMJ 2005,330(7486):296–299
- 22-Karra MV, Stark NN, Wolf J: Male involvement in family planning: a study spanning five generations of southern India family. Stud Fam Plann 1997, 10(1):24–34.
- 23-Imtishal M, Mohammadnezhad M. Male partners and medical staff's perception on contributing factors of Family Planning (FP) in Fiji. Heliyon. 2021 Jan 24;7(1)
- 24-Patel J, Nguyen BT. Vasectomy: An Opportunity for Obstetricians and Gynecologists. Clin Obstet Gynecol. 2020 Jun;63(2):289-294

SEXUALIDAD EN EL CONSULTORIO PEDIATRICO

¿ESTAMOS LOS PEDIATRAS PREPARADOS PARA EL CAMBIO?



Dra. Paula Inés Potel

Médica pediatra M.N. 95912 Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento
Clínica pediatra- posgrado en Sexualidad con orientación en ESI (SASH)
Consultorio-guardia IADT-Consultorio particular-SASH tallerista ESI



Dra. María Inés Roqué

Medica pediatra con orientación en nutrición infantil y trastornos alimentarios
Posgrado en sexualidad con orientación en ESI (SASH)
Ex médica pediatra en Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento

Resumen

La falta de trabajo en los temas relacionados con la sexualidad y los cambios que vienen sucediendo socialmente en cuanto a modelos y paradigmas nos llevó a reflexionar sobre cuál es la mirada actual de los y las pediatras sobre los temas relacionados con la sexualidad, el género, la orientación sexual, la identidad de género, la perspectiva de género, los estereotipos de género y la implicancia que esta mirada tiene en el acompañamiento del crecimiento y desarrollo de niñas, niños y adolescentes. Para ello conceptualizamos las diferentes dimensiones y realizamos unas encuestas donde pudimos observar que los

pediatras tienen dificultades para diferenciar conceptos como sexo, género, identidad de género y orientación sexual. Concluimos que debemos pensar nuevas modalidades de intervención que promuevan un desarrollo temprano basado más en los derechos de las infancias y no tanto en función de los mandatos de los adultos.

Palabras claves: Infancia, sexualidad en la infancia, sexo, género, identidad de género y orientación sexual.

Abstract

The lack of work on issues related to sexuality and the changes that have been occurring socially in terms of models and paradigms led us to reflect on the current view of pediatricians on issues related to sexuality, gender, sexual orientation, gender identity, gender perspective, gender stereotypes and the implications that this view has in accompanying the growth and development of children and adolescents. To this end, we conceptualized the different dimensions and conducted surveys where we observed that pediatricians have difficulties in differentiating concepts such as sex, gender, gender identity and sexual orientation. We concluded that we must think of new intervention modalities that promote early development based more on the rights of children and not so much on adult mandates.

Key words: Childhood, childhood sexuality, sex, gender, gender identity and sexual orientation.

Introducción

Desde nuestro trabajo asistencial en un sanatorio de gestión privada de la ciudad autónoma de Buenos Aires nos vemos interpeladas por la falta de trabajo en los temas relacionados con la sexualidad y los cambios que vienen sucediendo socialmente en cuanto a modelos y paradigmas. Observamos con mucha inquietud que lejos de no haber respuestas, lo que no encontramos son preguntas que pongan de manifiesto la necesidad de una revisión y transformación del quehacer médico y específicamente pediátrico para promover el desarrollo de una sexualidad plena, cuidada, responsable, placentera, a niñas, niños, adolescentes y sus familias.

La configuración de roles, estereotipos y mandatos de género se va estableciendo a partir de las funciones estructurantes que desempeñan los entornos donde los niños y las niñas crecen y se desarrollan: las familias, las instituciones, los espacios sociales. Es sin duda el consultorio de los/as pediatras, parte de este entorno. Un sin fin de lugares comunes dejan de manifiesto los estereotipos de género que impactan a la hora de acompañar el crecimiento y desarrollo de nuestros pacientes.

El análisis de estos estereotipos y la reflexión de las implicancias que tienen en la concepción de niños, niñas y adolescentes nos parece un proceso indispensable para comenzar a transformar el abordaje pediátrico.

La relación entre género e infancia es poco importante en las políticas de salud infantil y casi siempre está abordada desde la perspectiva de la psicología evolutiva e inherente a la población adolescente, invisibilizando de esta manera aspectos propios del género como determinantes de la salud y desarrollo temprano.

Nuestro objetivo es poder reflexionar sobre cuál es la mirada actual de los y las pediatras sobre los temas relacionados con la sexualidad, el género, la orientación sexual, la identidad de género, la perspectiva de género, los estereotipos de género y la implicancia que esta mirada tiene en el acompañamiento del crecimiento y desarrollo de niñas, niños y adolescentes.

Conceptos iniciales

A continuación describiremos algunos conceptos esenciales para poder realizar la observación y el análisis pretendido durante este trabajo.

Neurodesarrollo:

Se entiende como aquellos procesos a través del cual se organiza el sistema nervioso en el tiempo. El crecimiento físico tiene un desarrollo lineal y ascendente fácil de comprender. No sucede lo mismo con el neurodesarrollo que comienza en la etapa embrionaria y culmina durante la postnatal, siendo la infancia y la adolescencia las etapas de mayor complejidad e importancia en su génesis.

Desarrollo temprano:

Es un proceso que abarca desde la etapa de gestación hasta los 5 años de vida de la niña o del niño. Es un proceso progresivo, multidimensional, integral y oportuno, que se traduce en la construcción de capacidades cada vez más complejas, que permite a la niña y el niño ser competentes a partir de sus potencialidades para lograr una mayor autonomía en interrelación con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos.

Sexualidad:

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), la sexualidad humana se define como: “Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales”. Este es el concepto que adherimos y tomamos para el presente trabajo,

Sexo:

El sexo se refiere al sexo biológico de las personas entendido como las diferencias y características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de los seres humanos que los definen como hombres o mujeres. Son características presentes desde la concepción y que se van manifestando a lo largo de la vida pre y postnatal.

Género:

El concepto “género” es utilizado por primera vez en las ciencias sociales en 1955.

La OMS refiere al género como los roles, las características y oportunidades definidos por la sociedad que se consideran apropiados para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las personas con identidades no binarias. El género es también producto de las relaciones entre las personas y puede reflejar la distribución de poder entre ellas. No es un concepto estático, sino que cambia con el tiempo y el lugar. El género interactúa con el sexo biológico, pero es un concepto distinto.

Identidad de género:

Además de expresarse y asumir roles, las personas sienten, se perciben e identifican con un determinado género. Esta profunda identificación que cada persona tiene con un

género es lo que se denomina identidad de género y puede o no corresponderse con el sexo biológico de las personas.

Socialización de género:

Se refiere a las relaciones que se establecen entre los géneros remitiendo a redes de significado presentes en distintas dimensiones de la vida de cada persona. Entendido como un proceso permanente y siempre inconcluso, las categorías de género son reconstruidas por las personas desde su infancia en sus interacciones, valores, roles y normas.

Orientación sexual:

Refiere a la atracción sexual, erótica, emocional o amorosa que sienten las personas hacia otros tomando como referencia su género o también su identidad de género.

Marco normativo de la atención médica y el ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes

A continuación enumeramos las leyes que forman el marco normativo de la atención médica que debería regir en la práctica profesional de la pediatría y que pretende proteger los derechos de niñas, niños y adolescentes y sostener una perspectiva de género y el respeto por las diversidades. Algunas de ellas vinculadas al ámbito educativo y de la administración pública pero con fuerte impacto en el sistema de salud.

Una serie de leyes fueron marcando progresos en los derechos de las personas sobre su cuerpo y su salud. En el año 2002 se crea el programa nacional de salud sexual y reproducción responsable (Ley N° 25673), la ley de derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento (Ley N° 25929) continuó aportando en esta línea en el año 2004, seguida en el 2005 por la ley de protección integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes (Ley N° 26061). En el año 2010 se sanciona la Ley de Salud Mental (Ley N°26657) que busca la protección de la salud mental de las personas y de los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales. Se sumó la Ley de Reproducción Humana Asistida (Ley 26862) en el 2013. Y en el año 2015 se sumaron modificaciones a la Ley de Sangre (Ley N° 22990) asegurando que los requisitos de donación no tengan contenido discriminatorio. Y finalmente luego de un largo recorrido de luchas y sanciones

intermedias se sanciona la Ley de Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (Ley 27610) en enero de 2021.

En el ámbito educativo la sanción de la Ley de ESI (Ley N° 26150) en el año 2006 marcó caminos inéditos y disruptivos que continuó su recorrido fortaleciéndose con otras leyes vinculadas a la perspectiva de género y derechos. La ley de violencia de género (Ley N° 26485) es sancionada en el año 2009 y un año más tarde, 2010, la Ley de Matrimonio Igualitario (Ley N° 26618) y la de Femicidios y crímenes de odio (Ley N° 26791). Mientras surgían fuertes resistencias y continuaban las luchas de los diferentes movimientos feministas y sociales, nuevos logros fueron imprimiendo carácter en nuestra legislación, con la ley de identidad de género (Ley N° 26743) en el 2012 y en 2019 la Ley Micaela (Ley N° 27499) que establece la capacitación obligatoria en género y violencia de género para todas las personas que se desempeñan en la función pública, en los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial de la Nación. Se crea también en el 2019 el Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad. Una política más, orientada a que el Estado pueda centralizar sus políticas de género en un organismo que articule e impulse acciones en esta línea.

Imprescindible difundir e instruir a todos los miembros del equipo de salud en el conocimiento de todas estas leyes como paso indispensable para lograr la aplicación masiva de cada una de ellas.

Desarrollo temprano, sexualidad e identidad de género

La construcción de la identidad de género es un proceso evolutivo que acompaña el desarrollo temprano, incluso antes del nacimiento, toda vez que los progenitores asignan un valor diferencial al hecho de tener un niño o una niña.

La incorporación de la perspectiva de género se ha identificado como un tema inherente a los adolescentes y adultos y esto llevó a invisibilizar aspectos propios del género como determinantes de la salud y el desarrollo temprano.

Existen evidencias suficientes que ameritan abordar el género desde etapas tempranas de la vida incluso antes de la concepción del nuevo ser, desde que cada pareja negocia el mejor momento para asumir su pater/maternidad. La dimensión de género es un determinante social que afecta a la salud y calidad de vida de las personas desde su nacimiento. La comunidad científica demostró un creciente interés por la temática atendiendo a reconocer que la construcción de estereotipos, las formas de ser y hacer y relacionarse tiene su correlato con los primeros años de vida.

El enfoque de género en la niñez es por tanto sumamente pertinente. La construcción de los roles de género que acompañan el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes es parte de su socialización.

Desde el nacimiento o anteriormente comienza la crianza diferenciada, tratamos de forma distinta al niño o niña según el sexo que le hayamos asignado a través de un doble proyecto educativo que viene determinado por las expectativas que tengamos asignadas hacia uno u otro sexo y no tanto por las particularidades de ese niño o niña que tenemos adelante.

La importancia del género como determinante del desarrollo temprano reside en que el género se constituye como una de las relaciones estructurantes que sitúan al individuo en el mundo y determina a lo largo de su vida, oportunidades, elecciones, trayectorias, vivencias, lugares e intereses.

Las posibilidades de desarrollo pleno están íntimamente vinculadas con la calidad de experiencias tempranas que niños y niñas atraviesan en los diferentes ámbitos y organizadores que van moldeando sus potencialidades y personalidades.

Este proceso de desarrollo y de adquisición de una identidad de género se ve profundamente determinado por los estereotipos de género imperantes. Estos están determinados por influencias genéticas y relacionales. Las familias, los pares, el ambiente social, las estructuras y las prácticas moldean durante el crecimiento a niñas y niños a partir del reforzamiento positivo o el castigo a las conductas que se acercan o no a las expectativas de género.

El rol del pediatra en la educación sexual

Toda asistencia médica es sexuada.

El pediatra se encuentra en un lugar privilegiado para acompañar el desarrollo de una sexualidad plena, cuidada, responsable, placentera a niñas, niños, adolescentes y sus familias.

Todas las personas como sexuadas que somos, tenemos nuestras propias concepciones, valores, normas, actitudes con respecto a la sexualidad. Y que en nuestra labor profesional obviamente transmitimos.

En nuestro rol de pediatras es fundamental nuestra función educativa en lo referente a la sexualidad y dado que en nuestro trabajo estamos haciendo educación sexual sería interesante rever nuestras propias concepciones, para saber que puedo estar transmitiendo con mi modo de ser y actuar a este niño, niña, adolescente o su familia. Los y las pediatras, como parte del entramado social e institucional por donde transcurren las infancias, en cada uno de

nuestros actos médicos reforzamos y promovemos estereotipos de género con más fuerza de lo que solemos identificar.

Educación sexual integral en pediatría. ¿Es posible?

Entrelazando estos dos conceptos tan importantes de que la identidad de género es un aspecto fundamental del desarrollo temprano y que los pediatras tenemos un rol activo y fundamental en este proceso nos preguntamos cuál es el aporte que la educación sexual integral, desarrollada para ser implementada en los ámbitos educativos podría tener en la tarea asistencial de los pediatras.

Los ejes de la educación sexual integral: reconocer la perspectiva de género, respetar la diversidad, valorar la afectividad, ejercer nuestros derechos, cuidar el cuerpo; incluye e involucra todos los aspectos fundamentales y fundantes del quehacer pediátrico.

Y las puertas de entrada: la reflexión sobre nosotros/as mismos/as, los hechos que irrumpen, la organización institucional, la relación con las familias y la comunidad y el desarrollo curricular, todas encuentran un lugar o un paralelo en las consultas pediátricas.

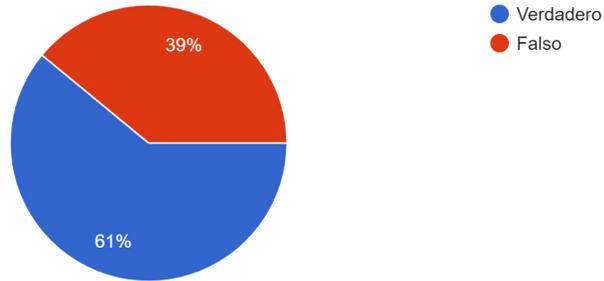
Creemos que la falta de reflexión sobre el propio posicionamiento y la introspección que permita la mirada sobre la propia sexualidad de cada uno de los participantes del sistema de salud es una de las principales barreras para el proceso de transformación necesario que habilite a un desarrollo sexual pleno y libre de todos los niños y niñas.

Encuesta

Les pedimos a los pediatras que trabajan con nosotras en un sanatorio de gestión privada de la ciudad de Buenos Aires, que respondan las siguientes preguntas en forma anónima, a través de medios digitales. Obtuvimos 41 respuestas habiendo distribuido la encuesta a 100 profesionales aproximadamente.

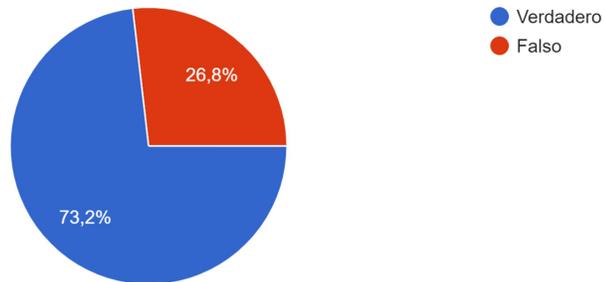
Sexo se refiere a las características determinadas biológicamente

41 respuestas



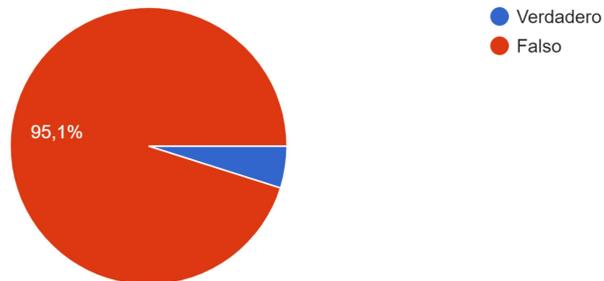
El termino género se utiliza para describir características de hombres y mujeres basadas en factores sociales.

41 respuestas



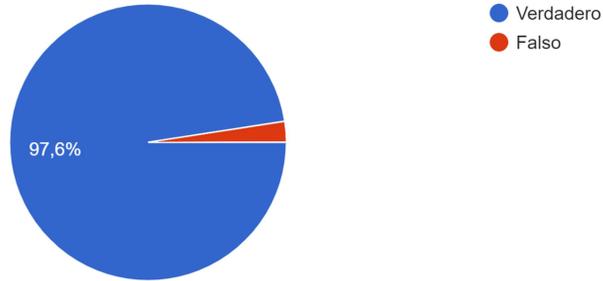
La identidad de genero alude a las diferencias biológicas entre varones y mujeres en base a los genitales y se asigna al nacer.

41 respuestas



La orientación sexual refiere a la atracción, emocional, efectiva y sexual por personas del mismo , de otro o de mas de un género.

41 respuestas



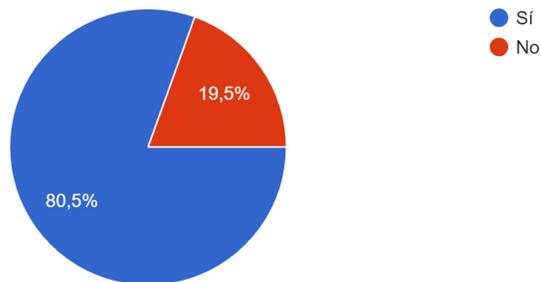
¿Con cuál de las siguientes definiciones se siente mas identificado?

41 respuestas



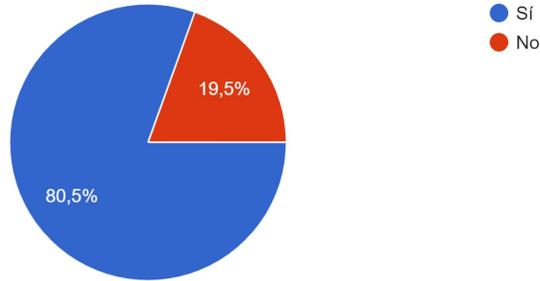
¿Considera que la identidad de género forma parte de manera significativa en el desarrollo infantil?

41 respuestas



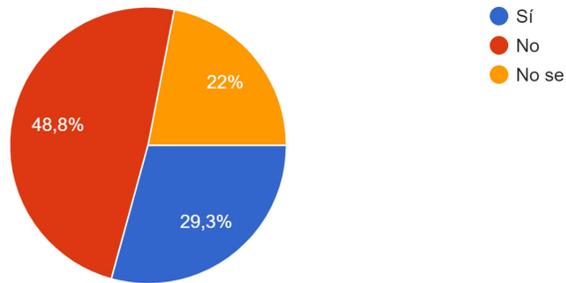
¿Considera que la identidad de género forma parte de manera significativa en el desarrollo infantil?

41 respuestas



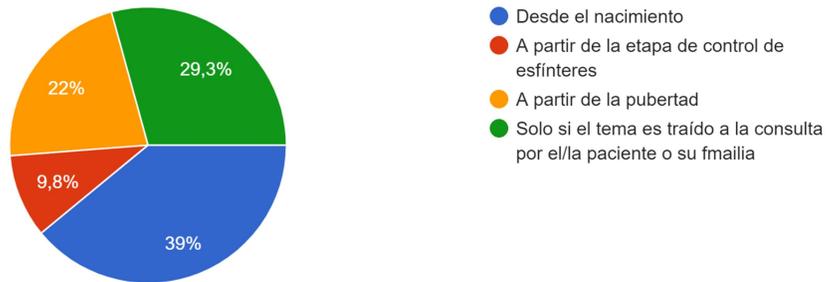
¿Cree usted que el pediatra tiene injerencia en la constitución de la identidad de género de sus pacientes?

41 respuestas

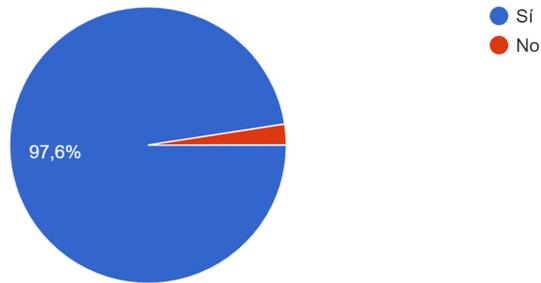


¿A partir de que edad habla con sus pacientes y las familias sobre sexualidad?

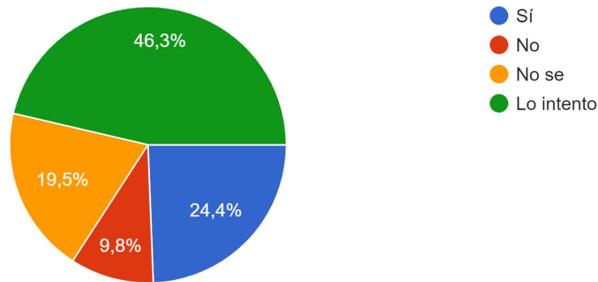
41 respuestas



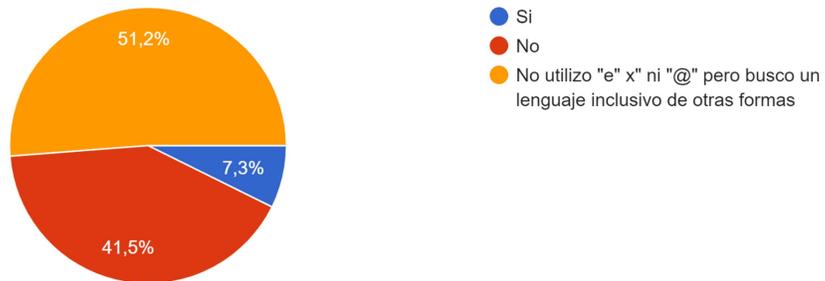
¿Siente usted que es respetuoso de la diversidad en su práctica asistencial?
41 respuestas



¿Considera que su practica profesional tiene perspectiva de género?
41 respuestas

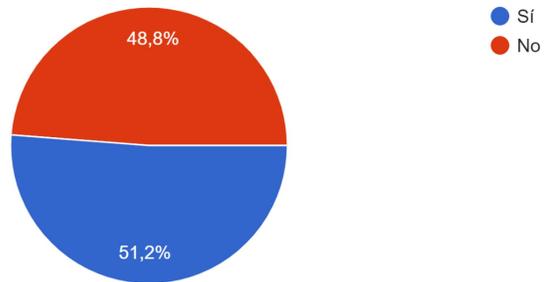


¿Utiliza el lenguaje inclusivo caracterizado por el uso de "e" "x" "@" en su practica profesional?
41 respuestas



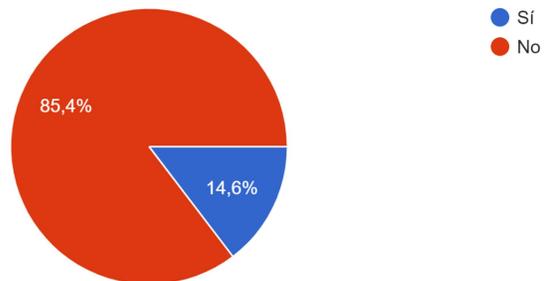
¿Se siente incomodo con los/las profesionales o pacientes que utilizan lenguaje inclusivo ("e" "x" "@") para hablar?

41 respuestas



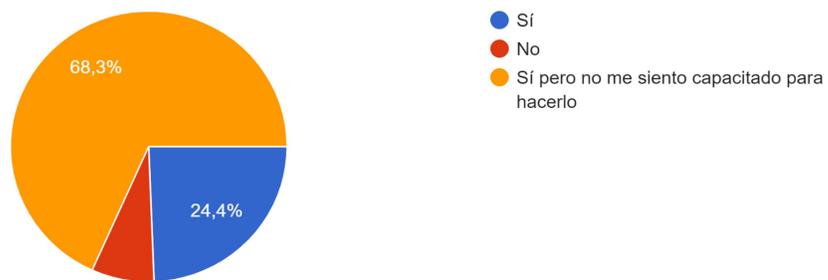
¿Cree que su género condiciona la relación con sus pacientes y su práctica asistencial?

41 respuestas



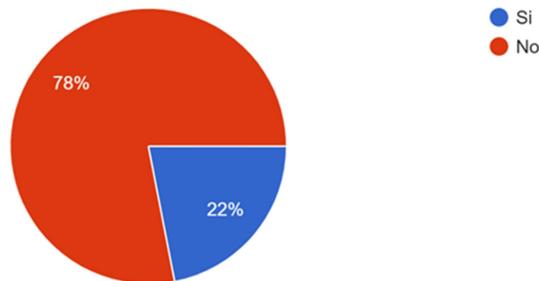
¿Estaría dispuesta/o a acompañar un cambio de género?

41 respuestas



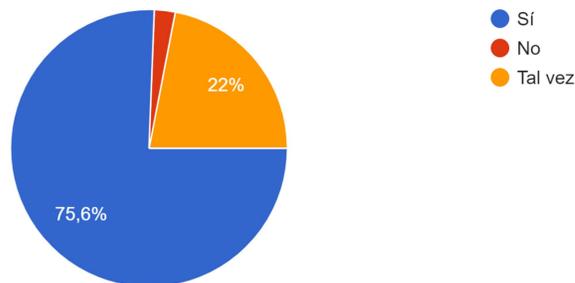
¿Ha tenido en su formación pediátrica capacitaciones sobre Educación Sexual integral?

41 respuestas



¿Le gustaría recibir formación sobre temas relacionados a género, diversidad, sexualidad y estereotipos?

41 respuestas



Análisis de los resultados de la encuesta

Pudimos observar que los pediatras tienen dificultades para diferenciar conceptos como sexo, género, identidad de género y orientación sexual.

La definición de sexualidad con la que se identificaron mayoritariamente corresponde a la definición de la OMS.

A pesar de que mayoritariamente consideran que la identidad de género no se produce espontáneamente, más de un 10% cree que está determinada por los genitales al nacer.

Un 19.5 % de los encuestados considera que la identidad de género no es significativa en el desarrollo infantil. Y solo la mitad de los encuestados cree que los pediatras tienen injerencia en la constitución de esta identidad.

Solo el 39% de los pediatras encuestados habla de sexualidad con las familias desde el nacimiento.

El uso del lenguaje inclusivo resulta incómodo para la mitad de los encuestados y solo lo utiliza el 7.3%

Un 78% de los pediatras encuestados refieren nunca haber recibido formación en ESI y un porcentaje similar refirió que le gustaría recibirla.

Conclusiones

Considerando la función preventiva, socializadora y educativa del equipo de salud en las primeras etapas de la vida y el contacto tan cercano con las familias, la falta de conocimientos teóricos sobre identidad de género, sexualidad, orientación sexual, diversidad, educación sexual integral, terminan reforzando y perpetuando un modelo de sexualidad tradicional, donde las diferencias sexuales condicionan los roles de hombres y mujeres sujetándolos a modelos sexistas, patriarcales, violentos, injustos que impiden el pleno desarrollo de la población que intentan cuidar.

Los pediatras solemos potenciar los estereotipos de género, pero podríamos jugar un papel importantísimo en su transformación. Para ello son necesarios conocimientos, habilidades y actitudes adecuadas para aplicar este enfoque en la práctica profesional. Pero no sería suficiente sin la profunda reflexión sobre la propia sexualidad y el impacto sobre la práctica profesional.

Los nuevos paradigmas en la sociedad y sus emergentes nos obligan a ampliar la mirada, revisar, investigar, y actualizarnos en búsqueda permanente de las mejores estrategias para cumplir nuestro rol con real conciencia del impacto en el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes.

Debemos pensar nuevas modalidades de intervención que promuevan un desarrollo temprano basado en los derechos de las infancias y no en función de los mandatos de los adultos. El desconocimiento del marco normativo que rige la asistencia médica y los derechos de niñas, niños y adolescentes constituye un obstáculo más en esta ampliación de mirada tan necesaria.

Para ello, es necesario incluir la perspectiva de género en cada consulta o intervenciones médicas.

Profundamente convencidas de que está sucediendo, no siempre al ritmo que la sociedad requiere, sumamos nuestra voz y nuestra experiencia en esta formación en educación sexual integral con una mirada esperanzadora de que esta transformación es posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baranchuk, Norberto S. El compromiso de las sociedades médicas con el acontecer social. *Arch. argent. pediatr.* [online]. 2008, vol.106, n.1 [citado 2022-04-09], pp.57-60. Disponible en:http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752008000100013&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0325-0075.
2. Dalia Szulik, Raúl Mercer, Carlota Ramírez y Helia Molina (2009). El enfoque de género en la niñez. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.
3. Ana Ramírez de Ocáriz Sorolla (2004) “El papel del pediatra en la educación sexual” Sexóloga y Socióloga. Centro Sexológico Emaize. Responsable de la Asesoría de Sexualidad para jóvenes del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.2004
4. Guía de trabajo sobre sexualidad, género y diversidad en el curso de la vida. Grupo de trabajo sobre sexualidad, género y diversidad en el curso de la vida. SAP
5. Isolina Riaño Galán, Inés del Río Pastoriza, María Chueca Guindulain, Sabel Gabaldón Fraile, Federico de Montalvo Jááskeläiném, Posicionamiento Técnico de la Asociación Española de Pediatría en relación con la diversidad de género en la infancia y la adolescencia: mirada ética y jurídica desde una perspectiva multidisciplinar, *Anales de Pediatría*, Volumen 89, Issue 2, 2018, Pages 123.e1-123.e6, ISSN 1695-4033, <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.02.012>.
6. MEDINA ALVA, María del Pilar et al. Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. *Rev. Perú. med. exp. salud pública* [online]. 2015, vol.32, n.3 [citado 2022-04-09], pp.565-573. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000300022&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-4634.
7. Mercer, Raúl; Szulik, Dalia; Ramirez, María Carlota Y Molina, Helia. Del derecho a la identidad al derecho a las identidades: Un acercamiento conceptual al género y el desarrollo temprano en la infancia. *Rev. chil. pediatr.* [online]. 2008, vol.79, suppl.1 [citado 2022-04-09], pp.37-45. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000700007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0370-4106. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062008000700007>.
8. Ley 25673, PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE, publicada en el Boletín Oficial del 22-nov-2002 , Número: 30032
Página: 1

9. Ley 25929, PROTECCION DEL EMBARAZO Y DEL RECIEN NACIDO, publicada en el Boletín Oficial del 21-sep-2004, Número: 30489 Página: 1
10. Ley 26061, LEY DE PROTECCION INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES, publicada en el Boletín Oficial del 26-oct-2005, Número: 30767 Página: 1
11. Ley 26657, DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD MENTAL, publicada en el Boletín Oficial del 03-dic-2010, Número: 32041 Página: 1
12. Ley 26862, REPRODUCCION MEDICAMENTE ASISTIDA PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS MEDICO-ASISTENCIALES publicada en el Boletín Oficial del 26-jun-2013, Número: 32667 Página: 1
13. Ley 22990, LEY DE SANGRE REGIMEN NORMATIVO, publicada en el Boletín Nacional del 02-Dic-1983
14. Ley 27610, ACCESO A LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO, publicada en el Boletín Oficial del 15-ene-2021, Número: 34562 Página: 3
15. Ley 26150, PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACION SEXUAL INTEGRAL ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS, DE GESTION ESTATAL Y PRIVADA, publicada en el Boletín Oficial del 24-oct-2006 Número: 31017 Página: 1
16. Ley 26485, LEY DE PROTECCION INTEGRAL A LAS MUJERES LEY PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA, publicada en el Boletín Oficial del 14-abr-2009, Número: 31632 Página: 1
17. Ley 26618, MATRIMONIO CIVIL CODIGO CIVIL, LEYES 26.413 Y 18.248 – MODIFICACION, publicada en el Boletín Oficial del 22-jul-2010, Número: 31949 Página: 1
18. Ley 26791, FEMICIDIOS, Publicada en el Boletín Oficial del 14-dic-2012, Número: 32543 Página: 1
19. Ley 26743, IDENTIDAD DE GENERO y DERECHO DE LAS PERSONAS, publicada en el Boletín Oficial del 24-may-2012, Número: 32404 Página: 2
20. Ley 27499, LEY MICAELA DE CAPACITACIÓN OBLIGATORIA EN GÉNERO PARA TODAS LAS PERSONAS QUE INTEGRAN LOS TRES PODERES DEL ESTADO, publicada en el Boletín Oficial del 10-ene-2019.
21. TAJER, Débora et al. Equidad de género en la atención de la salud en la infancia. Psicoperspectivas [online]. 2015, vol.14, n.1 [citado 2022-04-09], pp.103-113. Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242015000100010&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-6924

22. UNICEF (2018) Guía de atención con enfoque de género. Min.Des.Social. Presidencia de la Nación Argentina. Unicef. Child helpline international

EL DESAFÍO DE SER SEXÓLOGO EN LATINOAMÉRICA

Entrevista realizada por la Lic. Lucia Báez Romano a Ariel González Galeano



Psicólogo Clínico - Sexólogo. Asunción Paraguay- Master en Salud Sexual y Sexología Clínica - Máster en Sexología y Terapia de Pareja – Maestría en Psicología Clínica – Especialista en Educación Sexual y en Sexología Clínica – Especialista en Didáctica Universitaria – Especialización en Salud Pública –Gerente General de ECIS (Educación, Clínica e Investigación en Sexualidad)



Psicóloga y Sexóloga Clínica de la UBA-Mastering en Psicooncología Universidad Favaloro Seminarios en PALLIUM en cuidados paliativos -Posgrado en Fundación Familias y Pareja- Coordinadora docente y jefa de trabajos prácticos de pre y posgrados de Sexología Clínica y de Terapia Sexual, cognitiva, comportamental y sistémica de la Facultad de Medicina de la UBA.-Miembro y Ex secretaria del Capítulo de Medicina Sexual de la Sociedad Argentina de Urología. (SAU)-Miembro de la Comisión Directiva de la SASH sociedad argentina de sexualidad humana.-Psico oncóloga y sexóloga de la Unidad de Urología del Hospital de Clínicas José de San Martín de la ciudad de Bs. As. Argentina.-Docente de varios cursos de sexología clínica y psicooncología y del curso de especialización de urología, unidad andrología de la facultad de medicina de la UBA.-Integrante del staff profesional del Instituto de Psico cardiología a cargo de la Dra. Mirta Laham y autora de trabajos en jornadas realizadas sobre la psico cardiología y la sexualidad (libro compilado)-Integrante del staff del Centro Argentino de Urología (CAU) a cargo del Dr. Norberto Bernardo.-Trabajos presentados en congresos de FLASSES, WAS, SLAMS, APSA, entre otras instituciones.- Coautora de varios libros referente a los temas de sexología, sexualidad y cáncer.

-Lucía: Hola ¿Cómo están? Hace poco tuve el placer de entrevistar al reconocido Psicólogo Clínico y sexólogo Ariel González Galeano, oriundo de Asunción, Paraguay. En esa entrevista recorrimos una serie de pensamientos que lo atravesaron en sus viajes por la región latinoamericana. Conversamos sobre su inicio en el mundo de la sexología, focalizándonos en sus discusiones durante los congresos, talleres y seminarios que realizó.

-Ariel podrías explicarnos ¿Qué es la sexología como ciencia?

En general creo que la ciencia está en crisis; es muy difícil evitar mencionar el choque entre los conocimientos académicos y la necesidad humana de creer en algo más, dejó grandes espacios vacíos para muchas personas especialmente durante la cuarentena severa del Covid-19. Por un lado nos dimos cuenta los enormes avances médicos y tecnológicos que se han acumulado a lo largo de los años y que permitieron el desarrollo rápido de vacunas como respuesta a la crisis sanitaria de los diferentes países. Pero justamente debido a estas crisis sanitarias, donde lo incierto y el temor a lo desconocido avivaron los discursos de creencias más allá de las ciencias para explicar fenómenos que no podíamos comprender o que inclusive aún no comprendemos. Creo que como la “pandemia” del VIH forzó a las sociedades hablar del uso de preservativo, la pandemia del Covid-19 forzó a las sociedades a reconocer la importancia del contacto humano y poder hablar de cómo el placer sexual no sólo refuerza el sistema inmunitario, sino que además, puede hacer más felices a las personas.

Recuerdo que muchos profesionales de la salud empezaron a mencionarse a sí mismos como sexólogos, nadie cuestionó ni cuestiona sus expresiones, porque simplemente la mayoría quiere resultados independientemente del cómo, ni y del por qué.

Sabemos que la ciencia no sólo estudia una determinada área del saber humano sino que busca la metodología más adecuada para recabar información y verificarla de una manera objetiva. Muchos sexólogos hablan de la activación del mecanismo del placer desde el punto de vista neurológico y otros lo hablan desde el punto de vista de energías cósmicas de energías de la naturaleza, de energías ancestrales, de chacras, de vidas pasadas, de la crianza recibida, o simplemente de lo que más le gustó en su propia experiencia. Hay demasiada información sobre sexualidad que podríamos decir que no es académica pero que sin embargo, tiene espacios en congresos y seminarios organizados por las academias.

A mi parecer; la ciencia está en crisis. La sexología también está en crisis. Mientras más tardemos en unificar los criterios científicos del saber humano sobre sexualidad, más difícil será apartar la sexología de la *Sexosofía*. Quizás una reunión de sociedades expertas en el tema con la meta de unificar un solo currículum de formación y un solo manual de sexología es el desafío más próximo que enfrentaremos.

-Es muy interesante lo que planteas, coincido en que los sexólogos y profesionales de la salud, tenemos un desafío importantísimo para poder expresar y explicar nuestros conocimientos en mensajes coloquiales que sean entendidos por todos y todas. Para que de esa manera la información sobre la salud sexual se convierta realmente en un derecho.

-Por otra parte, alejándonos de lo que es la formación científica, me gustaría preguntarte si para vos la religión impone una “sexualidad alejada del placer”.

Hoy en día creo que hay tantas religiones como seres humanos en el planeta. En mi caso nací en una familia católica apostólica romana y vivo en una sociedad absolutamente influenciada por la Iglesia Católica. Sé que en Latinoamérica existen otras religiones; sé que nuestros pueblos originarios tienen un sistema de creencias alejado de la Iglesia Católica.

De una u otra manera, independientemente de la religión, los líderes religiosos terminan dictando la forma en que las personas deben vivir su sexualidad.

Quizás el concepto de placer es muy temido por las religiones debido a la mezcla de la conciencia con ese “instinto animal” que moviliza comportamientos y vínculos entre las personas con un solo fin: disfrutar.

Estoy seguro que más de un lector oyente habrá visto en la televisión, en las redes sociales o en los periódicos; la historia de vida de algún grandilocuente religioso, que cuenta sus experiencias de vida, entre ellas la de sexo desenfrenado, grupal, mezclado con drogas, y todo un sinfín de posibilidades de ampliación del placer; para que actualmente, no solamente diga que fue una vida pasada, “entre las sombras”, sino como algo que ya no volverá a repetir, porque “ya sabe” que es algo “malo”. Exigiendo y martirizando a otros para que vivan la vida como esa persona decidió vivirla.

Lo peor de estos líderes religiosos, no es sólo que satanizan las relaciones sexuales fuera de un matrimonio, sino que critican, discriminan y violentan a toda persona diferente al discurso que proponen, y detrás de ellos, sus fieles seguidores.

¿Hasta cuándo el miedo al placer será lo que promocionan, no? Cualquier persona tiene derecho a creer en lo que quiere creer y cualquier persona tiene derecho a hacer lo que quiera hacer, siempre y cuando no vulnere la creencia o acción de otra persona, ni dañe a los demás.

Mientras los gremios de sexología, no incluyan entre sus programas de formación, cómo trabajar la educación sexual o la sexología clínica, en medio de sociedades tan religiosas como las latinoamericanas, ejercer plenamente la profesión sexológica en nuestra región, seguirá siendo un desafío que se atraviesa, con mucho esfuerzo.

-Sí, creo que siguiendo tu línea de plantear desafíos, deberíamos hacer como un “análisis antropológico” de alguna manera ¿no? Pensando en los puntos de vista entre religiones, o creyentes individuales partiendo de la base del por qué “se demoniza” tanto al sexo, o se lo ve más bien, quizás, como un enemigo, cuando desde la ciencia entendemos que forma parte de nuestra biología. Creo que coincidimos en que en estos casos las expresiones y/o costumbres dependen de cada “civilización” o cultura. Ya que sabemos que la reproducción biológica generalmente dentro de prácticas más ortodoxas sólo son aceptadas cuando hay un matrimonio de por medio, por dar un ejemplo. Creo que es súper importante plantearnos el desafío de implantar o instaurar la Educación Sexual Integral.

-Ahora, pidiéndote un consejo para todos los que se estén planteando esta incógnita ¿Qué preferís, una Formación de Grado o una Formación de Post-Grado?

Bueno, recuerdo haber tenido conversaciones sobre la formación de grado en sexología en México, República Dominicana, Colombia y Uruguay. Siempre me cuestioné si para nuestra región desarrollar un grado en sexología es lo más conveniente; o si inicialmente, deberíamos reforzar la sexología como una sub especialidad.

Personalmente creo que el manejo debería ser desde la sexología como sub- especialidad.

En Paraguay por ejemplo, la ley de salud mental se aprobó en este 2022, la ley del ejercicio de la Psicología ni siquiera tiene cinco años, así que imagínense una ciencia de varias décadas que formalmente empieza en 1879 con la creación del primer laboratorio de Psicología, se formaliza tan sólo hace unos años en mi país. La primera promoción de psicólogos paraguayos egresó en la década del 60 del siglo pasado y se requirió más de 50 años para el respeto de la Psicología como ciencia por parte del Estado paraguayo.

El primer congreso latinoamericano de sexología se realizó en Asunción Paraguay en 1982, desde entonces, no se ha vuelto a realizar un congreso latinoamericano de sexología en Asunción. Creo que establecer la sexología como sub-especialidad, permitirá no sólo que se pueda realizar más programas de capacitación, más atenciones clínicas y más investigaciones; sino que además permitirá el respeto de otras áreas del conocimiento y de otras profesiones para con la sexología.

Sé que Uruguay es el que tiene más trayectoria histórica en Sexología, y unos cuantos países poseen programas de posgrado en sexología, tanto desde universidades como desde gremios sexológicos. En todos los casos, al menos en Latinoamérica, se requiere mínimamente un título de nivel medio o técnico para acceder a los cursos de formación en sexología.

Creo que deberían pasar una o dos generaciones de más profesionales con posgrados en Sexología, para que entonces nos cuestionemos si seguimos por ese mismo camino o si creamos un grado en Sexología. Cada país deberá seguir su propio ritmo, pero me animo a decir, que actualmente para Latinoamérica y debido a los diferentes desafíos en común que tenemos, la Sexología deberá seguir siendo una sub-especialidad que se vaya consolidando gremialmente y socialmente.

Me das el pie para preguntarte ¿Qué opinás sobre las Asociaciones Gremiales en el ámbito de la salud?

Me han invitado a formar parte de diferentes gremios focalizados en salud sexual, en salud reproductiva y en Sexología. A muchos yo mismo había pensado en solicitar mi adherencia como miembro y a muchos agradecí, pero dije que no.

Creo que como cualquier grupo social, los sistemas jerárquicos se imponen, ya sea por quién tiene más experiencia, más títulos, más poder adquisitivo o simplemente más volumen en su voz al conversar.

He estado en diferentes asambleas de diferentes sociedades: nacionales, latinoamericanas y mundiales. El manejo político es todo un arte. En más de una ocasión, me han dicho “no cuestiones su trabajo”, son “grupos poderosos”, “si te enfrentas vas a perder”. Lo genial de haber empezado tan joven, es que aún conservaba la rebeldía iniciada en la adolescencia, creo que disfrutaba mucho de discutirme con personas que simplemente me miraban por encima de sus hombros.

A muchos los admiraba desde hacía años. Hoy en día admiro a algunos cuantos, a otros los considero grandes amigos y a otros miro como la esperanza para la Sexología en Latinoamérica. Creo que el desafío de las asociaciones gremiales es seguir creciendo, diversificándose y permitiendo el desarrollo y el avance de nuevas ideas. Las asociaciones deberían estar no sólo para reconocer o para felicitar, o dar estatus a los miembros de las sociedades. Sino que también debería ser para realizar aportes a la región, a su sociedad y sobre todo a la sexología como ciencia educativa, investigativa y clínica. De lo contrario se puede convertir en un espacio solo de “autobombos”.

-Me parece importantísimo esto que planteas sobre las jerarquías dentro del ámbito de la salud ya que coincido en que los aportes de nuestras investigaciones, y la de nuestros colegas, deberían estar más “expuestas” por así decirlo, para que la sociedad, como bien decís, pueda acceder, preguntar e informarse sobre cualquier inquietud que les surja.

Ariel, introduciendo un poco sobre lo que hablamos acerca del desarrollo de cada profesional, ahora me gustaría preguntarte qué opinas sobre la experiencia versus la certificación.

En el campo de la sexología, a menudo se plantea el debate entre la experiencia y la certificación. Algunos argumentan que la experiencia práctica y el conocimiento adquirido a lo largo de los años son más valiosos que las certificaciones formales. Sin embargo, otros defienden la importancia de obtener una certificación académica para respaldar los conocimientos y habilidades en sexología.

Es cierto que la experiencia puede brindar una perspectiva única y una comprensión profunda de las diversas problemáticas sexuales que enfrentan las personas. Los sexólogos con una larga trayectoria clínica pueden haber desarrollado habilidades de escucha, empatía y estrategias de intervención efectivas. Su experiencia práctica les permite abordar de manera más eficiente las necesidades y preocupaciones de sus pacientes.

Por otro lado, la certificación académica ofrece una base sólida de conocimientos teóricos y habilidades clínicas fundamentales en sexología. Los programas de formación formal brindan una estructura sistemática para adquirir conocimientos actualizados y desarrollar habilidades de evaluación, diagnóstico y tratamiento. La certificación también otorga reconocimiento profesional y brinda confianza tanto a los sexólogos como a sus pacientes.

En última instancia, la combinación de experiencia y certificación es lo ideal en el campo de la sexología. La experiencia práctica complementada con una sólida formación académica puede brindar a los sexólogos las herramientas necesarias para abordar de manera integral las cuestiones sexuales. La experiencia les permite adaptarse a las necesidades individuales de los pacientes, mientras que la certificación garantiza una base sólida de conocimientos y la adhesión a estándares éticos y profesionales.

-Opino lo mismo, ya que las herramientas que nos ofrece la experiencia avalan nuestras certificaciones ¿no? Y me parece muy interesante lo que planteas sobre las habilidades de escucha y empatía que son pilares esenciales dentro de nuestro ámbito profesional.

-Ahora, alejándonos un poco, pero no tanto porque todo va de la mano, quería consultarte tu opinión sobre las economías “frágiles” de nuestros países, es decir, cómo crees que esto influye a la hora de plantearnos nuevos desafíos.

En América Latina, nos enfrentamos a desafíos económicos y sociales que afectan directamente la práctica de la sexología. Muchos de nuestros países atraviesan situaciones de fragilidad económica, con altos niveles de pobreza y desigualdad. Estas condiciones socioeconómicas pueden tener un impacto significativo en la salud sexual y el acceso a la educación sexual en la región.

La falta de recursos económicos y la escasez de programas de salud sexual dificultan el acceso de la población a servicios sexológicos. Muchas personas no pueden permitirse pagar consultas privadas y dependen de los servicios de salud pública, que a menudo no cuentan con profesionales especializados en sexología. Además, la falta de inversión en programas de educación sexual limita el acceso a información precisa y actualizada sobre sexualidad.

La fragilidad económica también puede aumentar la vulnerabilidad a situaciones de explotación sexual, trata de personas y violencia de género. La falta de oportunidades económicas y el acceso limitado a recursos pueden llevar a situaciones en las que las personas se ven obligadas a tomar decisiones sexuales que ponen en riesgo su bienestar.

Es fundamental abordar estas problemáticas desde una perspectiva integral y multidisciplinaria. Es necesario invertir en programas de salud sexual y educación sexual accesibles para todos, especialmente para aquellos en situaciones de vulnerabilidad económica. Además, se deben promover políticas que fomenten el desarrollo económico y la reducción de la desigualdad, lo cual contribuirá a mejorar la salud sexual y el bienestar en la región.

-Totalmente de acuerdo. A mi criterio creo que este es el mayor desafío que tenemos como sexólogos. Plantar la semilla desde nuestro lugar de profesionales de la salud, para que estos programas que mencionas se hagan realidad, y se lleven a cabo como corresponde para poder abordar las problemáticas socio-culturales. Y aprovecho ahora para llevarte ahí ¿Qué es para vos la sensibilidad cultural y cómo nos impacta?

La sensibilidad cultural es un aspecto crucial en la práctica de la sexología. América Latina es una región diversa, con una gran variedad de culturas, tradiciones y creencias. Es fundamental que los sexólogos reconozcan y respeten esta diversidad cultural al abordar cuestiones relacionadas con la sexualidad.

Cada cultura tiene su propia concepción de la sexualidad, normas sociales y valores que influyen en las actitudes y comportamientos sexuales. Los sexólogos deben ser conscientes de estas diferencias y evitar imponer sus propios valores culturales en su práctica. Es

importante adoptar un enfoque culturalmente sensible, adaptando las intervenciones y estrategias a las necesidades y creencias de cada individuo y comunidad.

La sensibilidad cultural implica comprender y respetar la diversidad de identidades de género y orientaciones sexuales presentes en nuestra región. Es esencial que los sexólogos estén actualizados sobre los avances en los derechos humanos y la lucha contra la discriminación basada en la orientación sexual o identidad de género. Esto les permitirá brindar un apoyo adecuado a las personas LGBTQ+ y abogar por su bienestar sexual y mental.

La sensibilidad cultural también implica trabajar en colaboración con otros profesionales y líderes comunitarios para abordar cuestiones sexuales desde una perspectiva integradora y respetuosa. Promover el diálogo intercultural y la educación sexual inclusiva contribuirá a un enfoque más efectivo y equitativo de la sexología en nuestra región.

-Cambiando de tema, pero uniéndolo también con lo que es la cultura ¿Podrías contarnos un poco sobre tu opinión sobre la desigualdad de género haciendo referencia a nuestra profesión?

La desigualdad de género, el patriarcado y la violencia de género son fenómenos sociales que afectan a todas las áreas de la vida, incluida la profesión de la Sexología. Estos factores pueden tener un impacto significativo en la forma en que los profesionales abordan y tratan los problemas relacionados con la sexualidad y el género.

-Es interesante este punto ¿Podrías expandirte un poco más?

Si, obvio, en primer lugar, la desigualdad de género puede influir en la forma en que se perciben y tratan los problemas sexuales y de género. Las normas sociales y culturales que perpetúan la desigualdad de género pueden llevar a la estigmatización y discriminación de ciertos grupos o identidades sexuales. Esto puede dificultar que las personas busquen ayuda y apoyo para abordar sus problemas sexuales o de género, lo que a su vez puede afectar la calidad de la atención que reciben.

Además, el patriarcado, como sistema de poder y dominación basado en la supremacía masculina, puede influir en la forma en que se abordan los problemas sexuales y de género.

Los roles de género tradicionales y las expectativas sociales pueden limitar la expresión de la sexualidad y dificultar la exploración y el desarrollo saludable de la identidad sexual. Los profesionales de la Sexología deben ser conscientes de estas dinámicas y trabajar para desafiar y superar los estereotipos de género y las normas restrictivas.

-¿Tenés alguna opinión sobre la violencia de género dentro de nuestra profesión?

La violencia de género también puede tener un impacto significativo en la profesión de la Sexología. Las personas que han experimentado violencia de género pueden presentar una serie de problemas sexuales y de relación, como disfunciones sexuales, trastornos de estrés postraumático y dificultades para establecer relaciones saludables. Los profesionales deben estar capacitados para abordar estos problemas de manera sensible y comprensiva, brindando un espacio seguro para que las personas afectadas puedan hablar sobre sus experiencias y buscar apoyo.

La desigualdad de género, el patriarcado y la violencia de género pueden influir en la profesión de la Sexología al afectar la forma en que se perciben y tratan los problemas sexuales y de género. Los profesionales deben ser conscientes de estas dinámicas y trabajar para desafiar los estereotipos de género, promover la igualdad y brindar un apoyo adecuado a las personas afectadas por la violencia de género.

-Última pregunta y la más personal ¿El sol brilla para todos los sexólogos?

Independientemente de la ubicación geográfica, el contexto cultural o los recursos disponibles, el sol brilla para todos los sexólogos comprometidos con su labor. La sexología es una disciplina en constante evolución y ofrece oportunidades para el crecimiento profesional y personal en cualquier lugar del mundo.

Aunque algunos países pueden tener más recursos o una mayor aceptación de la sexología, los sexólogos están presentes en todas las comunidades, grandes o pequeñas.

Su labor es fundamental para promover una sexualidad saludable, brindar apoyo a las personas y contribuir al bienestar sexual en general. Los sexólogos enfrentan desafíos comunes, como la estigmatización, la falta de recursos y la resistencia cultural. Sin embargo,

su pasión por el trabajo, su compromiso con la educación y el apoyo a las personas les permite superar estas barreras y marcar la diferencia en las vidas de sus pacientes.

Es importante recordar que, independientemente de las dificultades, el trabajo en sexología es significativo y gratificante. Los sexólogos tienen la capacidad de impactar positivamente en la vida sexual y emocional de las personas, ayudándoles a vivir relaciones más saludables y satisfactorias.

La experiencia y la certificación, las economías frágiles, la sensibilidad cultural y los desafíos específicos de cada país no limitan la importancia y el impacto del trabajo de los sexólogos. Su labor es valiosa en todas las circunstancias, y su compromiso con la educación, el apoyo y la promoción de la salud sexual es fundamental para el bienestar de las personas y las comunidades en las que trabajan.

-Agradecemos a Ariel González Galeano, Psicólogo Clínico y sexólogo por el tiempo que nos ha brindado, su sabiduría, experiencia y compromiso con el mundo de la salud sexual.

Les compartimos sus datos por si quieren contactarlo. Pueden seguirlo en sus redes de Instagram donde sube información interesante [@ariel.gonzalezgaleano](#) o también pueden escribirle por email a ariel.gzg@gmail.com o ariel@ecisweb.com

Nos leemos en la próxima entrevista. Saludos



MEDALLA DE ORO DE WAS 2023

**ASOCIACIÓN MUNDIAL PARA LA SALUD
SEXUAL**

CRISTINA TANIA FRIDMAN

REFLEXIONES

Pensando la “Argentinidad al palo”, tengo que llegar a la conclusión que soy la primera mujer argentina que recibe esta medalla mundialmente dorada en un campo tan extremo como es la sexualidad. Y suele suceder que los argentinos/as siempre nos destacamos, muchas veces gracias a la mirada de los extranjeros.

Si decido ponerme más extrema, tengo que decir que morir nos moriremos todos. Pero quizás no sea lo mismo obtener el reconocimiento enfático de labor cumplida, y además enterarme en vida.

Estas medallas tienen un simbolismo que excede el color del adorno, o el material del mismo. Son intentos de recordar que trabajar por otros y para otros de manera significativa y valiosa en todos los terrenos que consideren válidos los colegas coetáneos, dado que es una medalla de pares, de colegas, de integrantes de un campo de saberes, es una señal – precisamente no del destino – sino de la ruta que hacemos en la vida, en cada una de nuestras vidas, y recordar que somos con el otro, y en este caso, la WAS Asociación Mundial para la Salud Sexual, es la titular que me ha seleccionado y galardonado.

Ser Medalla de Oro siendo de América del Sur no es lo mismo que ser medalla del Norte de América, Europa, África, Asia u Oceanía o vaya uno a saber siendo mujer y los contextos marcadores, que se siente. Desde su creación en 1995 recibieron estos premios 20 mujeres de las cuales 5 son Latinoamericanas.

Las medallas de alguna forma son parte de una narración de una historia, en este caso, no solo personal, sino de derrotero institucional, de labores, de guiones, de propósitos, de rumbos, de éxitos, competencias y también fracasos. Demuestran los intereses de época y algunos de sus representantes.

Ganar una medalla de oro, a veces es como volver a tener 4 o 5 años y sacar la sortija por vez primera mientras la calesita o el carrusel del barrio da vueltas. Ese dedo que enganchó esa llave para dar nuevamente otra vuelta más y gratis, ensancha la boca y con suerte todos los dientes se enfilan en una sonrisa símil “felicidad”.

Esa sensación es tan breve, pero inolvidable.

Pero volviendo un poco para atrás revisemos algo de la historia y los contextos.

Lo primero que se me ocurre al recibir la medalla de oro, es morderla para ver si realmente los cuentos tenían razón. E instantes después comprobando su inexactitud al menos “material” quedarme con el resplandor del dorado que es muy sugestivo y despierta enormes curiosidades dentro del campo de estudio y también fuera del mismo.

Es notable la cantidad y calidad de sucesos a cuenta de ser seleccionada.

EL DEVENIR

Como jinetes desbocados los recuerdos se agolpan en mi memoria y no respetan orden ninguno. Si rememoro los tiempos de dictadura militar, allí mismo donde comenzamos en Argentina a trabajar en Sexualidad, ese presente era tan oscuro, y lleno de amenazas reales. A las 2 o 3 de la madrugada comenzaban en teléfono de línea las advertencias de bomba en los domicilios particulares de los profesionales donde se dictaban los cursos de sexología y educación sexual, así como también las intimidaciones que nuestros hijos podrían sufrir a causa del ejercicio docente y asistencial de la rama elegida. (De hecho hubo atentados en instituciones relacionadas con CETIS, Centro de Educación Terapia e Investigación en Sexualidad tal como el que sufrió la Asociación Argentina de Protección Familiar AAPF).

El Estado Argentino en dicho período consideraba que la Argentina estaba despoblada y asentir a las políticas de regulación de la natalidad y la llamada contracepción obstaculizaría la defensa del territorio nacional y el potenciamiento de un desarrollo económico. (Argentina tenía asignación familiar por familia numerosa y existía premiación a partir del 3er hijo). De ahí que nuestro Centro -que trabajaba en la sexualidad básicamente no ligada a la reproducción- padecía cimbronazos por lectura próxima. Es más a partir de 1974 y con medidas concretas se obstaculizó a las parejas que deseaban regular su fecundidad.

De algún modo Buenos Aires, era extraña o especial en América Latina, las mujeres iniciaban sus prácticas anticonceptivas antes del primer embarazo (cerca de un 40%) y existía un movimiento interesante de renovación de roles y relaciones de género. Se notaban ciertos sesgos en los modelos familiares heredados y también en las pautas de moral sexual que adoptaban en la práctica las nuevas generaciones de mujeres.

Recordemos que el desarrollo del psicoanálisis contribuyó a modificar expectativas y realizar ciertos cambios y la industria cultural a pesar de la censura introducía cuñas estratégicas de información que se traducían en lentas modificaciones. Anticonceptivos, dispositivos intrauterinos y preservativos circulaban en hospitales públicos, instituciones privadas y centros particulares.

La lógica binaria seguía siendo relevante y si bien se advertía el factor social el cual se comenzaba a igualar en proporción semejante a la biología, en la sociedad y en determinados círculos religiosos y hasta algunos académicos- ver la homosexualidad que ya antiguamente inhabilitaba para ser en los comienzos psicoanalista- abría puertas para visualizarla como una dolencia con posible solución (recordar las terapias de reconversión) promocionando una generosa actitud comprensiva. Igualmente pocos puestos de trabajo podían ser ocupados por estas personas que torcían la fuerza de la masculinidad. (en1973 la APA retira la homosexualidad del manual de enfermedades mentales).

Políticas impulsadas restrictivas a la iniciativa de planificación familiar trajeron consecuencias no solo en embarazos no deseados, mala praxis en aborto fuera de condiciones seguras, aumento de la mortalidad, sino que afectaron el ejercicio de la sexualidad en

aquellas parejas, que en las clases medias, específicamente deseaban liberarse del binomio obligatorio sexualidad – reproducción. Ni mencionar las clases sociales más pobres. Allí el abismo era más profundo.

La biología era fundante en las explicaciones relacionadas con la salud /enfermedad, en una trilogía de sexualidad, anticoncepción y aborto, De a poco fuimos incorporando a los comunicadores, periodistas a capacitarse y también se sumaron psicólogos, sociólogos y asistentes sociales, Podríamos hablar de ciertos tiempos con ritmos variados.

EDUCANDO

En Educación sexual eran famosos los modelos (tradicional, sanitarista, erótico, mecanicista, patológico. Integrativo) que combinaban los placeres privados y las políticas públicas, dado que un mundo de pluralidades conlleva básicamente muchos asuntos difíciles. Había una gran interpretación acerca de las características de una sociedad sexualmente sana (SIECUS). Esa sexualidad histórica y personal imbuida en procesos inconscientes y culturales daba frutos variados. Por otra parte afirmamos que la sexualidad como proceso histórico, social y psíquico incesante comprende relaciones de conformidad y conflicto permanentes.

CETIS su forma jurídica era una SRL porque en tiempos de dictadura militar era imposible abrir una sociedad científica dedicada a estudiar la problemática sexual, por ello después se crea la SASH Sociedad Argentina de Sexualidad Humana. Al principio se comenzaron dictando talleres de enriquecimiento sexual al cual concurría público y colegas médicos. En esos años se hicieron 50 talleres que medían el grado de información sexual de la población y la capacidad de comunicación de los expertos en CETIS.

En CETIS comenzamos a capacitar profesionales en sexología clínica y luego en educación sexual actualizando conocimientos biomédicos y reformulando la atención de problemáticas de parejas, con acercamiento a temas de placer y fisurando restricciones al modelo hegemónico heterosexual. Los programas de educación sexual no podían enunciar para ser aprobados fuera de los centros de aplicación si mencionaban palabras como Homosexualidad, y si bien se trataban dichos temas, se los enunciaba bajo el mote de Minorías sexuales. Tampoco se hablaba de Aborto. Se trabajaba con la idea de la planificación familiar, pero esa palabra se trataba de que no figurara en los programas *para ser aprobados* con puntaje en contextos del afuera de políticas públicas de gobiernos provinciales.

La formación en CETIS fue de excelencia, exigente y completa, pluridisciplinaria en su enfoque amplio y generoso de la sexualidad, incluía trabajo corporal, clases vivenciales, monografías con entrevistas presenciales y por video; tuvo alto impacto y atrajo a estudiantes de Latinoamericana que vinieron a capacitarse a nuestra sede.

Recuperada la democracia en 1983 comienza más decididamente la lucha de los derechos reproductivos en nombre de los derechos humanos. En 1982 el estallido del SIDA va a provocar grandes cambios en las relaciones sexuales y se estigmatizan poblaciones como culpables y el terror invade al contagio posible desde todos los ángulos imaginables. Fue un antes y un después.

INVESTIGANDO

Rememoro los trabajos que realizamos con la población homosexual, en particular con la CHA (Comunidad Homosexual Argentina) 1988 (en ese entonces el SIDA era fatal y no tenía rasgos de enfermedad crónica o sostenible), con Maternidad en relación con prácticas de alto

riesgo por HIV en Ciudad de Bs. As. en 1990 y con la población de trabajadoras sexuales empoderando la necesidad del uso del preservativo sí o sí y su posible accionar como agentes de salud en 1990-1992; "Las diosas en el imaginario antiguo y actual, Afroditas y Madonnas" en 1992.

"Sexo y comunicación de los adolescentes argentinos". Año 1993. Ciudad de Buenos Aires Estudio de 5000 casos. La encuesta tenía muchísimos interrogantes, los chicos debían definir que era la primera vez, y había una pregunta sobre autoerotismo, y cuando las jóvenes mujeres completaban la encuesta, tachaban ese ítem como inapropiado al género, solo adscripto a los varones.

Los resultados de este trabajo se aplicaron en distintas escuelas secundarias de la Provincia de Buenos Aires y Capital Federal. La adolescencia fue objeto de varias investigaciones base de planes pilotos de educación sexual en Provincia de Buenos Aires. (Pergamino).

También fue desafiante estudiar el uso del sexo oral entre adolescentes de la ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense en los años 2008/2009.

Fueron notables los trabajos de investigación sobre Sexualidad y Droga-dependencia (1998)

Una de las investigaciones más cautivantes fue dirigir "Significados, vivencias y representaciones de la sexualidad infantil. ¿Cómo se hacen los bebés? Permanencia y cambios de los significados que aportan los adultos en el proceso de explicación. Detección de puntos críticos relacionados con la implementación de la educación sexual a nivel escolar. Facultad de Psicología y Relaciones Humanas. Carrera Psicología. Asignatura Sexualidad y Salud. 5to año. Duración en años 2008/2010- 2011-2013 Historias de vida

Los asuntos de la sexualidad son inevitablemente políticos. Desconocerlo y no revisar incluso su base económica es ser falible en su análisis.

DIFUNDIENDO

En radio empezamos muy temprano, recuerdo la investigación de "La participación social y la divulgación de conocimientos sobre sexualidad mediante la radio. Un caso: "Sexualidad y pareja" en 1985/86.

No puedo dejar de mencionar la satisfacción y la emoción de dirigir y coordinar el primer encuentro de Comunicadores Sociales de radio, televisión, cable, prensa escrita sobre Sida. Ciudad de Buenos Aires, 1991, diciembre. Fue abracadabrante, que vinieran a CETIS los principales Medios. El SIDA era desconocido y fue el gran revelador fotográfico y operador que visualizó la sexualidad de la sociedad. El comienzo # del habla pública del sexo #- Se les regalaba cuadernillos a los Medios con vocabularios apropiados tipo glosarios, para comunicar. Los periodistas estaban aterrados, no tenían idea cómo abordar el tema, había un *bias* policíaco de búsqueda de culpables.

Me da grato sabor recordar las columnas de la revista 13/20 donde integrando el equipo de CETIS trabajamos con adolescentes en educación sexual a través de "el sexo es salud". También merecen renglón aparte las audiciones de radio en AM y FM en distintas emisoras, (Radio Belgrano: Splendid Talk Radio LA 990, y varias más) donde llegamos a tener una audiencia importante a nivel nacional porque la programación tenía la función de informar e interpelar e incluso comprendía concursos escritos de cartas a los genitales que llegaban

manuscritas a la dirección de la radio y eran parte de concursos con premios variados. Los programas tenían alta calidad de producción y difusión y el público seguidor los grababa. “Sexualogos o diálogos sobre sexo”, emisión diaria de 2 horas en AM, mi preferido.

ENSEÑANDO SEXUALIDAD A DISTANCIA, UN IMPOSIBLE CUMPLIDO.

Los cursos a distancia, tanto de educadores en sexualidad, como en sexología clínica y también para personas que trabajan en discapacidad, constituyeron pilares indiscutibles de calidad y avance en la calificación de los recursos humanos que trabajaban con los distintos estamentos societarios en distintas latitudes de nuestro país y del extranjero. Se procuraba ofrecer instrumentos de discernimiento para un mundo en plena metamorfosis y establecer una representación de lo deseable y el cuestionamiento de lo “normal” según rezaba W. Pomeroy en sus criterios del campo.

El curso de CETIS de educación sexual para personas que trabajan en discapacidad que codirigí con el Dr. Federico POSSE y con DR León Roberto GINDIN obtuvo el premio Premio WAS (World Association for Sexual Health) a la Excelencia e Innovación en Educación- 2009-

RELIGIONES / SEXUALIDADES / MOVIMIENTOS

Las estrategias de comunicación entre las diferentes iglesias y sus fieles en nuestro país lejos de perder protagonismo, influyeron en la implementación tanto en el terreno de la legislación como de la práctica de los derechos humanos en particular de los derechos sexuales.(cómo no recordar el almanaque, el termómetro, el moco cervical y la abstinencia). Grupos de presión en los medios de prensa, y más tarde redes sociales y sitios web dan cuenta de ello en particular del movimiento feminista, y LGTBIQ y en temas de aborto, matrimonio igualitario, hetero-normatividad, abuso, violencia y otros, coexistiendo con el nacimiento de nuevas formas de denominación de identidades ciudadanas.

LAS UNIVERSIDADES -OTRA PASIÓN DE ACCESO-

Las universidades y el desarrollo de las asignaturas de Sexualidad y Salud y con otros nombres han contribuido a integrar los currículos profesionales de estudiantes de psicología en particular y algunos casos de medicina, asistencia social, periodismo, y otras disciplinas. Fue y sigue siendo una tarea de largo alcance y rendición de frutos. De todas formas, lejos está la uniformidad de las formaciones y también de la interpretación unívoca de la disciplina. También no escapa al campo las discusiones de trabajo sobre metodología de “sexología basada en la evidencia” versus “sexología basada en la experiencia”. También es relevante nominar las discusiones referidas a la medicalización de la especialidad y la incorporación de las perspectivas de género en las intervenciones. La rapidez de los cambios ayudó a comprender nuevas Weltanschauung. *El contrato de enseñanza aprendizaje es francamente maravilloso, en mi vida, constituye una de las mejores experiencias. Sembrar y cosechar.*

Muchos se han acercado al terreno amplio y diverso de las sexualidades. Algunos como verdaderos interesados en la construcción del saber, o de los saberes, y otros tratando de poner “coto” a los campos de desarrollo, reservando los derechos de autoría a producciones

demarcadas a ciertos espacios considerados como válidos. Tensiones y discusiones no están ausentes. Cronometrías del goce, obligatoriedad del placer, el indulto a poblaciones sexuales otrora desterradas, el perdón a los asexuales, el olvido de cuestionar marcos de teoría sexual, los usos sexuales post pandemia, los futuros de las sexualidades.

LAS PLURINACIONES EN SEXUALIDAD, MODELOS DE PENSAMIENTO PLURAL Y DIVERSO.

Creo que el trabajo institucional es básico para el aporte social y constituye un pilar con peso específico a la hora de los reconocimientos.

Las instituciones plurinacionales han contribuido y contribuyen enormemente al desarrollo de la sexualidad y de la salud sexual en el más amplio sentido del término. Van modificando campos de acción, membresías, formas de inclusión, nominaciones de las instituciones WAS (Asociación Mundial de sexología, actual Asociación mundial para la salud sexual – que desde 1978 promueve la salud y los derechos sexuales, e incorpora la justicia sexual y el placer sexual en los últimos períodos y siendo una membresía profesional incluye profesionales de la salud, educadores y activistas). Participo, trabajé intensamente desde el año 2010 a la fecha en múltiples áreas de la misma.

FLASSES (Federación Latinoamericana de Sociedades de sexología y educación sexual) un gran amor de mi vida, placer de ser Secretaria General y contribuir fuertemente a su crecimiento y difusión, con 42 boletines mensuales para toda América Latina. Ser miembro histórico y presente de múltiples comisiones de acreditación, ética, nomenclatura.

FLASSES funcionando desde 1980 va ampliando su campo de acción e incluye a España y Portugal. El trabajo desplegado por la federación es muy interesante, e hizo hincapié en cuestiones de nomenclatura sexología, en manuales de ética, en consensos acerca de acreditaciones de sexólogos clínicos y educadores sexuales, incorpora en estos últimos periodos a acreditaciones de cursos y pos grados versionando la mejora de calidad. También pionera en el campo de los derechos sexuales, activa una base interesante de propuestas en sociedades con altas demandas de educación sexual y atención diversa. No exento de discusiones teóricas en modelos de inteligibilidad de la sexualidad como estímulo – respuesta u otras incorporaciones de contextos y substratos culturales que modifican sustancialmente las biografías sexuales.

SLAMS (Sociedad Latinoamericana de Medicina Sexual) y AISM Academia Internacional de Sexología Médica son otras tantas organizaciones que trabajan con objetivos concretos en pos de una versión actualizada de la medicina y la salud sexual, también objeto de intervención en conferencias y otros eventos.

SEXUALIDADES en SOCIEDADES NACIONALES

En el campo nacional SASH Sociedad Argentina de Sexualidad humana, (1982) deseo destacar la inclusión de mi trabajo desde el nacimiento de la Sociedad a la fecha, en su vice-dirección, múltiples comisiones, representaciones, cursos, y demás líneas de trabajo, en particular publicaciones, artículos, página web, días mundiales de la salud sexual y especialmente la coordinación de su revista.

Escapa a la extensión de esta carta la nominación completa y relevante de las diferentes sociedades que trabajan la sexualidad en Argentina. Todas ellas hacen a la labor colectiva e ineludible a la hora de hacer cuentas del estado de arte de la Sexualidad en el País. Cabe destacar a FESEA Federación Sexológica Argentina, (1999) el Instituto Kinsey de Sexología de Rosario (1983) ARESS Asociación Rosarina de Educación Sexual y Sexología (1976) AASES Argentina, ASEL Asociación Sexología del Litoral, AAP; APSA Asociación de Psiquiatras de Argentina (capítulo de sexología y diversidad) CEPAS (Mendoza- Sash Mendoza) Sash Misiones, AMISEX (Asociación Mediterránea de sexología; *y sigue el listado.*

En muchas de estas sociedades y asociaciones he seguido su accionar y he colaborado con las mismas.

PUBLICANDO Y ESCRIBIENDO SEXUALIDAD, PREMIACIONES

Escribir artículos en sexualidad es una tarea constante de interrogación y cambios, aprendizajes, lecturas, y síntesis siempre precarias en su duración, buenos ejercicios de observación de crisis, innovaciones de todo tipo que ofrecen modelos diferentes a relatar. He escrito Libros y muchas publicaciones a lo largo de mi vida profesional.

En este último Congreso Mundial de 2023 presenté una Conferencia sobre un tema que me agrada estudiar sobre entidades que sirvan para el futuro, se trata de la Felicidad y la Sexualidad, una propuesta obligada? Anteriormente me ocupé de la Robótica y también de los Cuerpos, del Placer en tiempos de Covid.

Ciertas alegrías de recibir varios premios que anteceden a esta Medalla de Oro Mundial. Hago lugar en su mención, quizás sean relevantes y den ciertas claves para sumar.

AWARDS 2016 Premio BIANUAL CLASES MADRID – Ricardo Cavalcanti a la Trayectoria profesional más destacada en el campo de la sexología de un miembro de FLASSES a Cristina Tania Fridman- 29 de septiembre de 2016. Madrid España.

Premio 2014 FLASSES – “Medalla de Distinción en vida” (a la trayectoria en sexualidad) a Cristina Tania Fridman. Punta Cana. República Dominicana. 10 de septiembre de 2014

De la Asociación Mundial para la Salud Sexual PREMIO A LA EXCELENCIA E INNOVACIÓN EN EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD 2009. Por el Curso a Distancia de Formación de Especialistas en Educación Sexual para Personas que Trabajan en Discapacidad – CETIS Centro de Educación Terapia e Investigación en Sexualidad- Gotemburgo, Suecia Junio 2009.

PREMIO FLASSES Reconocimiento por labor destacada del ejercicio de la Secretaria General de FLASSES periodo 2006-2010- Medellín Congreso CLASES 2012.

CELEBRANDO

De todas formas cuando me dijeron, es decir me anunciaron que había ganado la medalla, mi corazón se agitó y pensó en cada latido, ¿por qué me tocó a mí y no a tantos otros? Y entonces recordé la letra de *Una doli tuá de la limentuá. Osofete, colorete, una do li tuá..* Y consideré que podía haber una correlación lingüística extrema, poéticamente se habían juntado los astros para que me señalaran y habían usado esa **jitanjáfora porque en ese**

instante fantástico de reconocimiento mundial supe perfectamente que en realidad también englobaban a muchos otros.

Y si se tiene en cuenta que el lenguaje más exactamente, el lenguaje simbólico es la premisa racional para todo pensar humano ha de saberse que en el idioma español castellano la palabra **yo** tiene etimología latina y es una variación de **egō**. Referido a la premiación de esta medalla, la matriz sociológica que me acompaña indeleble desde mis 20 años hace una discusión del **nosotros** plural, donde como individuos participamos y no nos fundimos sino somos parte y arte. Por ello. Mi relato, suele ser atravesado por las narraciones sociales y no descansa en el ejercicio de la primera persona.

GRACIAS

A mi mamá - Olinda Chernitsky /Al Dr. León Roberto Gindin,/ A mi hija Ana Laura Gindin / A todos los colegas y alumnos./ **A CETIS -- A SASH – A FLASSES - A WAS** La Medalla de Oro es el honor individual más prestigioso de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS)- ctfridman@gmail.com

Pd: “a la sexualidad indómita como el viento, las aventuras de su historia, en apariencia frágil, fácilmente domesticable. Resiste ahí. Perplejos, hace un hueco en el muro. Asoma y nuevamente sale” ctf 2023

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA: MITOS Y CREENCIAS QUE SOSTIENEN LA PRÁCTICA. SITUACIÓN ACTUAL EN AMÉRICA LATINA



Carolina S. Intili - Licenciada en Psicología (U.B.A.), Psicóloga Clínica (Residencia completa en H.E.P.T.A.), Sexóloga Clínica (SASH), carolina.intili@gmail.com



Jorgelina S. Sellaro - Licenciada en Psicología (U.B.A.), Sexóloga Clínica (SASH), j.sellaro@hotmail.com

Resumen

Esta revisión bibliográfica pretende recabar información acerca de los mitos y creencias que sostienen la práctica de la Mutilación Genital Femenina (MGF) alrededor del mundo a fin de poner de manifiesto aquellos aspectos simbólicos que podrían influir en su perpetuación. Asimismo, se intentará analizar cuál es la situación de la MGF en América Latina y en la República Argentina específicamente.

Palabras Clave: Mutilación Genital Femenina, mitos, creencias, derechos humanos, América Latina, República Argentina.

Abstract

This bibliographical review aims to gather information about the myths and beliefs that support the practice of Female Genital Mutilation (FGM) around the world in order to highlight those symbolic aspects that could influence its perpetuation. Likewise, an attempt will be made to analyze the situation of FGM in Latin America and specifically in the Argentine Republic.

Keywords: Female Genital Mutilation, myths, beliefs, human rights, Latin America, Argentine Republic.

Introducción

Esta revisión bibliográfica pretende recabar información acerca de los mitos y creencias que sostienen la práctica de la *Mutilación Genital Femenina* (en adelante MGF) en el mundo entero. Nuestra hipótesis es que si la misma representa un costo tan elevado para la salud física y mental de las mujeres a quienes se les practica, igual de elevados deben ser el valor y la vigencia de las creencias que la sustentan. Consideramos de vital importancia comprender este aspecto para poder pensar las estrategias de abordaje de la problemática y evitar arribar a conclusiones prejuiciosas.

Posteriormente, se intentará responder a la pregunta acerca de cuál es la situación actual en América Latina en lo que refiere a esta práctica; para luego trasladar ese mismo interrogante hacia nuestro país.¹

Desarrollo

Adentrándonos en la temática: menciones introductorias sobre la MGF

La Organización Mundial de la Salud define a la *Mutilación Genital Femenina* como aquellos “procedimientos que implican la resección parcial o total de los genitales externos femeninos u otras lesiones de los órganos genitales femeninos por razones no médicas” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013, p.1). Asimismo, establece *cuatro tipos* de MGF, que la mayoría de las guías consultadas sobre el tema retoman y desarrollan

¹ A fin de facilitar la tarea de investigación, hemos basado nuestra búsqueda de material bibliográfico en aquel que se encuentra disponible en idioma español. Si el tema resulta de interés del lector, es útil saber que existe vasto material disponible también en otros idiomas.

(Asociación Mujeres Entre Mundos, s.f.; Bedoya Muriel et al., 2004; Fundación Wassu, 2017; Sequi et al., 2013; Unión Nacional de Asociaciones Familiares [UNAF], s.f.-b). Se resumen de la siguiente manera:

- **Tipo I:** Consiste en la resección total o parcial del clítoris o prepucio. En la cultura islámica se conoce como *sunna* (tradicción) y habitualmente se equipara con la circuncisión masculina.
 - **Tipo Ia:** Resección del prepucio/capuchón clitoridiano (*circuncisión*).
 - **Tipo Ib:** Resección del clítoris con el prepucio (*clitoridectomía*).
- **Tipo II:** Consiste en la resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores. Es también denominada *escisión*.
 - **Tipo IIa:** Resección de labios menores solamente.
 - **Tipo IIb:** Resección parcial o total del clítoris y de los labios menores.
 - **Tipo IIc:** Resección parcial o total del clítoris, de los labios menores y de los labios mayores.

Las mutilaciones tipo I y II son las más comunes y constituyen alrededor del 80% de los casos a nivel mundial.

- **Tipo III:** A menudo llamada *infibulación*. Consiste en el estrechamiento del orificio vaginal a través de la sutura, cosido o recolocación de los labios menores y/o mayores para su cicatrización, con o sin extirpación del clítoris.
 - **Tipo IIIa:** retirada y unión de los labios menores.
 - **Tipo IIIb:** retirada y unión de los labios mayores.

Esta es la forma más severa de mutilación. Deja un pequeño orificio para la salida de la orina y la sangre menstrual. El día de la boda, a fin de poder ser penetrada por su marido, y en ocasión del parto, la mujer deberá ser *desinfibulada*, para luego ser *reinfibulada*.

- **Tipo IV:** Comprende todos los otros procedimientos lesivos de los genitales femeninos realizados con fines no médicos, como piercings, pinchazos, raspados, cauterizaciones, entre otros.

A propósito de la magnitud de esta problemática, encontramos que, según datos de UNICEF, hoy en día viven aproximadamente 130 millones de niñas y mujeres que han sido mutiladas genitualmente y 3,3 millones de niñas corren el riesgo de serlo (Innocenti Digest, 2005). La práctica se realiza en 28 países africanos, mayoritariamente de la zona subsahariana; en algunos países de Oriente Medio como Egipto y Emiratos Árabes; y en determinadas comunidades de Asia, como India, Pakistán o Malasia. Los movimientos migratorios han trasladado también esta costumbre a varias zonas de Europa, Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda. Asimismo, se han encontrado datos de poblaciones indígenas practicantes en América Latina, como se detallará más adelante (UNAF, s.f.-b).

Adentrándonos específicamente en lo que sucede en el continente africano, la bibliografía consultada destaca que allí la prevalencia de la MGF no se encuentra determinada por los límites geográfico-administrativos (países), sino por el grupo étnico al que la población pertenece. Un grupo étnico puede estar presente en varios países, provincias o distritos. Además, no todos los grupos étnicos la practican ni todas las etnias practicantes siguen el mismo procedimiento. Como veremos, la identidad étnica y la práctica de la MGF están estrechamente relacionadas.

Los orígenes tanto temporal como geográfico de la MGF son desconocidos, aunque existe evidencia de que la práctica ya era realizada entre los egipcios desde el 5000 hasta el 6000 a.C. Asimismo, en diferentes momentos históricos podemos encontrar referencias y testimonios de ella en los cinco continentes. Por ejemplo, en Europa y Estados Unidos la escisión del clítoris fue utilizada por algunos médicos hasta comienzos de siglo XX como tratamiento para la histeria, la epilepsia y la migraña (Caño Aguilar et al., 2008).

El material bibliográfico coincide también en apuntar que, en la actualidad, la MGF es mayormente realizada a las niñas antes de su primera menstruación, y que muchas de ellas desconocen a qué están siendo sometidas. Sin embargo, la tendencia muestra una baja en la edad de su realización, llegando a practicarse, en ocasiones, solo unos días después del nacimiento. Esto podría deberse a las múltiples sanciones internacionales que se han impuesto en los últimos años y al intento de minimizar la resistencia de las niñas y los recuerdos traumáticos del procedimiento.

La MGF es, por lo general, llevada a cabo por una mujer de edad avanzada que goza de gran prestigio y respeto. Esta mujer suele cumplir las funciones de médica/curandera y partera para la comunidad y en muchos casos, se le atribuyen poderes sobrenaturales. No obstante, la ONG O'DAM advierte:

Sin bien en muchos lugares las responsables de llevar a cabo la MGF son mujeres, existen también figuras masculinas que pueden realizar las mutilaciones genitales (Nigeria o Costa de Marfil, por ejemplo). Pero cada figura debe ser analizada específicamente porque existen grandes diferencias entre ellas: en cuanto al género, en cuanto al estatus social, en cuanto al ejercicio individual o colectivo, etc. (Sequi et al., 2013, p. 15).

De la misma manera, existe gran variabilidad en relación con el modo en que se lleva a cabo la mutilación. En ocasiones forma parte de un ritual, en otras se realiza en soledad. Por lo general, se efectúa sin ningún tipo de anestesia o con anestésicos naturales y se utilizan como instrumentos cuchillos, tijeras, hojas de afeitar, trozos de vidrio, cortauñas e incluso la tapa de una lata de aluminio. Cuando la operación es realizada a varias niñas a la vez, no es raro que se emplee el mismo instrumento sin limpiarlo previamente (Asociación Mujeres Entre Mundos, s.f.). La duración del procedimiento también es variable y depende de la habilidad de la persona que lo ejecuta y la resistencia que oponga la niña. Tras el corte, la herida puede ser limpiada usando alcohol, jugo de limón u otros materiales, como ceniza o excremento de vaca. En los casos de infibulación, los labios vulvares son habitualmente unidos con materiales como espinas de acacia y luego las piernas de la niña son atadas hasta que la herida haya sanado. Este proceso de cicatrización puede durar semanas (UNAF, s.f.-b).

Teniendo en cuenta lo que hasta aquí antecede, nos interesa destacar que la tipología previamente mencionada, creada por la OMS, resulta de utilidad relativa a la hora de abordar la problemática. En general, las personas responsables de ejecutar la práctica no cuentan con conocimientos anatómicos ni sanitarios y no distinguen más que a grandes rasgos las diferentes partes de los genitales femeninos. Ello, sumado a los instrumentos precarios y las frecuentes dificultades visuales de las “circuncidoras”, resulta en un procedimiento escasamente preciso (Sequi et al., 2013). Sin embargo, existe también una creciente preocupación en las organizaciones internacionales por la tendencia a medicalizar esta práctica en regiones como Egipto, Sudán y Kenia. Allí los profesionales de la salud realizan la intervención con asepsia y anestesia, aduciendo que, como de todos modos se va a mutilar a la niña, es mejor hacerlo sin dolor y sin riesgos. Esto resulta en una “legitimación” del acto violento contra la mujer y la violación de sus derechos (Caño Aguilar et al., 2018).

Por último, en lo que respecta a las consecuencias para la salud de la MGF, su enumeración es muy extensa. Dependerá en gran medida del modo en que la práctica haya sido llevada adelante y del tipo de mutilación efectuada. Incluye *riesgos inmediatos*, como dolor intenso, hemorragia, septicemia, infecciones, complicaciones urinarias, fracturas y lesiones en los órganos vecinos (debido a la resistencia de las niñas al momento de la

práctica), problemas en la cicatrización e incluso muerte. *A largo plazo*, puede desencadenar un gran número de patologías genitourinarias (infecciones, micción y menstruaciones dolorosas, incontinencia, dolor crónico, etc.) y obstétricas (partos prolongados, desgarros, episiotomías, muerte neonatal temprana, etc.). Pueden aparecer queloides, quistes, neuromas, fibrosis. Por supuesto, en el *plano psicológico* las consecuencias son igualmente vastas. Entre ellas se mencionan trastornos de estrés postraumático, trastornos de ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria, sentimientos de humillación y vergüenza. Todo esto también acarrea, naturalmente, *dificultades en la sexualidad* en estas mujeres. Se ha reportado una alta incidencia de dispareunia, vaginismo, disminución del deseo, excitación y satisfacción sexuales, anorgasmia, escasa lubricación, temor a las relaciones sexuales, entre tantos (Asociación Mujeres Entre Mundos, s.f.; Fundación Wassu, 2017; OMS, 2013; UNAF, s.f.-b).

A la luz de lo expuesto hasta aquí nos preguntamos: ¿cómo es posible que una práctica tan dolorosa y traumática se sostenga en el tiempo e incluso sea defendida por las mismas mujeres de las comunidades que la practican? ¿Dónde radica su fuerza y permanencia? Intentaremos esbozar una respuesta recorriendo los mitos que sostienen la MGF y poniendo de relieve la significación simbólica que conlleva.

Mitos y creencias en torno a la MGF: su potencia simbólica

Como mencionamos anteriormente, nos interesa adentrarnos en aquellos sostenes simbólicos que culturalmente legitiman la práctica de la MGF. Como primera aproximación, mencionaremos un debate que continúa vigente entre las personas que la estudian y trabajan por su erradicación. Se trata de la discusión en torno a la terminología adecuada para nombrarla. La bibliografía consultada en su conjunto realiza un fuerte rechazo a su nominación como “*circuncisión femenina*”, que fue el término que se utilizó cuando la práctica comenzó a conocerse en culturas no practicantes. Este rechazo surge a partir del paralelismo ficticio que puede crear con las circuncisiones masculinas. Si bien ambas prácticas suponen la eliminación de tejido sano, llamarla “*circuncisión femenina*” supone invisibilizar las consecuencias devastadoras que conlleva y el hecho de que se trata de una muy arraigada manifestación de desigualdad de género.

En actualidad, la expresión “*Mutilación Genital Femenina*” es la que recoge más adhesiones a nivel internacional y la recomendada por Naciones Unidas, ya que resalta la diferencia antes mencionada y enfatiza la gravedad del acto (Innocenti Digest, 2005; UNAF,

s.f.-b). No obstante, algunas organizaciones y autores, como por ejemplo Lucas Bénédicte (2007), prefieren referirse a ella como “*ablación*” porque consideran que este término resulta más neutro y menos estigmatizante para las comunidades que la llevan a cabo, ya que, como desarrollaremos más adelante, los integrantes de estos colectivos presumen beneficiar a la niña o mujer sometiéndola a la práctica.

Ahora bien, nos resulta interesante destacar un señalamiento que hace la ONG O’DAM, quien trabaja en territorio con la problemática². En su publicación, advierte que la controversia en torno a la terminología solo es relevante en instancias intelectuales, ya que los activistas habitualmente adaptan la terminología a las lenguas locales, no perdiendo de vista la sensibilidad y el conocimiento necesarios para trabajar en cada comunidad. Aseguran: “En el caso de estar ante un problema, es uno que se da en marcos intelectuales e institucionales, que lamentablemente no siempre están lo cerca que debieran de las personas que transforman día a día la realidad” (Sequi et al., 2013, p. 15).

Nos adentraremos ahora específicamente en los mitos y creencias que los autores³ han recogido como plataforma simbólica de la MGF. Los mismos son variados y polimorfos y dependen en gran medida del sustrato cultural de cada etnia practicante. No obstante, podrían resumirse esquemáticamente de la siguiente manera:

La MGF como Tradición e Identidad

La MGF, por ser una costumbre de significado interno, tiene un fuerte componente identitario. En muchos casos, conforma la identidad de género y cultural de las mujeres a quienes se les practica. Forma parte del paso que marca el inicio de la edad adulta, entendida en términos culturales y no biológicos, ya que no coincide con la pubertad fisiológica. Este

² La bibliografía consultada, en su mayoría de origen europeo, otorga pautas precisas de trabajo para abordar esta problemática con poblaciones migrantes que llegan a aquel continente, o bien, en territorio africano. Da numerosos ejemplos de estos trabajos, en los que se destacan el cuidado y respeto por la diversidad cultural. Excede los límites de este escrito adentrarnos detalladamente en ellos.

³ Basaremos aquí nuestros desarrollos fundamentalmente en la información brindada por las guías de concientización consultadas (Asociación Mujeres entre Mundos, s.f.; Bedoya Muriel et al., 2004; Caño Aguilar et al., 2008; Fundación Wassu, 2017; Sequi et al. 2013; UNAF, s.f.-b), aunque existen menciones al respecto en gran parte de la bibliografía de referencia.

paso es el que permite a las niñas entrar a formar parte de la vida pública de la comunidad. La guía de la Associació Catalana de Llevadores la define como “una `marca` que llevan de por vida, y simboliza que su unión al grupo también será de por vida. Se trata de una cuestión de cohesión social y pertenencia, estás dentro o estás fuera” (Bedoya Muriel et al., 2004, p. 12).

Las sociedades organizan las mutilaciones de sus niñas porque lo consideran beneficioso para su crianza y su preparación para el matrimonio. En la mayoría de las etnias practicantes, la MGF es requisito indispensable para poder contraerlo y tener descendencia. La convención social está tan arraigada que las propias niñas desean someterse al corte por miedo al aislamiento y rechazo de sus comunidades o, por el contrario, porque les confiere un sentimiento de orgullo y pertenencia. La honra y el prestigio familiar están en juego. En este sentido, para garantizar la práctica, se utilizan mecanismos de reforzamiento variados que van desde formas sutiles, como por ejemplo canciones tradicionales, hasta amenazas directas.

La MGF como parte de la Religión

Aunque en sus textos sagrados ninguna religión promueve la MGF, habitualmente es erróneamente relacionada con un precepto del Islam. No obstante, Bedoya y Kaplan (2004), al igual que otros, señalan que “el Corán no hace mención ni alusión en ningún versículo a estas prácticas, ni para los hombres, ni para las mujeres, a diferencia de la Biblia, que sí lo hace en el Antiguo Testamento (...) para los hombres. Vale la pena señalar que una cosa es la obligatoriedad del Islam y otra, la obligatoriedad social” (p. 5).

Además es interesante recordar que, como vimos, la MGF no se realiza solo en comunidades musulmanas y que no todas las poblaciones islámicas la practican. También, que su origen se sitúa antes de la aparición de religiones monoteístas.

Pese a lo expuesto, es un hecho que la fundamentación religiosa de la práctica es transmitida como tradición oral por sus líderes espirituales. En estas comunidades, gran parte de la población en riesgo es analfabeta y por tanto, se encuentra imposibilitada de acceder directamente a los textos sagrados. Los líderes son personas con alto grado de influencia y, desafiar su opinión, supone una afrenta a su autoridad y, nuevamente, el peligro de ser excluido socialmente.

La MGF como elemento de Control de la Sexualidad

Es una creencia arraigada que la MGF mitiga el deseo sexual de las mujeres y garantiza tanto la protección de su virginidad, como su fidelidad luego del matrimonio. Se piensa que las mujeres que no han sido mutiladas tienen impulsos sexuales incontrolables y se vuelven promiscuas. Es frecuente también la idea de que la mutilación aumenta la fertilidad y contribuye a potenciar el placer sexual del hombre.

Estos mitos se acompañan de pensamientos mágicos en torno a lo que sucedería si el clítoris no fuera cortado. Este podría, entre otras cosas, crecer sin control; envenenar el pene del hombre; matar al bebé al momento del nacimiento o provocarle deformidades; contaminar la leche materna y hacer perder a una madre su capacidad de crianza.

La MGF como sinónimo de Higiene y Belleza

Para estas comunidades, los genitales externos femeninos sanos son vistos como antiestéticos. Por ello, su voluptuosidad debe ser modificada para que la mujer/niña cumpla con los estándares de belleza y, además, se eliminen de ella los “elementos masculinos”. Mas aún, se cree la MGF otorgaría pureza a las mujeres, siendo los genitales no mutilados considerados sucios y malolientes. Por ello, una mujer no sometida a la MGF no tiene permitido manipular alimentos ni bebidas, pues contaminaría todo aquello con lo que esté en contacto.

Teniendo en cuenta el entramado simbólico previamente expuesto, resulta evidente que las justificaciones que se ofrecen para legitimar esta práctica son variadas y se fundan sobre todo en la tradición y la cultura. La transmisión generacional de saberes organiza la matriz identitaria de estas personas y desconoce o desestima argumentos científicos. Como mencionan Bedoya y Kaplan (2004) “estamos manejando no solo distintas concepciones de ‘normalidad y monstruosidad’, sino también un ‘factor de conmoción recíproco’: ellas no solo no entienden que nosotras no estemos circuncidadas, sino que además les resulta difícil de aceptar” (p. 5).

MGF: Situación actual en América Latina

Continuaremos ahora nuestro recorrido intentando esclarecer cuál es la situación actual de la práctica de la MGF en América Latina.

En el año 2007 se hizo pública la noticia sobre la muerte de una niña recién nacida perteneciente al pueblo indígena Embera, en Colombia, a causa de la mutilación genital. Ello permitió hacer luz sobre la presencia de la práctica en la región. Lamentablemente, no existe aún mucha información al respecto y la existente resulta imprecisa e inacabada. En el año 2016, UNICEF afirmaba que Colombia era el único país de América Latina y el Caribe donde se había reconocido la existencia de MGF (UNICEF Colombia, 2016). En la misma línea, en el año 2018, el Fondo de Población de Naciones Unidas [UNFPA] en Ecuador señalaba que en su territorio no había evidencia de la práctica y que era Colombia el único país en donde se la había documentado (párr. 2).⁴ Sin embargo, en el año 2020, el mismo UNFPA, en su página web, aseguró que la MGF es practicada en *Colombia, Panamá, Ecuador y Perú*, aunque no precisa mayores detalles (Sección “¿Dónde se practica la MFG?”, párrafo 6).

A favor de esta última afirmación encontramos que, en el año 2016, la periodista Alejandra Ballón entrevistó a algunas mujeres artistas del pueblo indígena Shipibo Konibo, en Perú, quienes afirmaron que si bien la práctica es cada vez menos frecuente, aún se realiza en el marco de un rito de pubertad (párr. 2). Ello es reafirmado por Meléndez Fernández (2017), quien publica un trabajo sobre la clitoridectomía en la comunidad shipiba en el que la confirma con testimonios de sus integrantes, aunque también aclara que “en la actualidad y a medida que la mentalidad de los jóvenes shipibos cambia, ellos empiezan a rechazar esta práctica cultural” (párr. 17).

La imprecisión en la información disponible no solo se evidencia en relación con las etnias practicantes, sino también con el origen de la práctica en la región. En su guía, la ONG O’DAM señala que el historiador Victor Manuel Patiño⁵ recogió datos de la realización de la MGF en pueblos indígenas de Perú, Brasil, Colombia y Venezuela desde tiempos pre-colombinos, aunque también existirían referencias de que la misma se extendió por Latinoamérica desde África por difusión cultural. (Sequi et al., 2013). En la comunidad Embera en Colombia, por ejemplo, se piensa que la MGF “no era una práctica ancestral, sino algo implantado por sacerdotes españoles en la época de la colonia y que no tiene nada que ver con Dios ni con su cosmografía” (Marrugo Nuñez, 2014, p. 58). Al respecto, O’DAM recoge un testimonio que apareció en un medio de comunicación colombiano:

⁴ Existen también en la bibliografía algunas referencias vagas a la práctica de la MGF en el pueblo indígena colombiano *Nasa* (Fundación Wassu, 2017, p. 27 y Quintero y García, 2021, p. 88)

⁵ Patiño, V. (1990-1993). *Historia de la Cultura Material en la América Equinoccial* (Tomo 7). Editorial Bogotá: Instituto Caro y Cuervo.

De acuerdo con algunos líderes, la ablación se remonta a la época de la conquista, cuando las indígenas de entonces sucumbieron al encanto de los españoles y fueron utilizadas para saciar el desenfreno sexual de los visitantes europeos.

“Como los vieron bonitos, las indígenas se iban con ellos y dejaban a sus esposos. Para evitar eso, las parteras les cortaban el clítoris a las niñas cuando nacían para que en la edad madura no fueran demasiado ardientes e incurrieran en actos de infidelidad”, señala uno de los ancianos (Sequi et al., 2013, p. 42).

Siendo la comunidad Embera aquella que hasta el momento más ha expuesto la existencia de la MGF en América Latina, comentaremos ahora brevemente el trabajo que allí se está desarrollando para erradicarla.

Proyecto Embera Wera

El Proyecto Embera Wera, que significa mujer Embera, nace en el año 2007 como respuesta a la muerte de la niña previamente mencionada. Es impulsado por el Fondo de Población de Naciones Unidas, apoyado por varias instancias gubernamentales colombianas y, principalmente, por las mismas mujeres de la comunidad Embera. Tiene como objetivo analizar la situación de la salud y los derechos de las mujeres de la comunidad y avanzar en la transformación cultural de la MGF.

Trabaja con 25.000 indígenas habitantes de Pueblo Rico y Mistrató, dos municipios del departamento de Risaralda, Colombia. El pueblo Embera es el tercer pueblo indígena con mayor número de integrantes en el país. Fue declarado como una población en peligro de extinción por la Corte Constitucional colombiana debido a las muertes relacionadas con la violencia ejercida por grupos armados, y a las condiciones asociadas a la explotación minera, la pobreza, la desnutrición y el abandono del Estado. El proyecto propone transformar la práctica de la MGF desde la comunidad, encontrando una alternativa que sustituya su significado y que no ponga en riesgo la vida y la salud de las niñas. Busca fortalecer la participación de las mujeres Embera, quienes son objeto de diferentes tipos de violencia (sexual, física, verbal, psicológica y económica). Ellas trabajan desde su propia comunidad en conjunto con los hombres Embera, las parteras y consejeros regionales (UNFPA, 2011a y Quintero y García, 2021).

En junio del año 2009, estas mujeres lograron que se prohíba legalmente la MGF en sus territorios, aunque continúan demandando el cumplimiento de la norma. Exigen también que se respeten su identidad, costumbres y lugares sagrados, ocupados muchas veces por el

conflicto armado. Reclaman viviendas dignas, oportunidades educativas y buscan transformar los patrones de discriminación que provienen de la cultura occidental. Sostienen: “reconocer y valorar a las Embera wera, es respetar a la madre tierra y vivir para que el territorio no se enferme y sea más bello y más nuestro” (UNFPA, 2011a, p. 52).

En relación con sus objetivos vinculados a la erradicación de la MGF, las lideresas y líderes del proyecto aseguran que la tarea ha sido y sigue siendo ardua. Los mitos y creencias en torno a la MGF se encuentran muy arraigados en la población: "cuando comenzó el diálogo nos decían que nos preocupáramos por las muertes que producían el hambre o la desatención en salud. Las parteras se oponían y alegaban que era un asunto cultural", aseguró un dirigente de asuntos indígenas a BBC News (Salazar, 2010, párr. 12).

En la comunidad Embera las niñas recién nacidas eran revisadas con mucha cautela para observar el tamaño de su clítoris. Si sobresalía de los labios mayores, era cortado o quemado con cucharas calientes para “curarla”. Denominaban a esta práctica “*corte del callo*”. El mismo se sostenía (y aún se sostiene) en la idea de “integridad” de la mujer mutilada, ya que el clítoris sería un indicador de infidelidad, de deseo sexual activo y de “deformidad”. Además, el hecho de no estar mutilada impediría a la mujer conseguir esposo (UNFPA, 2011; PVIG, 2011 y Quintero y García, 2021).

A fin de poder representarnos mejor los mitos y creencias que sustentan la práctica en esa comunidad, destacaremos ahora rescatar algunos de los testimonios de mujeres Embera que recogió la periodista Rosa María Fernández, en un artículo para TeleSur en el año 2020:

“Me contaban mis abuelas. Porque a las niñas les crecía esa cosita y había que cortarla. También porque cuando se lo cortás, no tiene nada de arrecha -excitación- entonces y le toca tener un solo marido, hasta que se muere.”

“Sí, en los talleres con las mayores, nos enseñan a mutilarlas, y es para que no le crezca como un pene y para que cuando sean mujeres, no sean brinconas, sean fieles a sus maridos.”

“No, nosotros no sabíamos de eso, nosotros éramos inocentes de que eso existía aquí en la comunidad, pues como yo no tengo niñas, yo tampoco sabía cómo era el clítoris [...] Yo me preguntaba por qué yo no tengo eso, entonces le preguntaba a mi mamá y ella me decía que yo había nacido así. Es que los mayores eran muy ocultos con esas cosas, ellos nunca le decían a uno nada, ni los hombres sabían.”

“Cuando la niña nace con el clítoris largo, que sobrepasa la vulva, se arregla para que no crezca con un pene. La curación es para evitar que en el momento de

tener relación sexual con el marido, no se ponga erecto como el pene, porque eso muchas veces no le gusta a los hombres.”

“Yo estoy en dudas y me he sentido apenada de esas tradiciones. Pero también pienso que nuestras madres han dado vida y de ahí nosotros vivimos en nuestros territorios tradicionales. Nosotros hemos venido milenariamente, pisamos la madre tierra, y en este momento yo estoy aquí parada en nombre de mi tradición y de las parteras que me dieron la vida.” (Sección “El corte el callo”).

Pese a la resistencia y los obstáculos encontrados en el camino, el UNFPA destaca que el Proyecto Embera Wera, a través de un proceso de transformación cultural, ha permitido sacar la práctica de la oscuridad que la rodeaba y hablar y reflexionar sobre su existencia, los riesgos que conlleva y los mitos que la sostienen (UNFPA, 2011b, p. 23). A nosotras nos interesa destacar de este proyecto el trabajo en, dentro y para la misma comunidad, y el respeto y sensibilidad que permiten un diálogo entre distintas culturas en favor de los Derechos Humanos de las mujeres Embera.

La MGF en Argentina

Ahora bien, habiendo realizado este recorrido bibliográfico nos preguntamos: ¿en qué situación se encuentra la Argentina en relación con esta problemática? ¿Cuál es la información disponible?

A lo largo de nuestra investigación, no hemos encontrado datos acerca de la existencia de la práctica de la MGF en el país. Lo que sí hallamos ha sido la pronunciación de una condena a la misma, a través de la Representante Permanente de Argentina ante Naciones Unidas, en un acto oficial en el año 2015 (Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto).

Teniendo en cuenta que no existe evidencia de su existencia en poblaciones indígenas, como sucede en otros territorios de Latinoamérica, surge un nuevo interrogante: ¿qué sucederá con la población migrante de origen africano en Argentina, siendo que gran parte de la bibliografía procedente de Europa da cuenta del trabajo con estos colectivos? ¿Será una temática invisibilizada o la inexistencia de su registro estará dada por una baja prevalencia?

No contamos con una respuesta precisa, pero nos atrevemos a hipotetizar que, dadas las características del colectivo de inmigrantes africanos en nuestro país, es poco probable que haya muchas mujeres mutiladas o en riesgo de serlo viviendo en nuestro territorio.

El Ministerio de Cultura de la República Argentina (2018) refiere que la historia de la migración africana en el país puede dividirse en tres grandes momentos. El primero entre

1777 y 1812, el segundo con la llegada de los europeos (sobre todo luego del fin de la Segunda Guerra Mundial) y el tercero, de nuestro mayor interés, en la década del '90. Señala que, pese a que comúnmente se los denomina “los senegaleses”, sus países de origen también pueden ser Mali, Mauritania, Liberia y Sierra Leona. Agrega que en su mayoría se trata de varones jóvenes que llegaron en búsqueda de mejores condiciones de vida, en gran medida como consecuencia del endurecimiento en las políticas migratorias europeas. Por su parte, Bernarda Zubrzycki en su texto “Ser africano en Argentina” (2019), asegura que las personas de origen senegalés representan el colectivo migratorio africano más numeroso en el país, aunque el mismo es poco tenido en cuenta por las ciencias sociales argentinas debido al significativamente mayor número de inmigrantes que provienen de países limítrofes. La autora se dedica en su artículo a estudiar y describir la migración senegalesa en Argentina. De su análisis nos interesa destacar algunos puntos que sirven para volver a nuestro interrogante.

Refiere que se trata de personas que por lo general ingresan al país de manera irregular, lo que les impide realizar el trámite para obtener la residencia. Es posible que esto dificulte también el estudio, seguimiento y asistencia a este colectivo de personas. Zubrzycki reconfirma además que se trata de una población predominantemente masculina, que, en su gran mayoría, migra para poder enviar dinero y mantener a sus familias: “el rol de varón proveedor y la necesidad de mantener un prestigio social con la propia comunidad es muy fuerte y atraviesa la mayoría de las trayectorias migratorias” (párr. 19). Ubicamos aquí otro factor por el cual, tal vez, la práctica de la MGF no adquiera relevancia en Argentina: son pocas las mujeres que llegan. Por último, esta autora menciona que se trata de un grupo heterogéneo de personas, que pertenecen a diversas etnias y religiones. Señala, no obstante, que la mayoría son de origen Wolof, aunque también hay pertenecientes a las etnias Djolas y Serer.

Veamos ahora los datos existentes sobre la MGF en los países de origen de estas personas y también en sus etnias. La Fundación Wassu (2017) recoge datos de UNICEF del año 2013, con relación al porcentaje de mujeres y niñas entre 15 y 49 años sometidas a la práctica en cada país. Encontramos entonces que Senegal cuenta con un 26% de niñas/mujeres mutiladas, Liberia un 66%, Mauritania un 69%, Mali un 89% y Sierra Leona un 90%.⁶ En su guía, la UNAF aclara además, que estos son de países donde se practican los

⁶ Amnistía Internacional (1998) realiza un desagregado muy detallado acerca de la prevalencia de la MGF en cada país y sus características particulares, pero como el material es del año 1998, escogimos tomar datos más actuales para nuestro análisis.

tipos I y II de MGF. También discrimina las etnias practicantes de las no practicantes, ubicando a los Djola entre las primeras y los Wolof y Serer entre las segundas (UNAF, s.f.-b).

Por lo tanto, si tomamos en cuenta que los movimientos migratorios africanos en el país están compuestos mayormente por sujetos varones; que se conforman principalmente por personas provenientes de Senegal, país donde la prevalencia de las MGF es relativamente baja en comparación con otros; y que, de las tres etnias a las estas personas en general pertenecen, dos son no practicantes; tenemos alguna respuesta acerca de por qué en nuestro país no hay registro de la existencia de MGF en los colectivos de inmigrantes africanos.

Conclusión

A lo largo de esta revisión bibliográfica nos hemos apoyado en diferentes publicaciones sobre la MGF para describir y profundizar en los aspectos simbólicos de esta práctica. Revisamos también la situación actual respecto a ella en América Latina y evaluamos, en especial, la situación en la República Argentina.

Luego de este recorrido, nos permitimos inferir que los mitos y creencias sobre la MGF contribuyen a su perpetuación. Parecería que los costos emocionales y físicos que esta práctica conlleva quedan subsumidos al arraigo identitario y el sentido de pertenencia que estos mitos colaboran en generar. Por esta razón, consideramos que los esfuerzos para erradicar la MGF deberían sostenerse en un trabajo respetuoso, que haga lugar a las tradiciones, pero también contemple los Derechos Humanos de niñas y mujeres. Creemos que el desafío es generar conciencia y brindar información real sobre la práctica, los riesgos que conlleva y los derechos que vulnera, a fin de que cada cultura pueda continuar con su simbología sin necesidad de exponer los cuerpos de niñas y mujeres a una vejación por fines ritualistas. Es nuestra convicción que la vía regia para lograr la erradicación de la MGF no se halla en las interpretaciones moralizantes ni en la criminalización de las poblaciones practicantes, sino en el trabajo considerado dentro y con cada comunidad, que habilite dicha transición simbólica.

Por otra parte, en lo que respecta a la existencia de la MGF en América Latina, nos encontramos con datos escasos e incipientes. Si bien hay evidencia de su ejercicio en algunas comunidades indígenas, queda mucho por explorar en este ámbito. En la misma línea,

descubrimos que no se cuenta con información que confirme la existencia de la práctica en la Argentina. Formulamos como hipótesis que su prevalencia podría ser muy baja dentro de los colectivos de inmigrantes africanos en el país, debido a sus características. Queda aún inexplorado aquello que pudiera ocurrir en las comunidades indígenas que habitan el territorio nacional.

Referencias Bibliográficas

1. Amnistía Internacional. (1998). *La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación*. Editorial Amnistía Internacional.
2. Asociación Mujeres entre Mundos. (s.f.). *Guía para la concienciación sobre mutilaciones genitales femeninas*. Junta de Andalucía. Conserjería de Igualdad y Políticas Sociales.
3. Ballón, A. (29 de diciembre de 2016). De la mutilación genital femenina a la mutilación de trompas en Ucayali. *Noticias SER.PE*. <https://www.noticiasser.pe/de-la-mutilacion-genital-femenina-a-la-mutilacion-de-trompas-en-ucayali>
4. Bedoya Muriel, M., Bermúdez Anderson, K., Goberna Tricas, J., Kaplan Marcusán, A., Martínez Bueno, C., Moreno Navarro, J., Pérez Jarauta, M., Xivillé Solé, M. (2004). *Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales*. Associació Catalana de Llevadors.
5. Bedoya, M. y Kaplan, A. (2004). *Las mutilaciones genitales femeninas en España: una visión antropológica, demográfica y jurídica*. En Lucas, J. y García Añón, J. (Ed.) *Evaluating the impact of existing legislation in Europe with regard to FGM*. Spanish Report, Universitat de València.
6. Bénédicte, L. (2007). *La ablación genital femenina: una práctica inaceptable desde la perspectiva de los derechos humanos. Balance de la situación y recomendaciones para su erradicación*. Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas. Universidad Carlos III de Madrid.
7. Caño Aguilar, A., Martínez García, E., Oliver Reche, M., Torrecilla Rojas, L., Fernández Caballero, A., Ochoa Rodríguez, M., Sanches Robles, C. y Velasco Juez, C. (2008). *Mutilación Genital Femenina. Más que un problema de salud*. Medicus Mundi Andalucía.
8. Fernández, R. M. (3 de agosto de 2020). “Esto no es vida”. Mutilación femenina. *TeleSURtv.net*. <https://www.telesurtv.net/telesuragenda/mutilacion-genital-femenina-cultura-derechos-humanos-20200803-0034.html>
9. Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2011a). *Embera Wera. Mujer Embera. Del silencio a la palabra*. Programa Integral contra las Violencias de Género - MGD/F

10. Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2011b). *Proyecto embera-wera. Una experiencia de cambio cultural para la eliminación de la ablación femenina en Colombia – América Latina*.
11. Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (Julio 2020). *Preguntas frecuentes sobre la mutilación genital femenina (MGF)*.
<https://www.unfpa.org/es/resources/preguntas-frecuentes-sobre-la-mutilacion-genital-femenina-mgf>
12. Fondo de Población de las Naciones Unidas Ecuador [UNFPA Ecuador]. (6 de febrero de 2018). *Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina*.
<https://ecuador.unfpa.org/es/news/d%C3%ADa-internacional-de-tolerancia-cero-con-la-mutilaci%C3%B3n-genital-femenina#:~:text=En%20Ecuador%20no%20existe%20la, donde%20se%20realiza%20esta%20pr%C3%A1ctica>.
13. Fundación Wassu. (2017). *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales en Andalucía*. Universitat Autònoma de Barcelona.
14. Garza, M. (9 de febrero de 2022). Mutilación femenina, un grito de auxilio también en América Latina. *Nodal (Noticias de América Latina y el Caribe)*.
<https://www.nodal.am/2022/02/mutilacion-femenina-un-grito-de-auxilio-tambien-en-america-latina-por-monica-garza/>
15. Henao, J. y Pineda, C. (2010). *El proyecto Embera Wera: Una experiencia de cambio cultural para la eliminación de la ablación genital femenina y la promoción de los derechos de las mujeres Embera en los municipios de Mistrató y Pueblo Rico del departamento de Risaralda*. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Programa Integral contra las Violencias de Género del F-ODM. Fondo de Población de las Naciones Unidas.
16. Innocenti Digest. (2005). *Cambiar una convención social perjudicial: La ablación o mutilación genital femenina*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF].
17. Kaplan, A., Torán, P., Bermúdez, K. y Castany, M. (2006). *Las mutilaciones genitales femeninas en España: posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales*. Universitat Autònoma de Barcelona.
18. Marrugo Nuñez, N. (2014). *Responsabilidad patrimonial del estado por omisión legislativa. El caso: La mutilación sexual femenina en la comunidad Embera Chamí de Risaralda – Colombia*. Universidad Simón Bolívar – Universidad de Medellín.
19. Meléndez Fernández, J. (27 de marzo de 2017). *La ablación del Clítoris en el Pueblo Shipibo Konibo*. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
<https://faedu.cayetano.edu.pe/noticias/1247-la-ablacion-del-clitoris-en-el-pueblo-shipibo-konibo>

20. Ministerio de Cultura de Argentina. (18 de julio de 2018). *El origen afro de la Argentina*. https://www.cultura.gob.ar/el-origen-africano-de-la-argentina_6165/
21. Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de Argentina. (12 de febrero de 2015). *La representante permanente de Argentina ante Naciones Unidas en el día mundial contra la Mutilación Genital Femenina*. <https://enaun.cancilleria.gob.ar/es/content/la-representante-permanente-de-argentina-ante-naciones-unidas-en-el-d%C3%AD-mundial-contra-la-mut>
22. Ontiveros, E. (6 de febrero de 2019). Mutilación genital femenina: qué es y en qué países se practica. *BBC News*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-47133238#:~:text=Se%20estima%20que%20la%20MGF,comunidad%20ind%C3%A9gena%20embera%2C%20en%20Sudam%20A9rica>.
23. Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Mutilación genital femenina*.
24. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (10 de febrero de 2022). *Poner fin a la mutilación genital femenina*. <https://www.paho.org/es/noticias/10-2-2022-poner-fin-mutilacion-genital-femenina>
25. Quintero, L. y García, L. E. (2021). Mutilación genital femenina en perspectiva forense como violencia de género. *Revista Eleuthera*. 23(1), 83-97.
26. Rojas L., K. (4 de febrero de 2020). Los tentáculos de la mutilación genital femenina en Colombia. *La estrella de Panamá*. <https://www.laestrella.com.pa/cafe-estrella/salud/200204/tentaculos-mutilacion-genital-femenina-colombia>
27. Salazar, H. (3 de diciembre de 2010). Colombia: etnia indígena prohíbe la ablación femenina. *BBC News*. https://www.bbc.com/mundo/noticias/2010/12/101203_colombia_indigenas_embera_ablacion_wbm
28. Sequi, A., Touray, I. y Piniella, Z. (2013). *La erradicación de la mutilación genital femenina. Enfoques y perspectivas desde la cooperación internacional para el desarrollo*. O'DAM ONGD. La estafeta ediciones.
29. UNICEF Colombia. (6 de febrero de 2016). *Reto mundial: acabar mutilación genital femenina para 2030. Es el Día Internacional de Tolerancia Cero con la mutilación genital femenina*. <https://www.unicef.org/colombia/comunicados-prensa/reto-mundial-acabar-mutlacion-genital-femenina-para-2030>
30. Unión Nacional de Asociaciones Familiares [UNAF]. (s.f.-a). *Guía de recursos. Prevención y sensibilización ante la mutilación genital femenina*.
31. Unión Nacional de Asociaciones Familiares [UNAF]. (s.f.-b). *La guía para profesionales. MGF en España. Prevención e intervención*.
32. Zubrzycki, B. (2019). Ser africano en Argentina. Las dinámicas de la migración senegalesa. *Revista Nueva Sociedad* 284.

SEXUALIDAD TRANSGÉNERO, BARRERAS REALES Y SIMBÓLICAS EN EL ACCESO AL SISTEMA DE SALUD



MARIA FLORENCIA ALFANO⁷

Médica Tocoginecóloga y Sexóloga Clínica



JOHANNA SOLEDAD ASIS⁸

Médica de Familia y Sexóloga Clínica 2023

⁷ **MARÍA FLORENCIA ALFANO** Médica UBA. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Sexóloga Clínica SASH. Médica Sexóloga, Consultorio atención particular. Médica Interna - Servicio de Tocoginecología - Hospital Zonal General de Agudos Descentralizado "Virgen del Carmen", Municipalidad de Zárate. Médica Ginecóloga - Atención Primaria de la Salud - Secretaría de Salud - Dirección de Salud Comunitaria - Municipalidad de Campana.

Contacto: Email - alfanoflor@gmail.com / [linkedin.com/in/maría-florencia-alfano/](https://www.linkedin.com/in/maría-florencia-alfano/) / @consulsex_zte

⁸ **JOHANNA SOLEDAD ASIS** Médica UBA. Especialista en Medicina General y/o de Familia. Sexóloga Clínica SASH. Médica Sexóloga, Consultorio atención particular. Profesional Técnico en Gestión e Implementación de Políticas Públicas - Dirección de Adolescencias y Juventudes - Ministerio de Salud de la Nación. Profesional Técnico de Gestión y Capacitación Plan ENIA - Dirección de Adolescencias y Juventudes - Ministerio de Salud de la Nación. Médica Servicio de Demanda Espontánea Virtual - OSDE.

Contacto: Email - asis.johanna@gmail.com / [linkedin.com/in/johanna-asis](https://www.linkedin.com/in/johanna-asis)

"No sé si la sociedad avanzó en el reconocimiento de la diferencia; creo que avanzamos nosotras. A medida que muchos sectores postergados, marginalizados fuimos avanzando, a la sociedad no le quedó otra que retroceder"

(Lohana Berkins)

Resumen:

Se realiza un breve recorrido histórico, conceptual, teórico y jurídico sobre la población transgénero a través de diversas culturas alrededor del mundo haciendo foco en la realidad Argentina, puesta en evidencia a través de una exhaustiva revisión bibliográfica sobre investigaciones al respecto en diferentes localidades y momentos socioculturales.

En el 2012 Argentina promulgó la ley de identidad de género, siendo esta de avanzada y marcando a su vez un hito a nivel mundial en lo que a derechos atañe. Este abordaje confronta la implementación de esta y otras leyes con su real aplicación exponiendo las barreras reales y simbólicas que se ponen en juego a la hora de acceder a la salud. En este punto resulta de suma importancia destacar la incansable lucha del colectivo para que se garanticen sus derechos, y sin bien los resultados en el transcurso de los años han sido alentadores aún quedan muchos aspectos a mejorar.

Palabras clave: Transgénero, Identidad de Género, Salud, Acceso.

ABSTRACT

A brief historical, conceptual, theoretical and legal journey is undertaken regarding the transgender population across diverse cultures worldwide, focusing on the Argentinian reality highlighted through an exhaustive bibliographic review of investigations in different locations and socio-cultural moments.

In 2012, Argentina enacted the gender identity law, which was progressive and globally ground breaking in terms of rights.

This approach examines the implementation of this and others laws, juxtaposing them with their actual application exposing both tangible and symbolic barriers that come into play when accessing healthcare at this juncture, it's crucial to emphasize the tireless advocacy of the community to guarantee their rights are upheld.

While the progress over the years has been encouraging, there are still many aspects to improve upon.

Keywords: Transgender, Gender Identity, Health, Access.

INTRODUCCIÓN

En Argentina, las investigaciones consultadas para este artículo muestran que las personas trans no gozan de igualdad de oportunidades y de trato en ningún ámbito de la vida social e institucional, la mayoría de ellos vive en extrema pobreza, privados de derechos económicos, políticos, sociales y culturales, lo que incide significativamente en su salud (Dirección de Géneros y Diversidad. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Secretaría de Acceso a la Salud. Ministerio de Salud de Argentina, 2020, pp 39-48).

En muchos casos desde niños son expulsados de sus hogares y del ámbito escolar, quedando como única alternativa de subsistencia el ejercicio de la prostitución.

Por otra parte se constituyen como un grupo en situación de vulnerabilidad, viéndose afectados por el estigma y la discriminación, lo que contribuye a generar problemas tales como depresión, abuso de sustancias, aislamiento social y conflicto con los pares, incrementando la vulnerabilidad frente a eventos de intento de suicidio y suicidio consumado. Distintos estudios mostraron que jóvenes LGTB han atentado contra su vida con mayor frecuencia que quienes se identifican como heterosexuales (Dirección de Adolescencias y Juventudes. Ministerio de Salud de la Nación, 2021, pp 28-31).

La sanción de la Ley de Identidad de Género en el año 2012 se traduce en un cambio sociocultural, una herramienta que resignifica la subjetividad de las personas trans, en tanto son reconocidas como sujeto de derecho. Esta ley propone un nuevo paradigma en lo que respecta a la desjudicialización y despatologización de las identidades no binarias, obteniendo finalmente el reconocimiento tan esperado del derecho a la identidad por parte del Estado Argentino, como un derecho humano. Este logro fue resultado de un permanente activismo por parte de los reclamantes, y no un regalo de las mayorías a las minorías.

Si bien es real que dicha ley ha sido un verdadero avance en cuanto a visibilización y garantía de derechos, esta población sigue en estatus de pobreza y marginalidad, las cuales en algunos casos se han incrementado con la llegada de la pandemia (Colque, Gonzalez Lobo, Pavón, 2022).

RESEÑA HISTÓRICA

Las personas llamadas tercer género existen actualmente en muchas sociedades, tales como las xanith de Omán, las kothis e hijras de la India, las bakla filipinos, las mahu hawaianos, las sarombay de la República Malgache o las fa'afafine de Samoa.

En el caso del continente americano se conoce a we'wha entre los zuñi norteamericanos, las omeguid o wigunduguid entre los kunas de Panamá o las muxes y nguiu' del Istmo de Tehuantepec (México). Todas estas realidades muestran modelos sociales “disruptivos” que trascienden el imperativo binario y que contemplan la pluralidad de sexos y géneros.

El elemento principal que identifica al tercer género en todas las culturas en las que está presente, es la especificidad funcional de su rol al interior de la estructura social, pues su aporte es fundamental para hacer las tareas tanto masculinas como femeninas, y también, trabajos reservados específicamente para ellos y mantener viva la tradición. El sistema sexo/género de una sociedad no obedece a un orden “natural” dada, sino que es un “producto socio-cultural” y, por lo tanto, es temporal y cambiante (Gómez Ágüeda, 2017).

Si bien el paradigma binario de género se ha ido globalizando para delimitar los modos de entender lo humano, en diferentes épocas y culturas han existido personas que transgreden el rol de género asignado socialmente al nacer.

La cultura occidental tendió a regular las prácticas sexuales y los roles de género para imponer un modelo único de familia, monogámico y patriarcal, teniendo como objetivo la reproducción y no el intercambio afectivo, el autoconocimiento, la sociabilidad, el placer o el disfrute. (Dirección de Géneros y Diversidad. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Secretaría de Acceso a la Salud. Ministerio de Salud de Argentina, 2020, p 29).

El hombre en pos de defender bases religiosas - científicas, y en su profundo afán de clasificar y encasillar todo ha dejado fuera a quienes no encajan en dichos cánones, llevándolos a una vida de frustración y marginalidad en todos los aspectos posibles.

Empezar a entender y entendernos como dueños de una sexualidad fluida y cambiante podría abrirnos las puertas a un nuevo verdadero paradigma en relación al tercer género.

(Des) ENCASILLANDO

La Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se utiliza desde el 1900, pero recién a partir de su quinta edición comienza a incluir trastornos mentales. Para 1948 aparece el transexualismo como “Desviación Sexual” en el capítulo de “Trastornos de la Personalidad”. Lo mismo ocurre en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA), en la primera edición (1952) donde se ubica a la homosexualidad al

mismo nivel que las perversiones sexuales.

Será para 1978 en la novena edición del manual de la OMS (CIE-9) donde aparece por primera vez el “Transexualismo” en una clasificación internacional como diagnóstico, aunque ubicado al mismo nivel que las parafilias y las disfunciones sexuales, todo esto dentro de las “Desviaciones y Trastornos Sexuales”.

Luego en 1980 el DSM-III de la APA presenta un apartado llamado “Trastornos de la Identidad Sexual”, en el que se incluyen el “Transexualismo” y los “Trastornos de Identidad Sexual en la Infancia”.

El transexualismo estaría definido como:

"Desviación sexual centrada en la creencia fija de que los caracteres sexuales externos no son los que corresponden a la persona. La conducta resultante se dirige ya sea hacia el cambio de los órganos sexuales por medio de operación quirúrgica o hacia el ocultamiento completo del sexo aparente, adoptando el vestido y los modales del sexo opuesto" (Rodríguez; García Vega, 2012, p. 5).

Tradicionalmente los trastornos sexuales se han dividido en dos grupos, las parafilias y las disfunciones sexuales. El DSM-III añade un tercer grupo, los “Trastornos de la Identidad de Género”. Todo ello dentro de la categoría de los “Trastornos Psicosexuales”. El mismo cuenta con dos categorías específicas, con sus propias pautas diagnósticas: Transexualismo y Trastorno de la identidad sexual en la infancia. Para los trastornos que se dan en la edad adulta, incluye la especificación de la orientación sexual del individuo: Asexual, Homosexual, Heterosexual, y la No Especificada.

Para hacer diagnóstico de "transexualismo verdadero" era necesario haber alcanzado la pubertad y además presentar un malestar persistente respecto al propio sexo anatómico y “una preocupación de por lo menos dos años de duración sobre cómo deshacerse de las características sexuales primarias, secundarias y de cómo adquirir las características sexuales del otro sexo” con firme decisión de someterse a cirugía genital; considerando entonces a aquellas personas que no deseaban operarse como “Pseudotransexuales”.

Con la inclusión de la transexualidad en el DSM, la WPATH (The World Professional Association for Transgender Health, creada en 1979), pretendía abrir nuevas posibilidades legales y sociales, ya que la tipificación como un trastorno mental ha servido de fundamento para cubrir los costos de las terapias hormonales y quirúrgicas de reasignación sexual, al igual que en muchos otros países donde esto constituye un requisito para la cobertura de los tratamientos.

En 1987 dentro de la revisión del DSM-III, se añade el “Trastorno de la Identidad de

Género en la Adolescencia o en la Adulthood, no transexual”, que se aplica a las personas con disforia de género leve o fluctuante.

Para 1992, la CIE 10, al igual que el DSM III, comparten el término “Trastornos de la Identidad de Género”, siendo este un grupo independiente de los “Trastornos de la Inclinação Sexual” y de las “Disfunciones Sexuales”. Dentro de los Trastornos de la Identidad de Género se encuentran el “Transexualismo”, el “Transvestismo no fetichista” y el “Trastorno de la Identidad de Género en la Infancia”.

A principios del siglo XXI se intensifica la presión internacional para que la transexualidad sea retirada del DSM, así como del capítulo “Trastornos mentales y del comportamiento” de la clasificación de la OMS.

Históricamente la APA se ha mostrado reticente a eliminar diagnósticos de sus clasificaciones ante la presión social; por lo cual previamente se fueron realizando reconceptualizaciones, recurriendo a tecnicismos sin modificar su esencia patologizante. Por ejemplo en el caso de la homosexualidad, previo a ser eliminado, se reemplazó por “perturbación de la orientación sexual” en el DSM-II, luego por “homosexualidad egodistónica” en el DSM-III, y finalmente se eliminan en 1986. Cabe aclarar que la inclusión de la homosexualidad en este manual, nunca tuvo base científica para relacionar la orientación sexual con psicopatología.

Con la llegada del DSM IV (1994), en el capítulo “Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual”; el “Transexualismo” y el “Trastorno de la Identidad Sexual en la Infancia” pasan a formar parte del “Trastorno de Identidad de Género” (TIG); donde los vuelve a agrupar con las parafilias y las disfunciones sexuales, eliminando la palabra Transexualismo. En esta categoría se engloba a las personas que sólo deseaban la castración y una penectomía sin deseo de adquirir caracteres sexuales del otro sexo, aquellas con una enfermedad intersexual y disforia sexual acompañante o el transvestismo no fetichista.

De esta manera se siguen psiquiatrizando las expresiones de género no normativas y que no llegan a tener un diagnóstico específico.

Ya no se nombra a la homosexualidad ni a la transexualidad, pero se patologiza el deseo homoerótico y la identificación de género cruzada.

Los criterios establecidos para el TIG siguen asociando estrechamente la transexualidad con el malestar corporal y el deseo de pasar por el quirófano. Además, sostener que estas personas se identifican “con el otro sexo” supone una simplificación de una realidad que es plural y diversa. Esta lógica dicotómica ignora que existen personas cuyos cuerpos y subjetividades no se ajustan al binomio hombre/mujer y que cuestionan las

categorías identitarias que conforman nuestro universo sexo-genérico.

Con la publicación de la edición revisada del DSM-IV (2002), ya son varios los ámbitos desde los que se pone en duda la inclusión de la transexualidad en las nosologías de trastornos mentales. Sumado a esto, a finales de los años 2000, autoridades políticas y organismos internacionales empiezan a posicionarse a favor de la despatologización. Por su parte, en una resolución de septiembre de 2011, el Parlamento europeo exige la “despsiquiatrización de la vivencia transexual y transgénero” y pide a la OMS que, en la próxima versión de la CIE (prevista para 2018), suprima “los trastornos de identidad de género” de la lista de trastornos mentales y del comportamiento, garantizando una reclasificación de dichos trastornos como “trastornos no patológicos”.

La última edición revisada del DSM-IV-TR, aunque continúa utilizando el término de trastorno de la identidad de género, comienza a reemplazarlo por el de “disforia de género”. La identidad de género hace referencia a la percepción que tiene un individuo de sí mismo como hombre o mujer. El término disforia de género denota sentimientos intensos y persistentes de malestar con el sexo asignado, así como el deseo de poseer el cuerpo y de ser considerado por los demás como un miembro del otro sexo.

La voluntad de mostrarse sensible ante las críticas, llevó a la APA a reconceptualizar una vez más la categoría diagnóstica. En un primer borrador del DSM-V (2010), cambiaron el “Trastorno de la Identidad de Género” por “Incongruencia de Género”, afirmando que comprendían el uso de la palabra “trastorno” como elemento estigmatizante (Rodríguez; García Vega, 2012). A pesar de este cambio, las críticas no cesaron, ya que el uso del término “incongruencia” también tiene una fuerte carga estigmatizante. Para la RAE, en su segunda acepción, se define como “un dicho o hecho faltos de sentido o de lógica”.

“Desde el activismo por la despatologización trans ha habido una reacción ambivalente. Por un lado, se considera que esta modificación supone un importante logro. Por otro, rechaza el término “incongruencia de género” por patologizante y juzga injustificada la presencia del diagnóstico “incongruencia de género en la infancia” dado que en principio los menores prepúberes no requerirían acceso a tratamientos sanitarios y el mero diagnóstico puede conllevar discriminación” (de Celis Sierra, 2018, p. 1).

La APA reconoce que el diagnóstico “puede tener un efecto estigmatizante”, al mismo tiempo destaca que “facilita la asistencia clínica y la cobertura del seguro médico”. En la versión definitiva (2013) han realizado otro cambio terminológico: “Disforia de Género”, argumentando que “Incongruencia de Género” es una categoría “que podría aplicarse erróneamente a personas con conductas de género atípicas pero que, en cambio, no tienen

ningún problema de identidad de género”.

Con el cambio de denominación, la esencia del diagnóstico ya no es la identificación de género cruzada (la APA admite que la no conformidad de género no es *per se* un trastorno mental), sino “el malestar que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado o expresado y el género que se asigna”. Hay personas que no sienten angustia por su condición, y si en realidad experimentan algún malestar, éste es generado por una sociedad transfoba que las estigmatiza.

La “disforia de género” ha sido separada de las “disfunciones sexuales” y las “parafilias” como una nueva clase diagnóstica.

La última novedad remarcable del capítulo “disforia de género” es la inclusión de un apartado sobre los “aspectos diagnósticos relacionados con la cultura”, merece la pena reproducir lo dicho en el mismo:

“Se han descrito sujetos con disforia de género en muchos países y culturas. También se ha descrito un equivalente a la disforia de género en sujetos que viven en culturas con otras categorías sexuales institucionalizadas distintas del hombre y la mujer. No está claro si en estos sujetos se cumplirían los criterios diagnósticos de la disforia de género” (Mas Grau, S/A, p. 12).

Se entiende que aquello que no se nombra son figuras transgénéricas. De ser así, la aplicación de esta “categoría” es de lo más cuestionable porque estas figuras no tienen como principal elemento definidor el malestar o disforia con el que la psiquiatría caracteriza al transexual medicalizado. Aunque bien es cierto que, actualmente, muchos *tercer género* sufren el deterioro de su posición social con la progresiva pérdida de su significación simbólica causada en gran medida, por la mundialización de los códigos sexo-genéricos occidentales y del paradigma biomédico de la transexualidad.

La CIE 11 en el año 2018 establece el término de “Incongruencia de Género”, en el capítulo “Condiciones Relativas a la Salud Sexual”, quitándole por fin la etiqueta de “trastorno”.

La inclusión de la transexualidad en las clasificaciones de trastornos mentales, aparte de paradójica (pues la terapéutica no actúa sobre el supuesto trastorno mental, sino sobre el cuerpo), es contraproducente. A nivel individual, la persona diagnosticada puede interiorizar que su condición es patológica. A nivel social, el diagnóstico no ayuda en modo alguno a que entendamos que no es una disfunción o un error, sino una expresión más del ser humano.

DEFINIENDO CONCEPTOS

En 2010 la OMS actualiza el concepto de sexo:

“El sexo son las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Estos conjuntos de características biológicas tienden a diferenciar a los humanos como hombres o mujeres, pero no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos” (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de la Salud, 2018, p. 3).

Algunas personas lo llaman “sexo biológico”, pero este término no capta completamente las complejas variaciones biológicas, anatómicas y cromosómicas que pueden presentarse.

Tener solo dos opciones puede no describir lo que sucede dentro del cuerpo de una persona, como se siente o se identifica.

Otras prefieren llamarlo “Sexo asignado al nacer”, dando cuenta de que un otro, por lo general un médico, toma la decisión por la persona.

Género alude a las diversas prácticas, roles, y capacidades promovidas y esperadas de forma diferencial a partir del sexo asignado al nacer. No son atributos naturales e individuales sino producto de las expectativas que tiene la sociedad en relación al sexo asignado. Las diferencias de género normativizan y ordenan los vínculos sociales a partir de las nociones de masculinidad y feminidad, que impactan tanto en la percepción que las personas tienen de sí mismas y de los otros, como en la organización social y cultural.

Los “Principios de Yogyakarta” (Signatarios y signatarias de los principios de Yogyakarta, 2007) elaborados por un grupo de especialistas en derechos humanos, en el marco de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) - 2007 - conciben como Identidad de Género

“... a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona lo siente profundamente, de manera que podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento. La identidad de género incluye la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales” (Dirección de Adolescencias y juventudes, Ministerio de Salud de la Nación, UNICEF, 2021, p. 15).

La mayor parte de las personas se sienten hombre o mujer; algunas se sienten mujeres

masculinas u hombres femeninos, y algunas no se sienten ni hombres ni mujeres. Estas personas pueden considerarse “intergénero”, con “género variante” o con “género fluido”. La idea de la propia identidad de género comienza a gestarse a los 2 o 3 años. Aquellas personas que sienten que el sexo asignado y la identidad de género son lo mismo o están relacionados, se las denomina “cisgénero”, y a las que sienten que su sexo asignado es diferente del género de su identidad, se las llama “transgénero” o “trans”.

La “orientación sexual remite a un patrón de atracción emocional, romántica, sexual y/o afectiva hacia otros (...) Las personas (Dirección de Adolescencias y Juventudes, Ministerio de Salud de la Nación, UNICEF, 2021, p. 23) pueden identificarse con una misma orientación sexual toda su vida o puede ir variando su identificación”.

La Expresión o Rol de género está definida por la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos (CIDH) como:

“la manifestación externa de los rasgos culturales que permiten identificar a una persona como masculina o femenina conforme a los patrones considerados propios de cada género por una determinada sociedad en un momento histórico determinado” (Dirección de Adolescencias y juventudes, Ministerio de Salud de la Nación, UNICEF, 2021, p. 16).

Hay que considerar que muchas veces las personas no pueden expresar su identidad de género en el medio en el cual se desarrollan y otras veces el hecho de expresarla, transgrede las “normas culturales” de una sociedad determinada, convirtiéndose en fuente de abuso contra los derechos humanos.

Todas estas aristas se resumen perfectamente en los Diez puntos clave de la Campaña Nacional Infancias Trans sin Discriminación ni Violencia de Gabriela Mansilla, incluidos en (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación, 2020-2022) *“La revolución de las Mariposas”*.

EN BUSCA DE LA IDENTIDAD

En sus Recomendaciones para la Práctica Psicológica con Personas Trans la Asociación Psicológica Americana en el 2015 no se define por lineamientos universales, al no reunir suficiente evidencia para validar empíricamente cuál sería la mejor forma de intervención sobre todo en pacientes menores de edad. Sin embargo, podemos encontrar líneas de trabajo que acompañan al sujeto en la búsqueda y afirmación de su identidad.

En estos casos se plantea la inserción social animando a explorar y expresar su identidad en los ámbitos que frecuenta, alentando al cambio de pronombres, nombre, tipo de

vestimenta, etc., bajo la máxima que este tipo de experiencias le permitirá desarrollar herramientas para integrar una identidad de género afianzada, tanto si decide mantenerla o no, ya que generalmente el conflicto radica en quienes rodean al individuo.

La identidad de género podría asumirse por identificaciones primarias con sujetos del entorno con quienes se comparten vínculos afectivos, aun antes de ser atravesado el complejo edípico, es por ello que el rol del profesional se fundará en escuchar y acompañar a la persona a que habite en coherencia con la identidad autopercebida, sin realizar juicios de valor; considerando contraproducente cualquier intento de “corregir” roles y expresiones socioculturalmente impuestos.

En relación a lo antedicho cabe mencionar que el acompañamiento no ha sido siempre de ese modo; las llamadas “terapias de conversión sexual o reparativas” tenían como finalidad modificar, por medio de la palabra, religión, violación en manada, aversión química, tratamiento medicamentoso, electrochoques y demás aberraciones, la orientación sexual, identidad y/o expresión de género de quien se ubica por fuera de las normas binarias heterosexuales y cisnormativas y por qué no del ala más conservadora de la sociedad. Haciendo referencia a esto, la Asociación Mundial para la Salud Transgénero considera no ético “el tratamiento dirigido a tratar de cambiar la identidad y expresión de género de una persona para que sea más congruente con el sexo asignado al nacer”. También señala que (de Celis Sierra, 2018) ese tipo de intervención se ha mostrado inefectiva en el pasado, sobre todo a largo plazo.

EN BUSCA DEL CUERPO DESEADO

Como indica la ley de Identidad de Género (Ley 26743, 2012) será función del Ministerio de Salud, según la Reglamentación del Artículo N° 11, coordinar con las autoridades sanitarias de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la preparación de los servicios en establecimientos sanitarios públicos de cada jurisdicción o a nivel regional, que cumplan con los objetivos del artículo que por esta medida se reglamenta; coordinar e implementar un programa de capacitación, actualización y sensibilización para los profesionales de la salud del sub sector público, a fin de poder dar respuesta al abordaje integral de la salud, a las intervenciones y tratamientos, generando recomendaciones que propicien la implicación de las universidades formadoras en ciencias de la salud, y realizar campañas de información a fin de promover la salud integral, intervenciones y/o tratamientos disponibles, en el marco de lo estipulado por el presente artículo, vehiculizado a través del

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Existen tres grandes esferas en el camino de la adecuación corporal (Dirección de Géneros y Diversidad. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Secretaría de Acceso a la Salud. Ministerio de Salud de Argentina, 2020, pp. 69-90): técnicas no invasivas, hormonización y cirugía.

En este punto resulta de importancia destacar la mirada de Missé, sociólogo y activista trans español en relación al modelo bio-médico-psiquiátrico de la transexualidad.

“Considera muy problemático que la población transexual sea la única que tenga legitimada de la manera que la tiene la modificación corporal. Entiende que la transexualidad infantil es un paradigma de la lógica normalizante, donde de lo que se trataría sería de que el menor “pase” por alguien del otro género, en vez de tratar de construir una sociedad donde las categorías de género no sean tan rígidas como para que si alguien por cualquier tipo de vulnerabilidad no encuentra su lugar en ellas pueda llegar a pensar que el problema está en su cuerpo y acabarse sometiendo, para ser aceptado, a tratamientos con consecuencias irreversibles” (de Celis Sierra, 2018, p. 6).

LA FORMACIÓN ACADÉMICA, ¿UNA BARRERA A DERRIBAR?

Durante siglos la formación biomédica ha dejado a un lado necesidades en relación a la sexualidad y el deseo; justificando sus respuestas a, en el mejor de los casos, transmitir cómo evitar la concepción no intencional e infecciones de transmisión sexual, sin implicarse en cuestiones más amplias.

“En el Nacimiento de la Clínica (1963), Foucault señaló que los cambios en los modos en los que el cuerpo era visto y descrito por la mirada médica, no respondían al azar del progreso ilustrado o racional, sino que obedecían también a lógicas y mecanismos provenientes del poder, que a partir del siglo XVIII penetraron y se inscribieron en el cuerpo. El cuerpo es político (Foucault, 1976): es plataforma de enunciación y espacio de inscripción, a la vez que símbolo del mundo social que los propios sujetos habitan” (...) “En estas técnicas y tecnologías de poder que se inscribieron en los cuerpos le cupo a instituciones como la medicina, nodal en la definición de lo que la moderna sociedad entiende bajo el binomio de anormalidad/normalidad, imponiéndose como acto de autoridad con funciones normalizadoras que exceden la existencia de las enfermedades y las demandas de las personas” (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación, 2020-2022, p.51).

Si bien en el campo de la psicología, la sexualidad ha sido tomada en cuenta desde sus

inicios como una dimensión de importancia fundamental en el desarrollo del ser humano tanto en la construcción de su identidad como en su relación con el entorno, aún podemos encontrar en los espacios de formación miradas patologizantes sobre comportamientos, actividades, prácticas o estilos de vida que se salen de “la norma”.

Lo antedicho se pone de manifiesto en el modelo médico-hegemónico, el cual se basa en conceptos de normalidad/anormalidad, salud/enfermedad y tantos otros binarismos que perpetúa la inadecuada atención integral de la salud, reproduciendo discriminación y prejuicios, transformando las diferencias en desigualdades, estableciendo una barrera simbólica que termina por generar en las corporalidades diversas expulsión del sistema de salud.

El Departamento de Género y Abordaje Inclusivo de la Facultad de Ciencias Médicas - UBA promueve acciones de sensibilización, difusión y formación en temáticas de género en todas las Unidades Académicas, Hospitalarias, Departamentos y Direcciones que de ella dependen en el marco de la Ley Micaela (Ley 27499, 2019) la cual establece la obligatoriedad de la capacitación en aspectos de género y violencia contra las mujeres para todas las personas que trabajan en la función pública, lo cual se expresa en la Resolución (CS) N° 1995/2019 UBA.

Si bien esta capacitación se encuentra dentro de la Secretaría de Extensión Universitaria siendo de carácter co-curricular y no obligatoria, se promulga su realización por parte de todos los actores universitarios a fin de fortalecer la concientización en perspectiva de género.

MARCO JURÍDICO

La ley 26743 de Identidad de Género del 2012 reconoce a las personas trans el derecho a rectificar su identidad legal a partir de su autopercepción con la sola firma de una declaración jurada, e incorpora al Plan Médico Obligatorio (PMO) tratamientos hormonales y cirugías.

Se enfatiza el respeto por el derecho humano a la identidad de género y se reconoce el derecho de los menores a participar en las decisiones sobre su identidad (Art.11, 13).

Es la primera ley junto a Dinamarca y Malta que a nivel mundial reconoce a la identidad como un *derecho humano*, por lo cual las personas trans no necesitan someterse a diagnósticos psicológicos y/o psiquiátricos patologizantes.

De este modo enfatiza la autonomía y la responsabilidad de todas las personas en

relación con sus cuerpos, en tanto titulares de derechos, con capacidad para decidir y expresarse por sí mismas en lo referente a sus experiencias y deseos.

Por su parte la ley 26529 de Derechos del paciente en su relación con los profesionales de la salud promulgada en el 2010 se autoproclama como “de derechos esenciales del paciente respecto de su relación con el médico”, haciendo hincapié en la dignidad, libertad y autonomía, para destituir el modelo médico paternalista.

Es así que se refuerza la imagen del paciente como sujeto con capacidad de toma de decisión y repregunta, con derecho a rechazar cualquier práctica o tratamiento con el que no estuviera de acuerdo; buscando de este modo una relación médico-paciente, paciente-médico, dinámica y de intercambio.

Por último la ley 26657 del 2010 de Derecho a la protección de la salud mental - Disposiciones complementarias - significó un cambio de paradigma en el abordaje de la salud mental ya que posiciona a los individuos como sujetos de derecho y promueve el cierre paulatino de las instituciones de encierro, como los neuropsiquiátricos, e impulsa la integración con el resto de la sociedad.

Define a la salud mental como: “*proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona*” (Art. no 3) reforzando que el diagnóstico no podrá basarse en la identidad de género elegida.

LEY VS. IMPLEMENTACIÓN

“*La gesta del nombre propio. Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina*”, publicado en 2005 por Lohana Berkins y Josefina Fernández, se trató de un hito a nivel nacional ya que fue el primer libro que visibilizó y brindó información detallada de la situación de las travestis, transexuales y transgéneros en diversas zonas de Buenos Aires; investigación que fue realizada por ALITT (Asociación de Lucha por la Identidad Travesti Transsexual), activistas feministas y mujeres del campo académico. Los resultados no fueron alentadores, mostrando una clara exclusión para acceder a la salud, vivienda, educación, siendo además víctimas de violencia policial, sexual y/o doméstica. Tal vez el capítulo más impactante sea el primero donde se nombra una a una las 420 travestis muertas durante los últimos 5 años; dentro de este enorme número más de la mitad ha muerto por SIDA y el segundo lugar lo ocupan los asesinatos.

La primera investigación posterior a la promulgación de la ley fue en el 2013, realizada por la Fundación Huésped conjuntamente con ATTTA (Asociación de Travestis, Transexuales y Transgénero de Argentina) bajo el nombre de “*Ley de Identidad de Género y Acceso a la Salud en población trans*”. Se trató de una encuesta Nacional que abarcó siete regiones del país: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Conurbano Bonaerense, Región Pampeana, Noreste Argentino, Noroeste Argentino, Cuyo y Patagonia.

Arroja que 7 de cada 10 personas trans se atiende en el sistema público, lo que podría relacionarse con la precaria situación laboral, siendo esta información de utilidad a la hora de diagramar capacitaciones/actualizaciones tanto de profesionales como no profesionales. Se reconoce que al menos un tercio de la población se acercó al sistema de salud para iniciar/continuar tratamiento hormonal, práctica que antes era realizada por su cuenta y sin asesoramiento.

Las barreras simbólicas se ponen de manifiesto cuando los números indican que aquellas personas que no han realizado el cambio registral son, coincidentemente, quienes acuden al sistema de salud en menor medida o aquellos que consideran que no necesitaban acercarse a la consulta; perdiéndose de este modo el pilar fundamental de la medicina, la atención primaria de la salud.

La sensación estigmatizante y discriminatoria disminuyó también luego del 2012; de un 8 de cada 10 a un significativo 3 cada 10 personas.

Abarcando la temática Acoso Escolar en Argentina, la “*Organización Capicúa*” en el año 2015, realizó una encuesta donde el 77% de los adolescentes presencié o conoce situaciones de acoso escolar, siendo los principales motivos las características físicas (34%) y el “ser o parecer gay, lesbiana, bisexual o trans” (20%).

Al relacionar el nivel de educación alcanzado con la edad en que se asume socialmente el género, se observa que cuanto más tardía sea la expresión de su identidad, más alto será nivel educativo. La discriminación y violencia por cuestiones relativas a la identidad de género actuaron como obstáculos en la inserción laboral, incluso en quienes completaron sus estudios.

En el año 2015 la provincia de Misiones realizó un informe preliminar, donde se refleja la clara actitud expulsiva por parte del núcleo familiar, seguido del ámbito de salud, educación y fuerzas de seguridad.

Se pone de manifiesto que la alta deserción escolar es secundaria al bullying sufrido o a incompatibilidad de horarios ya que tras ser expulsados de sus hogares deben recurrir tempranamente al ámbito laboral.

Un considerable porcentaje (Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de Argentina, 2020) no realiza el cambio registral por miedo al rechazo familiar y en otros casos por cuestiones administrativas.

El libro *“La revolución de las mariposas”* fue producto de la investigación llevada a cabo en el 2017 por el Ministerio Público de la Defensa a través de su Programa de Género y Diversidad Sexual, junto con la Fundación Diversidad Divino Tesoro a través del Bachillerato Popular Trans Mocha Celis.

La idea fue plasmar los cambios que generó la llegada de la ley teniendo en cuenta datos aportados por *“La gesta del nombre propio”*, concluyendo que se han reflejado tanto avances como retrocesos y permanencias respecto a aquel primer libro.

La manifestación de las vulneraciones y desventajas se muestran desde la infancia donde al expresar sus identidades de género son rechazados y obligados a abandonar el hogar, especialmente las niñas trans, lo que llevara a la interrupción temprana de la formación escolar. El 70% de las mujeres encuestadas refiere haber abandonado su hogar siendo aún menores de edad, en comparación con los jóvenes cis menores de 25 años que aún viven con sus padres. La precoz salida del hogar y la deserción escolar no traerá otra cosa que trabajos no formales siendo el trabajo sexual el ejercido con mayor frecuencia. La edad de inicio coincide con la salida del núcleo familiar, y se retrasa a mayor nivel educativo.

En la Argentina, según el informe *La Revolución de las Mariposas*, mientras en 2005 el 57,8% de travestis y mujeres trans controlaban regularmente su salud, en 2016 (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación, 2020-2022) se registró un aumento significativo: 87,6%.

Se realizó una investigación entre 2017- 2018 con personas trans que se contactaron desde el área de Diversidad Sexual perteneciente a la Secretaría de Acompañamiento y Protección Social, llamado *“Condiciones socio sanitarias de las personas trans - Accesibilidad y experiencias en el sistema de salud”*.

Los objetivos específicos fueron describir las características sociodemográficas, indagar sobre las intervenciones corporales realizadas y experiencias vividas durante el proceso de modificación de sus cuerpos, explorar sobre las posibilidades de acceso a la atención de la salud y su percepción sobre la misma.

Del total, un 63% eran menores de 36 años. Casi el 80% tenía nivel educativo de hasta secundario completo; y un 72% hizo el cambio registral del DNI.

De los testimonios incluidos, se desprende que las expresiones de género en la niñez fueron causa de maltrato o abandono de la familia, que implica la deserción temprana de la

escuela y el ingreso al sistema de trabajo sexual.

En cuanto a los tratamientos requeridos para ajustar las corporalidades al binarismo y el acceso al sistema de salud, surgió que la hormonización es la técnica a la que más se recurre (68%), pero la mitad respondió nunca haber consultado a un médico. Si lo discriminamos por géneros, en el caso de las masculinidades trans aumenta considerablemente el control médico durante todo el tratamiento hormonal, 60% vs un 20% en feminidades.

Sobre las intervenciones quirúrgicas genitales, refieren que son las más complicadas de poder llevar a cabo dado que se realizan en muy pocos hospitales del país y hay largas listas de espera, sólo el 3% la realizó, mientras que el 20% del total desea realizarla. Respecto a cuáles son las intervenciones corporales realizadas y/o deseadas, un 19% de las feminidades trans que desean hacerse una modificación, respondieron que anhelan extraer los materiales que se inyectaron en el cuerpo por causarles graves problemas de salud. Según lo manifestado por ellas, esta necesidad no tiene respuesta desde el sistema de salud. La cantidad de casos disminuye a medida que disminuye la edad, en parte a una mayor toma de conciencia.

El 84% de las personas encuestadas (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, S/A) no cuentan con cobertura de salud; y se atienden en hospitales o centros de salud públicos. La percepción sobre la atención mejora en aquellos lugares donde hay un consultorio amigable. El 54% de las personas consultadas dijo haber sido víctima de algún acto discriminatorio en una institución de salud, principalmente señalaron el no respeto a la identidad de género autopercibida.

Jujuy, por su parte, realizó en el año 2018 el “1° Censo de la Población Trans Femenina”, llevado a cabo por la Dirección Provincial de Estadísticas y Censos (DIPEC) junto con la Fundación Damas de Hierro.

Al explicar la metodología que se llevó a cabo se referencia el efecto “bola de nieve”, lo que figura que cada persona entrevistada referenció a tres más; marcando una vez más, la importancia de las y los activistas a la hora de acortar distancias.

Se destaca que este primer censo tuvo como finalidad poner de manifiesto la necesidad de implementar el cupo laboral trans, ESI, y evitar la violencia institucionalizada.

El mismo arrojó 163 personas que se consideran trans femeninas, de las cuales un 87% padeció discriminación, un 84% es económicamente activa; de estas un 48% son trabajadoras sexuales y el resto se desempeña en trabajos informales o independientes, reservándose el 1,3% a trabajo formal con vías de poder jubilarse. El dato esclarecedor y duro

es que dicha población tiene una expectativa de vida de 36 años.

Por su parte la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos (Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo cultural de la Nación, Dirección general de Políticas Integrales de Diversidad Sexual, 2019) realizó en el mismo año una prueba piloto sobre una muestra de 60 personas trans y travestis, a fin de efectuar un relevamiento que permitiera plasmar las condiciones de vida y características sociodemográficas.

El objetivo general era describir las condiciones de vida de la población trans; y los objetivos específicos, caracterizar sociodemográfica y socioeconómicamente a la población, indagar sobre la integración social, el acceso a salud, educación, seguridad social, trabajo, y conocer las situaciones de discriminación por identidad de género que experimentan.

Destaca que el 86% autopercebe su identidad desde antes de los 16 años, pero las edades de socialización y visibilización son en general por encima de los 21 años. El 60% realizó el cambio registral.

En cuanto a la residencia y lugar de nacimiento, todas las personas encuestadas son argentinas, 95% oriundas de la provincia (de Paraná 77%). En cuanto a la existencia de migración, el 80% vivían en Paraná hace cinco años y el 13% dejó su ciudad de origen a causa de la discriminación.

En relación con la salud se encuentra que el 68% no cuenta con cobertura de salud y cuando se atiende, lo hacen en hospitales públicos o centros de salud. Si bien la mayoría consultó en el último año (73%) y más de la mitad indicó no haber vivido experiencias de discriminación, en porcentajes cercanos al 20% se mencionan este tipo de situaciones por parte de personal administrativo, seguridad y de salud.

En lo que respecta a tratamientos de adecuación de género la hormonización es la técnica más utilizada (57%). Si bien la mayoría realiza estos tratamientos bajo control médico (56%), la tercera parte nunca lo tuvo. Y aunque la mayoría accede a ellas a través del hospital público, centros de salud, programas o planes de salud y de la obra social, el porcentaje de personas que acude por su cuenta es alto (44%). Se destaca también que de la población estudiada, la totalidad de masculinidades trans en tratamiento hormonal lo hace bajo supervisión médica.

Respecto de las intervenciones quirúrgicas el 78% desea hacerse alguna y no puede principalmente por motivos económicos y/o falta de profesionales capacitados. Sólo el 23% intervino su cuerpo quirúrgicamente, siendo la cirugía de implantes o prótesis mamarias la más frecuente (17%) en feminidades trans y la mastectomía (3%) en masculinidades trans. Además de esto, la inyección de siliconas, aceites u otros líquidos en diferentes zonas del

cuerpo es frecuente (31%), en especial en el grupo de feminidades trans de mayor edad (67% de entre 40 a 49 años).

En cuanto a la educación, el 71% no terminó el secundario, de los cuales el 17% no cuenta con el primario terminado. El 23% terminó el secundario y sólo el 3% cuenta con terciario universitario completo. La discriminación en el ámbito educativo es alta, el 33% tuvo que abandonar sus estudios por su identidad de género.

Sobre la ocupación el 73% realiza actividades, de las cuales la prostitución, peluquería, cuidado de personas, venta de productos y costura son las más mencionadas. Al indagar no sólo si está actualmente en situación de prostitución, sino también si lo estuvo anteriormente, el 73% responde afirmativamente. Se advierte que el 84% de ellas está o estuvo en dicha situación. El 57% se inició en la actividad entre los 16 y 20 años y el 20% entre los 11 y 20 años.

De esta forma se expone que la educación y la salud son los espacios donde viven mayor discriminación.

A futuro (Decreto 476 de 2021. REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS. 21 de julio de 2021) se espera contar con datos cuantitativos de mayor calidad y alcance respecto de la población trans, travesti y no binaria en la Argentina, dado que se ha incorporado la variable de identidad de género en el próximo censo nacional.

CONCLUSIÓN

Se enfatiza la amplia trayectoria de lucha de este colectivo aún en tiempos socio políticos adversos que ha dado lugar a movimientos sociales y agrupaciones, logrando así visibilización, debate e instalarse finalmente en la agenda política para lograr que sus derechos sean garantizados, confrontando el repudio y el castigo familiar, social, científico, institucional y religioso por desafiar el mandato social y por no ser parte de las sexualidades hegemónicas.

Evaluando todos los puntos tratados en relación al sistema de salud y aunque se destaca que hubieron avances prometedores desde la sanción de la ley de Identidad de Género permitiendo el cambio registral sin ningún tipo de abordaje médico-legal; aún quedan importantes desafíos para mejorar el acceso y la calidad en la atención de la salud integral, quedando evidenciado en las investigaciones precedentes que las instituciones sanitarias siguen siendo espacios donde se dan prácticas discriminatorias de toda índole en su afán por normativizar y disciplinar haciendo de ellas un espacio poco confiable y expulsivo. Por tal

motivo acceso y atención integral deben encabezar la lista de problemas a resolver a corto plazo.

En este punto y entendiendo que constitucionalmente *el acceso a la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el acceso a otros derechos*, se debería comenzar por la capacitación de los profesionales desde la formación de grado preponderando la instrucción en garantía de derechos; asegurar tratamientos que generalmente se dilatan por obstáculos burocráticos; y lo más importante, garantizar el respeto por la diversidad en su sentido más amplio y el trato digno por parte de todo el personal sanitario como del equipo administrativo, punto que no debería estar en discusión ni ser tópico de una encuesta ya que se trata de un derecho humano fundamental. Por lo dicho anteriormente estas temáticas deberían encabezar cualquier protocolo de atención integral sugerida, entendiendo también que muchas veces la segregación se debe al desconocimiento o falta de formación y no a una mala intención.

En la actualidad la capacitación en géneros queda librada a los intereses particulares de cada profesional, exceptuando la obligatoriedad del curso sobre la ley Micaela para los trabajadores de los tres poderes del estado. Se necesitará tiempo para evidenciar si realmente esta disposición tendrá algún impacto en la gestión de políticas públicas y en la sociedad toda. El hecho que la capacitación en diversidades y derechos sea electiva y muchas veces financiada por los mismos profesionales, hace que se profundicen las barreras de acceso a la salud de las disidencias, quienes al encontrar miradas discriminatorias y estigmatizantes se alejan.

El colectivo LGTTTBIQ+ continúa luchando por conseguir que la transexualidad sea removida de manera total y permanente de los manuales de psiquiatría, debido a que consideran que estas categorizaciones resultan estigmatizantes, en contrapartida la justificación de los comités de la American Psychiatry Association y la OMS para mantenerlas es el hecho de que facilitan el acceso a los servicios y prestaciones de salud, patologizando y profundizando la disparidad en relación al resto de la población.

Como partícipes del sistema de salud instamos a todas las personas que forman parte de él a repensar su compromiso en la formación para incorporar nuevos conceptos y herramientas a fin de garantizar/facilitar el acceso a los espacios de salud con un correcto acompañamiento de las disidencias sexogenericas en sus procesos de salud-enfermedad-cuidados, así como conocer e implementar las leyes vigentes ajustando la práctica diaria al marco legal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Artículo N°26 Código Civil y Comercial. Información Legislativa. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación.
2. Asociación Psicológica Americana. (2015). *Guía para la Práctica Psicológica con personas Transgénero (Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People)*. <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines-transgender-spanish.pdf>
3. Berkins Lohana, Fernández Josefina. (2005). *La gesta del nombre propio: informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina*. (2a ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
4. Colque Agustin, Gonzalez Lobo Juana, Pavón Lucia. (2022). Población travesti-transgénero en Argentina: Estado de situación frente a la pandemia de Covid-19. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo de América Latina y el Caribe. <https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/blog/2020/poblacion-travesti-transgenico-en-argentina--estado-de-situacion.html#:~:text=Las%20personas%20travestis%2C%20transexuales%20y,asignado%20al%20momento%20de%20nacer.&text=En%20Argentina%2C%20casi%20todas%20las,la%20pobreza%20y%20la%20indigencia>
5. de Celis Sierra Monica. (2018). ¿Intervención psicológica en la identidad de género? A propósito de la presentación del CIE-11. *Revista Clínica Contemporánea*. <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2018v9n2a19.pdf#:~:text=Los%20seguimientos%20realizados%20hasta%20la%20fecha%20de%20los,de%20las%20intervenciones%20m%C3%A9dicas%20son%20dif%C3%ADciles%20de%20predecir>.
6. Decreto 476 de 2021. REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS. 21 de julio de 2021. Boletín Oficial N° 34.706 - Primera sección. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/247092/20210721>
7. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Organización Mundial de la Salud. 2018. *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Suiza. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
8. Dirección de Adolescencias y Juventudes. Ministerio de Salud de la Nación. UNICEF. Sociedad Argentina de Pediatría. Ministerio de Salud de Argentina . (2021). *Abordaje Integral del Suicidio en las Adolescencias. Lineamientos para equipos de salud*. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/abordaje-integral-del-suicidio-en-la-adolescencia>
9. Dirección de Adolescencias y Juventudes. Ministerio de Salud de la Nación. UNICEF. (2021). *Salud y Adolescencias LGBTI. Herramientas de abordaje integral para equipos de salud*. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/salud-y-adolescencias-lgbti-herramientas-de-abordaje-integral-para-equipos-de-salud>
10. Dirección de Géneros y Diversidad. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

Secretaría de acceso a la salud. Ministerio de Salud de Argentina. (2020). Atención de la Salud en relación con la construcción de la corporalidad y la expresión de género. *Atención de la Salud Integral de personas trans, travestis y no binarias. Guía para equipos de salud*. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/guia-salud-personas-trans-travestis-nobinarias.pdf>

11. Dirección Provincial de Estadísticas y Censos. Provincia de Jujuy. *1° Censo de Población Trans Femenina de la Provincia de Jujuy, Todos somos diferentes, todos somos iguales. 2017-2018*. <http://dipec.jujuy.gob.ar/indicadores-sociales/condiciones-de-vida/censo-de-poblacion-trans-femenina/>
12. Gómez Ágüeda. 2017. Transculturalidad y órdenes sociosexuales en América. In: Gutierrez Usillos Andrés. *Trans* Diversidad de identidades y roles de género*. España, Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, capítulo 1.4.
13. Ley 26.529 de 2009. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. 19 de noviembre de 2009. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>
14. Ley 26.657 de 2010. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. 02 de diciembre de 2010. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
15. Ley 26743 de 2012. Identidad de Género. 23 de mayo de 2012. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>
16. Ley 27499 de 2019. Ley Micaela de capacitación obligatoria en género para todas las personas que integran los tres poderes del estado. 10 de enero de 2019. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/315000-319999/318666/norma.htm>
17. Mas Grau Jordi. Del Transexualismo a la Disforia de Género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/673/825>
18. Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación. (2020-2022). *Plan de Formación para Dispositivos Territoriales de Protección de Personas en Situación de Violencia de Género. Módulo I. Capítulo II: Procesos de lucha, reconocimiento y conquistas de los activismo LGBTI+*. [Modulo Diversidad DTP_230721 \(argentina.gob.ar\)](http://www.argentina.gob.ar/modulo-diversidad-dtp-230721)
19. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. *Condiciones Socio sanitarias de las personas trans. Accesibilidad y experiencias en el sistema de salud*.
20. Moreno Pérez Oscar, Esteve De Antonio Isabel y Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN). 2012. Guías de Práctica Clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación sexual de la SEEN. Unidad de Identidad de Género (UIG), Sección de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España. Unidad de Transexualidad e Identidad de Género de Andalucía (UTIG), Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España.
21. Organización Mundial de la Salud. *Definición de Salud Sexual*.

https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

22. PLAN DE FORMACIÓN PARA DISPOSITIVOS TERRITORIALES DE PROTECCIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO Módulo I Perspectiva de Género y Diversidad para el abordaje integral en Dispositivos Territoriales de Protección Contenidos conceptuales en género y diversidad para el abordaje integral de las violencias por motivos de género.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/07/modulo_diversidad_dtp_230721_1_4_2.pdf
23. Programa de Género y Diversidad Sexual del Ministerio Público de la Defensa de la CABA, Bachillerato Popular Trans Mocha Celis. (2017). *La revolución de las Mariposas. A diez años de La Gesta del Nombre Propio*. <https://mochacelis.org/wp-content/uploads/2018/08/La-Revolucion-de-las-Mariposas.pdf>
24. Reglamentación Artículo N° 11 de la Ley 26743 sobre el derecho a la identidad de género. Sistema Argentino de Información Jurídica. Decreto Nacional 903/2015.
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/245000-249999/247367/norma.htm>
25. Resolución 1995 de 2019 [Universidad de Buenos Aires]. Por la cual se establece la Capacitación obligatoria en los temas de género y violencia contra las mujeres de conformidad con el artículo 1° de la Ley N° 27.499. 20 de noviembre de 2019.
https://www.uba.ar/archivos_uba/2019-11-13_RESCS-2019-1995-E-UBA-REC.pdf
26. Rodríguez María Fernanda, García Vega Elena. (2012). Surgimiento, evolución y dificultades del diagnóstico de transexualismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 32 no.113.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000100008
27. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural de la Nación, Dirección General de Políticas Integrales de Diversidad Sexual. (2019). *Informe sobre los resultados de la prueba piloto en la Ciudad de Paraná para la encuesta de Condiciones de vida de la población trans en Argentina*”.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_parana_27_nov2019.pdf
28. Signatarios y signatarias de los principios de Yogyakarta. 2007. Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género.
<http://www.yogyakartaprinciples.org/>
29. Yaksic Nicolás Espejo, Lathrop Gómez Fabiola. (2015). Identidad de género, relaciones familiares y derechos de niños, niñas y adolescentes. Comentarios al proyecto de ley que reconoce y da protección al derecho de identidad de género. *Revista de derecho (Coquimbo)*, Vol 22, (No 2).
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-97532015000200013

EL ROL DEL SEXÓLOGO COMO EDUCADOR SEXUAL



Sofía Achem Médica especialista en Ginecología y Obstetricia (UNC-Universidad Nacional de Córdoba) - Sexología Clínica (SASH - Sociedad Argentina de Sexualidad Humana).



Bianca Ambrosi Médica especialista en Cirugía General (UBA-Universidad de Buenos Aires) y Sexología Clínica (SASH - Sociedad Argentina de Sexualidad Humana).



María Laura Luján Musicoterapeuta (USAL-Universidad del Salvador), Licenciada en Psicología (UNMP-Universidad de Mar del Plata), especialista en Sexología Clínica (SASH - Sociedad Argentina de Sexualidad Humana)

RESUMEN

“El rol del sexólogo como educador sexual” es un trabajo de revisión bibliográfica crítica sobre el rol del educador en sexualidad, sus valores, herramientas y formación. Las autoras reflexionan acerca de la importancia del rol de educadores que los sexólogos profesionales tienen con relación a sus colegas, pacientes y con la sociedad, en tanto agentes de cambio social. Recopilan, analizan y sistematizan parte de la información existente sobre el tema, con el fin de promover la salud y el disfrute de la sexualidad, realizando un análisis crítico de la situación en lo que respecta a la formación de especialistas. Se concluye que los profesionales de la salud sexual deben ser garantes de derecho, y promotores de una práctica social de la profesión, en pos de transformar el entorno social. Los temas relacionados a la Sexualidad Humana son una deuda que nuestro sistema educativo tiene aún para con la sociedad.

ABSTRACT

“The Role of the Sexologist as a sex educator” is a critical literature review on the role of the educator in sexuality, its values, tools, and training. The authors reflect on the importance of the role of educators that sexologists have with their colleagues, patients, and society, as agents of social change. They collect, analyse, and systemise part of the existing information on the subject, to promote the health and enjoyment of sexuality, carrying out a critical analysis of the situation regarding the training of specialists. It is concluded that sexual health professionals must be guarantors of law, and promoters of the profession's social practice, transforming the social environment. The issues related to Human Sexuality are a debt that our educational system still has to society.

PALABRAS CLAVE: sexología, educación sexual, salud sexual, derechos sexuales

INTRODUCCIÓN

Gracias al amplio recorrido temático, que nos brindó el curso de Posgrado en Sexología Clínica, dictado por la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana, y a las diversas miradas aportadas por los docentes y disertantes, tanto desde la perspectiva de las ciencias sociales y la psicología como desde la medicina y las ciencias de la salud, hemos aprendido la diversidad de temáticas que hacen a la formación del Sexólogo Clínico.

Como compañeras de estudio, y con miradas desde disciplinas diferentes, nos encontramos interesadas en una temática, que en gran parte fue lo que nos motivó a sumarnos al estudio de la sexología “el rol del sexólogo como educador sexual”. Los diferentes y particulares intereses profesionales, nos reúnen y convocan a trabajar juntas acerca de la mirada que tenemos del ejercicio profesional basado en la promoción y prevención de la salud, entendiendo la sexualidad como un área de importancia dentro de la misma.

Al comparar las diferentes casas Académicas por las cuales transitamos y nos formamos, teniendo en cuenta las especificidades de cada currícula, pudimos encontrar que no tuvimos contenido específico relacionado con la formación en sexología. Por un lado, la Facultad de Psicología de la Universidad de Mar del Plata cuenta con seminarios de orientación optativos; por su parte, el colegio de psicólogos de Mar del Plata realizó una propuesta que no se llevó a cabo debido a la poca convocatoria de la misma. En cuanto a las Facultades de Cs. Médicas, tanto en la Universidad de Buenos Aires (UBA) como en la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), no cuentan con contenidos curriculares específicos en sexología en las carreras de grado.

Como equipo de estudio, las autoras coincidimos en la necesidad de formación en los temas relacionados a la sexualidad humana por parte de los profesionales del área de la Salud, deuda que nuestro sistema educativo tiene aún.

Los y las profesionales de la salud formados con una mirada crítica y amplia de la sexualidad humana, podemos transmitir conocimientos a pacientes/consultantes, colegas, y a la comunidad en general, convirtiéndonos así en agentes promotores del cambio, ya que el conocimiento contribuye a derribar mitos y tabúes.

Haciendo un recorrido por diferentes autores, pensamos en la sexualidad desde diferentes ámbitos, incluido el derecho a la misma, como así también el derecho a ejercerla de manera plena, activa, vinculándolo con el placer que conlleva una práctica deseada para cada uno/a de los

sujetos involucrados en la misma. Conjuntamente con el concepto de Salud y de Derecho, reflexionamos sobre la representación social de la sexualidad, de las prácticas en relación al placer, y del *status* profesional que la sociedad determina para dicha especialidad. Mediante una exhaustiva revisión bibliográfica de las publicaciones que vinculan la sexología con la educación, indagando, cuestionando y reflexionando sobre qué rol cumplimos los sexólogos como educadores sexuales, recopilamos y analizamos información para poder ser transmisores de la misma, con el fin de promover la salud y el disfrute de la sexualidad, reflexionando acerca de la situación actual en materia de formación de especialistas, trataremos de abordar esta temática, con el objetivo de reflexionar acerca del rol del sexólogo como educador sexual, desde nuestra práctica concreta.

MARCO TEÓRICO

Tomaremos diferentes conceptos teóricos para ir integrándolos en nuestro análisis, reflexión y conclusiones sobre el tema que abordamos.

CONCEPTO AMPLIADO DE SEXUALIDAD

Para definir sexualidad empezamos tomando como referencia el concepto ampliado de sexualidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que indica que se trata de un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida, influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. La sexualidad comprende diversos aspectos, como sexo, identidad y los papeles de género, erotismo, placer, intimidad, reproducción y orientación sexual, y se experimenta en diversas dimensiones, ya sea a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y/o relaciones interpersonales [1].

SEXUALIDAD Y EDUCACIÓN

EDUCACIÓN SEXUAL

Según la definición de Cabello Santamaria (2010): *“La educación sexual consiste en la modificación, reforma, elaboración, suscitación, excitación e incitación, a la creación y cambio de actitudes humanizadas y comprensivas de la sexualidad. Hoy día existe un acuerdo generalizado sobre quién es el responsable de la educación sexual y, a resultas de diferentes investigaciones, se sabe que la*

mejor manera de impartir educación sexual es a través de los pares o iguales y desde la escuela, con los maestros y maestras como agentes principales” (pp.29) [2].

En nuestro país contamos con la Ley 26150 que crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral , y cuyo artículo 1 versa: *“Todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. A los efectos de esta ley, entiéndase como educación sexual integral la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos” [3].*

Para poder reflexionar acerca del rol del educador tomamos aportes teóricos de las ciencias sociales tales como del pedagogo y filósofo brasilero Paulo Freire quien en su entrevista con Rosa María Torres dice: *“Pero entonces, ¿qué es enseñar? ¿Será que enseñar es transmitir conocimientos? Yo digo que no. El conocimiento no se transmite; el conocimiento se hace, se rehace a través de la acción transformadora de lo real y a través de la comprensión crítica de la transformación que se ha dado antes o que se puede dar mañana. Este es el momento de la abstracción en el acto de conocimiento. El equívoco de los educadores autoritarios es pensar que los contenidos de la educación pueden ser transformados en montones de sabiduría apaciguada, inutilizada, que es transferida como ladrillos a los educandos. Para mí, enseñar es desafiar a los educandos a que piensen su práctica desde la práctica social, y con ellos, en búsqueda de esta comprensión, estudiar rigurosamente la teoría de la práctica. Esto significa que enseñar tiene que ver con la unidad dialéctica práctica-teoría. Unidad dialéctica que casi nunca sabemos hacer porque en el fondo hacemos una oposición entre práctica y teoría, cuando lo que sucede es que práctica y teoría constituyen una unidad contradictoria. Esto está en Marx, no es invención mía. Yo simplemente, arrogantemente si se quiere, concuerdo con Marx” (Freire,2017) [4].*

Por otra parte, Kinserman, N. (1998) define a la educación como un proceso de interacción entre sujetos y su medio, mediante el cual éstos se apropian de instrumentos para operar en una realidad concreta, transformándola y transformándose ellos [5]. Adquirir conocimientos, sistemas conceptuales y valorativos, habilidades técnicas y actitudes cooperativas y solidarias, tiene un carácter instrumental para los hombres, ya que les permite actuar en su medio y realizarse como tales. En este sentido, el Lic. Kinserman enuncia cada etapa y cada rol involucrado en dicho proceso de la siguiente manera:

- **Aprendizaje:** Cada vez que un comportamiento resulta inadecuado a una situación dada, obliga a incorporar nuevos elementos o a reorganizar los que ya se poseen, para actuar de acuerdo con las exigencias de la situación. A esto se llama aprendizaje. Éste es un proceso de permanente deconstrucción y construcción junto a otros sujetos.

● **Educador social:** Aquel que anima intencionadamente un proceso que lleve a los actores con quienes trabajamos a reflexionar, con un enfoque de globalidad e historicidad, acerca de sus situaciones problema, y a asumir su propio proyecto frente a éstas. Significamos así la realidad, e instrumentamos para que ellos, organizadamente, planifiquen y ejecuten las estrategias con las que van a operar para superarlas.

● **Docente:** Aquel que, al tener un instrumental de conocimientos y habilidades amplias y actualizadas, una cultura general y un pensamiento crítico, puede comunicarlos a otros, y está abierto a recibirlos de ellos. Es aquel que moviliza para la decisión y para la responsabilidad social y política, el que predispone a constantes revisiones al análisis crítico de sus descubrimientos, a una cierta rebeldía, en el sentido más humano de la expresión [4].

SEXUALIDAD Y APEGO

Cuando el niño nace, lo hace en un estado de indefensión, que lo lleva a necesitar de un otro para su supervivencia. Es en esta interacción con la/s figuras significativas que el niño/a comienza a descubrirse y descubrir el mundo que lo rodea, ya que en su desarrollo psicológico interactúan el sistema de apego, el de exploración y el de crianza [6].

SEXUALIDAD Y SALUD

Según la OMS, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, sino el estado completo de bienestar físico, mental y social son lo que definen la salud. Como resultado de la interacción de factores sociales, culturales, psicológicos, biológicos, socioeconómicos, éticos y religiosos, la sexualidad es parte del ser humano, y debemos considerarla dentro de la salud de las personas. En este sentido, la salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para lograr y mantener la salud sexual, deben respetarse, protegerse y verse satisfechos los derechos sexuales de todas las personas [1].

CONCEPTOS DE PROTECCIÓN, PROMOCIÓN, Y PREVENCIÓN EN SALUD

PROTECCIÓN EN SALUD

Entendiendo a la salud como un derecho, la protección social en salud es el marco de

referencia que permite el acceso a niveles adecuados de cuidados de la salud a todo individuo. Es por ello que las políticas de protección social en salud deben garantizar el acceso, la calidad, la oportunidad y la protección financiera de las personas, familias y comunidad, orientándose a la universalidad de la salud [7].

PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo de individuos debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente [8].

PREVENCIÓN EN SALUD

La prevención en salud son aquellas medidas que, no solo previenen la aparición de enfermedades, sino que disminuyen los factores de riesgo, detienen el avance y atenúan las consecuencias de las enfermedades una vez establecidas [8]. Por este motivo, pueden clasificarse distintos niveles de prevención, que permiten organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población [9].

- Prevención primaria: El propósito de la prevención primaria es limitar la incidencia de enfermedad mediante el control de sus causas y de los factores de riesgo.

- Prevención secundaria: La prevención secundaria persigue la reducción de las consecuencias más graves de la enfermedad mediante diagnóstico y tratamiento precoces. Comprende todas las medidas disponibles para la detección precoz en individuos y poblaciones, y para una intervención rápida y efectiva.

- Prevención terciaria: La prevención terciaria tiene como meta reducir el progreso o las complicaciones de una enfermedad ya establecida y es un aspecto importante de la terapéutica y de la medicina de rehabilitación. Consiste en medidas para reducir las secuelas y las discapacidades, minimizar los sufrimientos causados por la pérdida de la salud, y facilitar la adaptación de los pacientes a cuadros incurables.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las que viven y trabajan las personas [10]. La OMS define los determinantes sociales de la salud (DSS) como aquellas circunstancias en que las personas se desarrollan a lo largo de su vida, en las que se incluyen políticas económicas, sociales y sistemas políticos que, en su conjunto, influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana de los individuos [11].

DESARROLLO

Retomando el concepto ampliado de sexualidad de la OMS podemos decir que la sexualidad nos atraviesa, nos define y nos constituye desde que nacemos hasta que morimos, en todos los aspectos de nuestras vidas; es por ello que pensarnos como educadores sexuales es un acto de reflexión en primera instancia de cómo vivimos, pensamos, construimos y reconstruimos nuestra propia sexualidad. Como aspecto central del ser humano, la sexualidad se vivencia y se expresa de diversas formas y en distintos escenarios de nuestras vidas [1]. Es decir que ejercemos nuestra sexualidad en el modo en el que construimos nuestro ser y estar en el mundo, y de alguna u otra manera estamos educando a quienes nos rodean.

Según Cabello Santamaría (2010), la educación sexual tendría que cubrir los siguientes aspectos [2]:

1. Evaluación de las necesidades educativas a través de estudios que incluyan a la población a lo largo de todo el ciclo vital.

2. Intervención educativa desde la escuela, y a través de programas de actuación comunitaria y comunicación social acorde con la evaluación previa de la población, para contribuir al desarrollo de una sexualidad sana, plena, placentera y responsable.

3. Dotación de recursos científicos y formativos a las facultades de Ciencias de la Educación para formar al profesorado en este ámbito.

4. Creación de un sistema de formación permanente a nivel de posgrado para la intervención socioeducativa en el ámbito de la sexualidad con una perspectiva de género.

5. Promoción de la investigación acerca de la educación de la sexualidad, la intervención

comunitaria, y la comunicación social, considerando la perspectiva de género y las distintas sensibilidades.

6.Promoción la educación de la sexualidad a través de los canales de comunicación social, elaborando proyectos y programas de intervención acordes a las necesidades de los diferentes grupos poblacionales, que contribuyan al desarrollo de estilos de vida saludables.

7.Evaluación sistemática de las intervenciones para mantenerlas afines a las concepciones teóricas y metodológicas actualizadas que sustentan la educación de la sexualidad, la intervención comunitaria, y la comunicación social con una perspectiva de género.

8.Supervisión de programas, manteniendo una perspectiva de género y vigilancia de la homofobia, transfobia y bifobia.

9.Evaluación sistemática de la eficacia y el nivel de satisfacción de los beneficiarios.

Pensarnos como profesionales de la salud con una ética de trabajo comprometida con nuestro *rol de educadores* nos obliga a hacer hincapié en el ítem 6, entre otros, ya que entendemos que quiere expresar la necesidad de actuar en el mundo que nos rodea, generando estrategias acordes a las necesidades y particularidades de los grupos a intervenir.

Como adultos y profesionales de la salud, no podemos ignorar que el sistema de apego genera la marca de agua con la que vamos a vivir nuestros vínculos en la vida de adultos, educar en el amor y ternura a las niñeces marca un posicionamiento ético desde donde entendemos nuestra responsabilidad, tanto parental como profesional.

Entendiendo entonces a la sexualidad como un proceso de construcción continuo que depende estrechamente de la presencia de esa otra persona significativa, decimos que la identidad sexual empieza a configurarse en los cuidados de la primera infancia. Porque en las caricias, juegos, canciones que acompañan las tareas de cuidado (higiene, alimentación, sueño) es donde los adultos significativos inician el proceso de educación sexual necesario para conformar las bases de la intimidad en futuros vínculos saludables. En cada momento del desarrollo vital del sujeto, las demandas de apego se manifiestan con características particulares, todas tendientes a poder constituirse como sujeto independiente, autónomo, con la seguridad de que ese otro significativo estará para él en caso de necesitarlo. Sabemos que esa figura significativa cumplirá ese rol en relación a su propia experiencia de apego, exploración y crianza, teniendo en cuenta también las representaciones culturales, los factores sociales, el contexto y el estrés ambiental en el cual se desenvuelve, como así también la relación con la pareja.

Los patrones de apego son aspectos centrales en la representación de uno mismo y del

otro, que también involucran estrategias de resolución de problemas y de regulación emocional. Sabiendo que nacemos con un repertorio de emociones primarias, siendo estas las primeras que se despliegan en la conexión con su cuidador, y en este vínculo se complejizan muchas de las emociones humanas intensas y significativas, tienen sus raíces en el sistema de apego, y están ligadas a sucesos vinculares importantes para el mismo, por ejemplo separación y reencuentro. Si pensamos entonces que para la construcción de vínculos a lo largo de su vida, el sujeto toma como información la experiencia en relación a sus figuras de apego, como también de su interacción con el medio, podemos decir que entendemos a la sexualidad como una función de relación con las/os demás, caracterizada por la búsqueda de comunicación, afectividad, seguridad y placer que comienza en la primera infancia en relación a esa figura, y continúa durante toda la vida del sujeto adulto.

Crear canales de comunicación eficaces para difundir información acerca de esta temática, formarse y entrenarse en las estrategias de abordaje para orientar a padres y adultos en el manejo de los vínculos de un modo saludable con las infancias y niñeces, entendemos, es el medio decisivo que permite obtener resultados esperados, la piedra filosofal.

Sabiendo que la sexualidad es el resultado de la interacción de factores sociales, culturales, psicológicos, biológicos, socioeconómicos, éticos y religiosos, como profesionales de la salud, debemos pensarla y abordarla en nuestra práctica cotidiana, ocupándonos en participar activamente en políticas públicas que contengan información científica, actualizada y de un modo accesible para quienes están destinadas. En la actualidad, la salud sexual desde una mirada ampliada e integral no está aún contemplada en todos sus aspectos por el estado, de la misma forma que la sexología no forma parte, aún, de la mayoría de los servicios de atención médico/psicológica de las diferentes instituciones públicas y privadas de nuestro país. Nosotros, como educadores sexuales, tenemos la obligación de hacer énfasis en la importancia que tiene promover la sexualidad como parte de la salud pública desde una perspectiva de derechos. Los esfuerzos aplicados en este sentido serán más eficientes si se tiene en cuenta todos los componentes de la sexualidad, y por ende se incluyen temáticas como apego emocional, placer, desarrollo tanto del amor, como de género y salud reproductiva, siendo uno de los principales objetivos, el propiciar comportamientos sexuales responsables y empáticos en todas las personas.

El miedo, los prejuicios, la discriminación y el odio relacionados con la sexualidad y los grupos sexuales minoritarios son obstáculos para la salud sexual. El miedo surge de la ignorancia y la desinformación. He ahí el desafío de quienes en el rol de educadores sexuales actuamos asertivamente, brindando información científica, actualizada y de calidad a los diferentes grupos

poblacionales.

La educación integral en sexualidad debe ser una prioridad para la población y una política de estado sostenida en el tiempo, independiente de los colores políticos del gobierno de turno. Si comulgamos con la idea que, educarnos en sexualidad forma parte de un proceso que dura de toda la vida, transformando de manera informal y formal conocimientos, actitudes, habilidades y valores relacionados con todos los aspectos de la sexualidad humana, es una de las mejores inversiones que puede hacer una sociedad al promover la salud sexual .

Es imprescindible, desde la mirada del sexólogo clínico, conocer y reconocer las condiciones de vida de la población, comunidad, pacientes con los cuales vamos a trabajar, teniendo en cuenta que nuestro saber puede ser una herramienta que suma a la calidad de vida de las personas, y es nuestro deber tener claridad de las múltiples situaciones que las determinan. Sin este conocimiento previo, no podemos ser asertivos en nuestro accionar. Los condicionantes sociales de la salud deben ser contemplados en políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos, sabiendo que no todos los miembros o grupos en la sociedad parten de las mismas condiciones, pudiendo hablar de desigualdades o de inequidades.

Al hacer referencia a políticas públicas, estamos pensando en la salud sexual desde el Derecho del sujeto a acceder a la misma. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce los derechos sexuales [2]. Coincidimos plenamente con este posicionamiento, por lo tanto, entendemos el rol de educadores como esencial en la cadena para generar capacidad de agencia de los ciudadanos. En nuestro País contamos con un marco normativo extenso en relación a garantizar la salud integral; nosotras nos remitimos en este escrito a las dos que consideramos que estructuran la temática a la que venimos haciendo referencia, a saber, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable [12] y el Programa Nacional de Educación Sexual Integral [3].

La Ley 25673, por la que se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, reconoce que el derecho a la salud comprende a la salud sexual, y que ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción [12]. Pero para que el derecho a la salud pueda ser vivido plenamente, sería necesario que quienes se acerquen a los centros de salud y hospitales públicos y privados, reciban información en lenguaje claro y sencillo, para comprender y apropiarse de lo que necesitan saber en relación a las inquietudes planteadas; además, sería necesario brindar también un ambiente de confianza, intimidad, respeto y apoyo para poder entablar un vínculo con el profesional, y hacer las consultas seguras,

sintiéndose contenido y acompañado en la decisión tomada para ejercer el derecho a vivir la sexualidad de acuerdo a sus valores.

LA LEY 26150 Y SUS VISICITUDES

La Ley 26150 establece el derecho de niñas, niños y adolescentes a recibir Educación Sexual Integral (ESI), y crea el Programa Nacional con el propósito de garantizar el acceso a este derecho en todas las escuelas del país. Para esta ley, la ESI articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos. Con el fin de poder implementarla en todos los establecimientos educativos, el Ministerio de Educación de la Nación convocó a diferentes profesionales a fin de construir los lineamientos curriculares necesarios. Estos lineamientos constituyen el piso común de contenidos válidos para todas las escuelas de todas las modalidades y niveles, los cuales fueron aprobados por todos los Ministros de las jurisdicciones en el Consejo Federal de Educación [13]. Si bien esta Ley ya cumplió 15 años, aún es cuestionada por algunos padres y ciudadanos en general, quienes sostienen que solamente ellos deben ocuparse de la educación sexual de sus hijos, debiendo la escuela solo impartir contenidos académicos. Si pensamos en lo resistida que aún hoy resulta la implementación de la ESI por parte de la sociedad, más relevancia cobra la necesidad de repensar y replantearnos como profesionales, la importancia y la urgencia de asumir que nuestras prácticas deberían ser en sí mismas, intervenciones educativas en el marco de la sexualidad humana.

Entrelazando todos estos conceptos es importante rescatar que existe el inviolable derecho de las/os alumnas/os a recibir ESI, asentado también en la Ley 26061 de Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, que manifiesta el concepto de interés superior del niño, y si bien no se habla expresamente de la obligatoriedad del docente, sí impone la necesidad de construir un dispositivo de abordaje para garantizar este derecho en cada institución, respetando la integralidad de una educación sexual [14]. Es decir, más allá de las convicciones personales, las/os docentes son convocadas/os a la escuela por su idoneidad, y deben poner en marcha las políticas públicas vigentes en el ámbito educativo, coincidan o no con su posicionamiento personal, ya que así lo requiere la función de agente público que poseen, además de contemplar la definición de ESI que en la ley se menciona.

CONCLUSIÓN

ROL DE EDUCADOR SEXUAL

¿Cuándo ejercemos el rol de educadores sexuales las y los sexólogos?; ¿Se puede pensar en el rol de educador limitado en tiempos y espacios o es un modo de vida y de transmitir valores, conocimientos, herramientas a quienes nos rodean?

Todas las personas adultas que estamos en contacto con niñas, niños y adolescentes en nuestra familia o en nuestro trabajo, somos educadores en todos los sentidos, incluido el sexual. Cada una/o de nosotras/os en nuestros diversos roles sociales, siempre constituimos un modelo. Como profesionales de las ciencias de la salud, tanto médicas/os como psicólogas/os, en nuestros espacios de trabajo debemos hacer el ejercicio de despegarnos de lo que es personal, de nuestras creencias, nuestra religión, nuestras elecciones morales; en definitiva, de nuestras elecciones personales, y poder brindar los esquemas referenciales que se desglosan de las leyes vigentes, y no de preceptos individuales o personales. Como dice Dapuez (2019), en la vida cotidiana, cada una/o es y vive su vida como desea, pero en la vida pública, desde su rol profesional (como efector de una política pública), debe dirigirse desde lo planteado por el marco legal vigente y garantizar el pleno cumplimiento de los derechos de todas y todos [15]. Ser garantes de derecho es una de las funciones principales de quienes somos sexólogas/os. Para ello debemos conocer el marco jurídico vigente, y actualizarnos permanentemente. Esto facilita y promueve el pleno acceso a los mismos. Si algo nos iguala, es que si bien somos diferentes, nos alcanzan los mismos derechos.

Desde una mirada integral, la educación es una forma de relación entre personas. Permite que cada una de ellas pueda descubrir, conocer y reconocer sus recursos personales y los que les brindan las demás personas cercanas a ellas, para llevar a cabo eficazmente una transformación personal y social, la cual facilitará el desarrollo de sus potencialidades. Gracias al proceso educativo, la persona es capaz de convertirse paulatinamente en transformadora de la cultura. El conocimiento no se transmite, el conocimiento se construye dinámicamente. Enseñar es desafiar y desafiar a las y los demás a pensar la práctica diaria desde la práctica social, es decir todo lo que hacemos o en su defecto dejamos de hacer, transforma nuestro entorno.

Las personas adultas, probablemente sin saberlo o sin poder reconocerlo, estamos educando sexualmente por acción u omisión, de manera permanente. La educación sexual, como política pública en materia educación, fue entrando a las escuelas de la mano de la prevención de

patologías prevalentes y embarazos adolescentes en la década de los '90, contando actualmente con el programa nacional de ESI [3]. Pero educar en sexualidad es un proceso continuo que excede a los límites geográficos del aula y al alcance de los lineamientos curriculares de dicha ley.

Debemos ser conscientes que desde este rol de educadores, la promoción de la salud es el pilar principal de nuestro accionar, ya que implica procurar promover pautas de cuidado, empoderamiento de los cuerpos, promoción de vínculos saludables sin coerción ni violencias que anteceden la presencia de una situación no deseada o patológica. Por ello, educar es brindar un espacio de diálogo y confianza para intercambiar saberes y construir nuevos puentes para el acceso al conocimiento válido que pueda ser introyectado en prácticas sociales equitativas en cada contexto socio-histórico-cultural. Esto debe realizarse adecuando los modos comunicacionales y retomando el lenguaje coloquial a la par del lenguaje científico, para que así los saberes circulen y puedan ser apropiados por los sujetos activos en cada comunidad.

Si no comprendemos y negamos, también discriminamos, estigmatizamos y/o invisibilizamos. Esto sucede con la realidad de muchas minorías, por ejemplo el colectivo LGBTIQ+, en nuestro país y en todo el mundo. No las comprendemos, por ende las negamos, negamos su existencia. Una vez más educar, en cada situación de la vida cotidiana en la que un hecho de discriminación irrumpa es parte de nuestro rol de educadores.

Pensar y repensar el mejor modo de ser educadores es parte de nuestra tarea, propiciar el diálogo, abrir oportunidades de transformación de todas y todos, de modo tal que como indica Paulo Freire en su entrevista con Rosa María Torres , *“El educador ya no es sólo el que educa sino aquel que, en tanto educa, es educado a través del diálogo con el educando, quien, al ser educado, también educa. Así, ambos se transforman en sujetos del proceso en que crecen juntos y en el cual los argumentos de la autoridad ya no rigen, en el que ser funcionalmente autoridad requiere el estar siendo con las libertades, y no contra ellas”* (Freire,2017)[4].

Una comunidad promueve comportamientos sexuales responsables proporcionando el conocimiento, los recursos y respetando los derechos que las personas necesitan para participar en estas prácticas.

Las carreras de grado y post grado deberían sistemáticamente proporcionar una base de conocimientos sobre la sexualidad humana, brindando educación y capacitación en salud sexual para profesionales de la salud y afines en los 4 niveles:

1. Educación básica en salud sexual para todos los profesionales de la salud incluida tanto en su formación básica como en programas educativos continuos.

2. Educación en salud sexual para profesionales de la salud especializados en programas de salud reproductiva.

3. Educación en salud sexual para profesionales especialistas en prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS).

4. Educación y capacitación en salud sexual para profesionales especialistas en Sexología, incluida la educación para la sexualidad, Sexología clínica (medicina sexual, cirugía sexual, asesoramiento sexual y, sexualidad), e investigación básica en sexología.

Siguiendo la línea de pensamiento de Freire, ante su planteo de ¿Qué es enseñar?, y si ¿Será que enseñar es transmitir conocimientos? [4], focalizamos la mirada en el proceso de transformación que viven tanto el educador como el educando, ya que el conocimiento se rehace gracias a la acción transformadora y la comprensión crítica de dicha transformación. Si tomamos a Kisnerman, N. (1998), nos encontramos con una definición de educación como “*proceso de interacción entre sujetos y su medio, mediante el cual estos se apropian de instrumentos para operar en una realidad concreta, transformándola y siendo transformados por ella. Adquirir conocimientos, sistemas conceptuales y valorativos, habilidades técnicas y actitudes cooperativas y solidarias, tiene un carácter instrumental para los hombres, ya que les permite actuar en su medio y realizarse como tales*”(pp.110)[5]. Y siguiendo a Baquero, R. (1996), quien ensaya a Vigotsky y su estudio acerca del desarrollo escolar, particularmente en su concepto de zona de desarrollo próximo y de andamiaje [16], también pensamos al aprendizaje como una construcción, con un otro que permite empoderarse en relación al conocimiento.

Entonces, ¿por qué nos parece importante, necesaria y pertinente la implementación de la ESI en la trayectoria escolar? Porque si no, el aprendizaje se da desde ámbitos informales, con sus pares sin información certera, o medios tales como la pornografía, utilizando el aprendizaje por observación llevando al sujeto a la adquisición de información no solo no científica, sino también errónea, y de estrategias de afrontamiento en general, no adecuadas a la realidad y posibilidades. El aprendizaje por observación de modelos sucede cuando nuevas pautas de comportamiento son desplegadas luego de la exposición a la observación de dicho modelo [17]. Por lo tanto, el ejercicio de la sexualidad estaría pensado como lo ven en la web, o como lo viven sus pares.

Cuando hablamos de Educación y del Rol del Sexólogo como Educador Sexual, en el contexto de la ley de ESI [3], pensamos esto en relación a la trayectoria de un sujeto entre los 4 y los 18 años aproximadamente. Enmarcamos este proceso en el transcurso de los años de educación formal, en institución Escuela, que como todo sistema, si bien abierto, por dinámica

propia y por burocracia administrativa, aún encuentra dificultades en la capacitación de sus agentes en los contenidos específicos de dicha Ley. Y también entendemos dicho rol desde la mirada de Kisnerman (1998), dentro de la educación social: educadores que intencionalmente impulsen a reflexionar, desde una mirada global e histórica, acerca de las situaciones problemas, y así asumir su propio proyecto frente a las mismas; educadores que significarán a la realidad y la instrumentaran para que quienes participan de dicho proceso, puedan organizadamente planificar y ejecutar estrategias con las cuales van a operar para superarla [5].

Como profesionales, nos preguntamos por qué no pensar en un trabajo desde la corresponsabilidad, abordando la pedagogía (saber específico del docente) y las temáticas de la ESI (contenido específico abordado por la Sexología) para como equipos de trabajo, poder construir y transmitir conocimiento adecuado a la edad e interés de los sujetos que transitan ese periodo vital. Porque como sintetizan Valente, Ongini y Tampone, en su libro *El Superpoder de la Educación Sexual* (2020) [18]. Un niño o adolescente educado en sexualidad, podrá ser:

- Una persona que tiene herramientas para detectar y hablar sobre comportamientos que lo incomodan, y por ende, para reducir las chances de ser abusado
- Una persona que puede decir “no” con convicción y “sí” sin culpas, y es capaz de identificar cuando está siendo presionado o coartado
- Una persona que será asertivo también sentimentalmente, y no tendrá necesidad de probarse a sí mismo o a otros utilizando el sexo
- Una persona que sabrá que el sexo es una parte de él, y no algo disociado y ajeno sobre lo que debe seguir reglas ajenas
- Una persona que sabe que ser padre o madre es una decisión y que las enfermedades de transmisión sexual son evitables
- Una persona que será un adulto capaz de disfrutar del sexo o que podrá pedir ayuda sino lo logra.

Ser educadores implica comprometerse con el rol, preguntar, escuchar y aliviar preocupaciones de nuestras/os consultantes, referidas a la sexualidad, en nuestra práctica diaria. Es incorporar la educación sexual como parte de la consulta. Como modelo de asesoramiento sexual, contamos con el modelo PLISSIT que plantea un esquema piramidal, en cuya base se encuentran la mayoría de las situaciones problema/consultas que podemos pesquisar en la consulta habitual [19], las cuales, en su gran mayoría, se deben a construcciones que las personas hacen de su/la sexualidad basadas en mitos, en creencias que se transmiten por tradición oral, o en

información/desinformación obtenida de medios de comunicación digital: las redes sociales y el “gran maestro” google, entre otros.

Pero si de educación sexual hablamos, como profesionales sexólogos, las orientaciones a padres, madres, cuidadores de niños y niñas en gestación o infantes, son importantes y necesarias ya que en general no se tiene claro, como decimos en párrafos anteriores, que la sexualidad está conformada también por las relaciones y las emociones. Pensar intervenciones desde los vínculos más tempranos de los sujetos, abordando temáticas relacionadas con la crianza basada en el amor, importancia de las reglas y los límites desde la palabra, lo valioso y necesario de abrir espacios de diálogo y contención para poder acompañar el crecimiento teniendo como objetivo la independencia de ese niño/a de acuerdo al momento vital que esté atravesando, con acciones tan concretas como la importancia de que duerman en sus camas, la alimentación, el aseo con asistencia, las pautas de comportamiento social - como por ejemplo, cómo debe saludar al llegar a una reunión-, acciones que tienen como objetivo la concientización del propio cuerpo y del poder de decisión en relación al mismo; los juegos habilitados desde la familia para poder internalizar roles y funciones que se espera cumpla ese niño/a al crecer como parte de esta sociedad, junto con la posibilidad o no de expresar emociones sin distinción de género. En estas prácticas de crianza se construye la visión de persona que esos padres/madres/cuidadores desean ayudar a desarrollar: un sujeto autónomo e independiente que pueda lidiar con las separaciones y que sepa valorarse a sí mismo y al otro en tanto sujetos con deseos y necesidades propias y diferentes, habiendo aprendido a comunicarse asertivamente en los vínculos, entendiendo que el aprendizaje de conductas y regulación de emociones acompaña al desarrollo del sujeto desde que comienza a tener presencia en cada familia, siendo este un aspecto que conforma una de las dimensiones de la sexualidad humana.

En cuanto a las personas adultas, adultos mayores o simplemente viejos -como hemos convenido llamar a esta etapa de la vida a partir de entender que debemos deconstruir el componente peyorativo y discriminatorio que ponemos en él -, comprometidas con su control médico rutinario, que concurren a nuestros consultorios, no se suele abordar la temática de la sexualidad de manera espontánea. Sensibilizadas por la formación en sexología, comenzar a incluir en las preguntas de la historia clínica algunas referidas a la temática, “dar permiso” es el primer escalón en el modelo PLISSIT [19], de “eso si se habla” es el primer paso para poder educar/ transmitir conocimientos, poder brindar información, ayudar a derribar mitos, a “desnaturalizar” la culpa y el miedo vinculados a la sexualidad, cuestionar las creencias que rodearon a su crianza que obstaculizaron el pleno desarrollo del placer, escuchar, poder nombrar

y orientar a personas que sufrieron situaciones de violencia y abuso son algunos de los ejemplos de intervenciones que podemos hacer.

Citando a Valente, S. (2015), “*El aprendizaje y la educación tienen un papel trascendente en la clínica sexológica no solamente en la interpretación y el abordaje de los diferentes trastornos, sino también, en la resolución de consultas motivadas por inconvenientes que no constituyen un trastorno pero angustian a la persona que los padece... Muchos son las técnicas y los recursos que utiliza el sexólogo en su práctica diaria pero es fundamental el papel que tiene la educación en la consulta; en aquel momento de intimidad con el paciente para el cual debemos entrenarnos en escuchar y a través de una escucha atenta interpretar sus necesidades y brindar información adecuada en el momento oportuno; educar en la consulta sería tomarnos un tiempo de la misma para interactuar con el paciente en forma efectiva; donde a través de esta charla el paciente tenga herramientas para iniciar el abordaje de su problema, o bien, modificar la perspectiva de dicho fenómeno*” [20]. Entendido esto, es nuestro compromiso mantenernos permanentemente actualizados para poder brindar información científica, actualizada y de calidad a nuestras/os pacientes/ consultantes, más en un área joven y en permanente crecimiento como lo es la sexología.

Como sintetiza Valente, S. (2015), “*El conocimiento nos fortalece. El saber nos acerca a un placer consciente, respetuoso y maduro; nos da confianza para continuar explorando, experimentando y creciendo*” [20].

BIBLIOGRAFÍA

- 1.PAHO (2000). Promotion of Sexual Health Recommendations for Action. Proceedings of a Regional Consultation convened by Pan American Health Organization (PAHO) and World Health Organization (WHO) and World Association for Sexology (WAS). Antigua Guatemala, Guatemala, May 19-22, 2000. Recuperado desde <http://www.paho.org/english/hcp/hca/promotionsexualhealth.pdf>
- 2.Cabello Santamaria, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Síntesis.
- 3.Ley N° 26150 de 2006. Programa Nacional de Educación Sexual Integral. 23 de octubre de 2006 (Argentina)
- 4.Torres, R. (Abril de 2017). Que es enseñar - Entrevista a Paulo Freire. *Otra Educación*. <https://otra-educacion.blogspot.com/2017/04/que-es-ensenar-paulo-freire.html>
- 5.Kisnerman, N. (1998). *Pensar el trabajo social: una introducción desde el construccionismo*. (2da ed). Lumen Humanitas.

6. Marrone, M. (2001). *La teoría del Apego. Un enfoque actual* (pp 103-132). Psimática.
7. PAHO (sf). *Protección Social en Salud*. Recuperado 9 de julio de 2022 de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4180:2007-proteccion-social-salud&Itemid=2080&lang=es
8. Bonita R., Beaglehole R., y Kjellström T. (2008) *Epidemiología básica*. (2da ed). Organización Panamericana de la Salud.
9. OMS (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Organización Mundial de la Salud; Ottawa, Canadá, 17-21 nov. 1986. Recuperado desde <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/OttawaCharterSp.pdf>
10. Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365(9464), 1099-1104. doi: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6. PMID: 15781105.
11. PAHO (2009). *Determinantes sociales de la Salud*. Recuperado 9 de julio de 2022 de <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,condiciones%20de%20la%20vida>
12. Ley N° 25673 de 2002. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. 21 de Noviembre 21 de 2002. (Argentina).
13. Resolución N° 45/08 de 2008 [Consejo Federal de Educación]. Aprueba los lineamientos curriculares para la Educación Sexual Integral. 29 de mayo de 2008. (Argentina).
14. Ley N° 21061 de 2005. Ley de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. 21 de Octubre de 2005. (Argentina).
15. Dapuez, M. (2019). *Educación Sexual Integral: ¿Cómo implementar la ESI con equidad de género? En territorios de educación y salud*. Bs. As: Brujas.
16. Baquero, R. (1996). *Vigotsky y el aprendizaje escolar* (Vol. 4). Buenos Aires: Aique
17. Bandura, A. (1982). *Teoría social del aprendizaje*. Vergara
18. Valente, S.; Ongini, S. y Tampone, D. (2020). *El superpoder de la educación sexual: Herramientas que pueden cambiar destinos*. Ediciones DAO
19. Annon, JS. (1975). *The Behavioral Treatment of Sexual Problems: Volume 2 Intensive Therapy*. Enabling Systems, Inc
20. Valente, S. (2015). Papel de la educación en la terapia en sexología médica. En F. Bianco (Ed.), *Avances en Sexología Médica* (pp. 383-390). Madrid: Síntesis.

PROYECTO DEL PRIMER CÓDIGO DE ÉTICA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE SEXUALIDAD HUMANA

El Proyecto del primer Código de Ética de SASH, fue presentado por la Dra. Rosangela Gonçalves Meira y por el Dr. Emiliano Hayquel. Contó con la colaboración interdisciplinaria del Dr. Claudio Capuano, la Lic. Carolina Crespo, la Lic. Andrea Cordobes y el Dr. Federico Drigani.



La **Dra. Rosangela Gonçalves Meira** es Médica egresada de la Universidad de Buenos Aires, Especialista en Psiquiatría y en Medicina Legal, y es Sexóloga clínica. Ejerce como Psiquiatra del equipo de Sexología del Hospital de Clínicas José de San Martín. Se desempeña como docente del Posgrado de Sexología de SASH y como Psiquiatra consultora de @consexuar. Es miembro de la Sociedad Argentina de Bioética y DDHH.

El **Dr. Emiliano Hayquel** es Médico egresado de la Universidad de Buenos Aires, Especialista en Psiquiatría y en Medicina Legal, y es Sexólogo clínico. Ejerció como Psiquiatra de planta del servicio de Salud Mental del Hospital Penna. Se desempeña como docente de la materia de Psiquiatría del Hospital Penna y de la Universidad Católica Argentina. También es docente de Sexología clínica en la SASH y en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Bs.As.

El **Dr. Claudio Capuano** es egresado de la Universidad de Buenos Aires y Especialista en el área de Humanidades Médicas. Es Máster en Bioética y Derecho por la Universidad de Barcelona. Desde el año 2003 coordina la Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina de la UBA. Fue Director de los Seminarios de Introducción a la Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina de la UBA (2004- 2015) y Director del Seminario sobre Biopolítica de la medicina durante la última dictadura militar. Sus temas de investigación abordan los procesos de justicia universal, los crímenes de la dictadura franquista y la búsqueda de justicia por parte de las víctimas de la última dictadura en Argentina. También dirige el Seminario de asistencia a los Juicios de Lesa Humanidad y el

Curso de Postgrado Derechos Humanos y Ética de la Investigación. Ha obtenido el premio “FACULTAD DE MEDICINA” 2014.

La Lic. **Carolina Crespo** es Licenciada en Letras egresada de la Universidad de Buenos Aires con orientación en Letras Clásicas y Corrector literario de la Universidad del Salvador (USAL). Es titular de la cátedra de Lengua y Cultura Latina I en el Instituto Superior del Profesorado del Consudec desde 2012. Se desempeña como docente, a cargo de las materias Griego I y II y como investigadora en las áreas de Clásicas y Lingüística en la Universidad del Salvador. Dicta la materia Normativa del Español en la Diplomatura Universitaria de Corrección de Textos Académicos y en la Diplomatura Universitaria de Lenguaje Claro (ambas de la USAL).

La Lic. **Andrea Cordobes** es Profesora y Licenciada en Letras de la UBA, y Especialista en Procesos de Lectura y Escritura. Trabajó como profesora de educación media (gestión pública y privada de CABA y provincia de Buenos Aires). También ejerció como Regenta de Estudios en una escuela Preuniversitaria de la UBA. Es coautora de numerosos libros de didáctica de Lengua y Literatura de nivel primario y medio. Trabajó como consultora, itémóloga, lectora crítica de materiales para docentes, y capacitadora en el Ministerio de Educación de la Nación. Habiéndose formado a través de varios cursos en ESI, fue parte del equipo interdisciplinario del “Protocolo contra la violencia de género y la discriminación” de una escuela preuniversitaria de la UBA.

El **Dr. Federico Drigani** es Abogado egresado de la Universidad de Buenos Aires. Se desempeña como asesor legal de SASH. También ejerce su profesión tanto en la asesoría como en la práctica litigante, en materia contractual y laboral. Tiene experiencia docente en la Facultad de Derecho de la UBA en la asignatura Teoría del Estado y en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en la carrera de Especialización en Administración de Servicios de Salud.

Introducción

Hace más de dos años iniciamos la investigación que se plasmó en agosto, jornadas SASH 2023, con la presentación del primer Código de Ética de la Sociedad Argentina de Sexología (SASH). En su elaboración, participamos especialistas de diferentes profesiones y campos de estudio.

La formación del consejo asesor que elaboró este Código de Ética surgió por inquietudes personales, con el impulso y la coordinación de la Dra. Rosangela Goncalves Meira y del Dr. Emiliano Hayquel. Nos motivaron la demanda de consultas recibidas en SASH y la falta de definiciones de ciertos aspectos indispensables para la práctica profesional de la Sexología. Por otro lado, nos entusiasmó el reconocimiento que SASH tiene actualmente, con un largo recorrido que comenzó muchos años atrás, además del compromiso académico y el prestigio necesario para tener un código de ética propio.

Sin embargo, no bastaba con las motivaciones personales y el entusiasmo; este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo incondicional de la actual Comisión Directiva de SASH, que nos alentó y apoyó en todo momento, aportando material de investigación y supervisión ante las dudas que iban surgiendo en la medida que avanzamos con la tarea.

La Sexología es una ciencia multidisciplinaria ya que convergen en ella diferentes especialidades. En esta convergencia es que surge la necesidad de SASH de determinar los principios generales para su ejercicio: resultaba indispensable aclarar términos y determinar las incumbencias y normativas deontológicas para intervenir y tomar decisiones en situaciones con las que profesionales e investigadores pudieran encontrarse en la práctica de cada disciplina específica. Las personas que trabajamos en la clínica asistencial, en la docencia y/o en la investigación en disciplinas relacionadas con la Sexología, necesitábamos contar con un marco y ético que rigiera nuestras prácticas habituales.

El Código de Ética de SASH define cuáles son los requisitos académicos y las competencias profesionales de aquellas personas que trabajan como especialistas de la sexualidad humana. Para esto, el código determina cuáles son las especialidades que abarcan el estudio y la práctica de la Sexología: educación, terapia clínica e investigación, siendo las

personas que ejercen en estas áreas, denominadas como “educadores”, “terapeutas” e “investigadores”, respectivamente.

En cuanto a su estructura, el Código de Ética de SASH consta de las siguientes secciones:

- La “Introducción” desarrolla el porqué de su redacción.
- El “Preámbulo” expresa sintéticamente su espíritu y su finalidad.
- El siguiente apartado, “Profesionales de la Sexología”, especifica a quiénes está destinado y cuáles son sus funciones generales.
- La sección “Normativa para el ejercicio profesional” establece tanto el ámbito de aplicación y los requisitos para ejercer la Sexología, como las reglas de conducta que afectan a todas las personas que ejercen la práctica profesional clínica, educativa o de investigación, dentro de ese campo.

Con el propósito de respetar la dignidad de todas las personas y sus libertades elegimos para la redacción de cada artículo del código, el paradigma de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y las demás declaraciones internacionales con jerarquía constitucional en la Argentina referidas a esta cuestión.

Consideramos que haber logrado esta primera versión del Código de Ética de SASH es solo la primera huella de un largo camino que todavía falta recorrer. Esperamos que en un futuro próximo surjan profesionales de la Sexología que tengan el interés en continuar en esta línea de investigación. Es de nuestro interés también que se pueda lograr en SASH la formación de una comisión permanente de estudios de Bioética en Sexología considerando que nuestras realidades son dinámicas y cambiantes, las problemáticas que abordamos desde esta joven ciencia requieren de reflexión, revisión y discusión seria y constante.

SOCIEDAD ARGENTINA DE SEXUALIDAD HUMANA

CÓDIGO DE ÉTICA

Para profesionales que ejercen la Sexología

1ª versión - 2023

Proyecto presentado por:

- Dra. Rosangela Gonçalves Meira
Médica (UBA), Psiquiatra, Legista, Sexóloga clínica de SASH
- Dr. Emiliano Hayquel
Médico (UBA), Psiquiatra, Legista, Sexólogo clínico de SASH
- Colaboraciones interdisciplinarias
Dr. Prof. Claudio Capuano
Dr. Federico Drigani
Lic. Prof. Carolina Crespo
Lic. Prof. Andrea Cordobes

ÍNDICE

Introducción

Preámbulo

Profesionales de la Sexología

Normativa para el ejercicio profesional

Ámbito de aplicación y formación necesaria

Profesionales de la Sexología. Deberes, límites y obligaciones generales

Educadores. Deberes, límites y obligaciones

Investigadores. Deberes, límites y obligaciones

Terapeutas. Deberes, límites y obligaciones

Secreto profesional y confidencialidad

Publicidad

Honorarios

Artículo final

Glosario

INTRODUCCIÓN

La Sexología es una ciencia multidisciplinaria que estudia, desde diferentes perspectivas, el comportamiento y el desarrollo sexual (y sus consecuencias) en los seres humanos.

A pesar de que la sexualidad, histórica y culturalmente, ha sido presa de tabúes, represiones y representaciones sociales dogmáticas, a partir de la segunda mitad del siglo XX, estas trabas fueron superadas gracias a los avances de los conocimientos científicos basados en la evidencia, a los movimientos sociales de personas que han luchado por la libertad sexual y al reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la salud sexual como derecho, a fin de que todas las personas vivan su sexualidad desde la perspectiva del deseo y el disfrute, en un marco que las proteja de cualquier práctica de discriminación.

De esta forma, la sexualidad pasó a tener un rol de mayor relevancia, al punto que interpela a las instituciones universitarias a considerar su incorporación en las currículas académicas⁹.

El presente Código de Ética de la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana (SASH) tiene como propósito determinar principios generales para la profesión y normativas deontológicas orientadas a las situaciones con las que pueden encontrarse las personas de diferentes profesiones que ejerzan la Sexología.

Así, pues, tanto para el ámbito clínico asistencial como para las áreas de educación e investigación en Sexología, se establecen aquí pautas de conducta profesional que regirán su práctica.

La redacción de este Código pretende conformar un referente ético para profesionales y surge de la necesidad de definir fehacientemente cuáles son los requisitos académicos y las competencias profesionales de aquellas personas que trabajan como especialistas de la sexualidad humana. El Código determina estas especialidades y las nombra según sus áreas de desempeño como *educadores, terapeutas e investigadores*.

Este Código de Ética consta de las siguientes secciones: la **Introducción** explica el porqué de su redacción; el **Preámbulo** expresa sintéticamente su espíritu y su finalidad; el

⁹ La Ley de Educación Sexual Integral (ESI) 26.150 incluye los niveles de educación inicial, primaria y secundaria; también el nivel terciario no universitario y las carreras de formación docente, pero no incluye el nivel universitario. Un proyecto de políticas públicas, basado en los derechos humanos, debería promover la elaboración y el desarrollo de políticas educativas de ESI en todos los niveles académicos de formación.

siguiente apartado, **Profesionales de la Sexología**, especifica a quiénes está destinado y cuáles son sus funciones generales; luego se detalla la **Normativa para el ejercicio profesional**, donde se establecen tanto el ámbito de aplicación y los requisitos para ejercer, como las reglas de conducta que afectan a todas las personas que ejerzan la práctica profesional clínica, educativa o de investigación en Sexología; concluye con un **Glosario**.

PREÁMBULO

Desde la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana (SASH), asociación civil que desde 1982 promueve la salud sexual e impulsa la producción de conocimiento de la Sexología basada en evidencia científica, se establece este Código con la finalidad de contar con un referente ético que regule la profesión de las personas que se desempeñen en el área de educación, clínica o de investigación de la sexualidad humana.

El presente código se constituye en concordancia con los principios de la Declaración Universal de Derechos Humanos y demás declaraciones internacionales con jerarquía constitucional, considerando especialmente el contexto social, económico y cultural de nuestra región latinoamericana.

Con el propósito de respetar la dignidad de las personas y sus libertades, y de reconocer los derechos fundamentales del ser humano (entre ellos, los derechos sexuales), se fundan los cimientos de estas normas como base de la relación de cuidado en todas las interacciones entre profesionales, sean entre sí, con consultantes o con la sociedad en general.

El interés de este Código es proporcionar no solo un marco de normas sino también de protección para las personas, con una visión inclusiva, empática y respetuosa de las diversidades sexuales.

La aspiración de SASH es que cada profesional que trabaje en el área de la sexualidad ejerza su tarea con una actitud de máxima responsabilidad y compromiso y no participe deliberadamente en ninguna práctica discriminatoria.

La Comisión que trabajó en la elaboración del Código de Ética de SASH asume en este acto el desafío y compromiso de revisar periódicamente este Código, de modo tal que no quede aspecto sin consenso dentro del marco ético en el ejercicio de la profesión de todas aquellas personas formadas para ejercer la Sexología en la educación, la práctica clínica o la investigación de la sexualidad humana (principalmente aspectos polémicos, conflictivos y/o novedosos).

COMISIÓN DE EJECUCIÓN DEL CÓDIGO DE ÉTICA DE SASH

PROFESIONALES DE LA SEXOLOGÍA

Este Código de Ética está destinado a todas aquellas personas que ejerzan la práctica profesional educativa, clínica o de investigación en sexualidad humana. Con el objetivo de unificar los distintos términos con los que pudieran referirse a ellas, optando además por el uso del lenguaje inclusivo para su redacción, se utilizarán aquí —como ya se adelantó— los siguientes rótulos para las tres especialidades a las cuales va dirigido: *educadores*, *terapeutas* e *investigadores* de la sexualidad humana, cada cual en sus áreas de incumbencia.

Estas profesiones se rigen por principios comunes a toda ética profesional:

- Respeto a las personas, los derechos humanos y civiles, la equidad de género.
- Responsabilidad, honestidad y sinceridad con las personas o grupos con los que se trabaja.
- Competencia profesional y actualización constante.
- Toma de acciones que consideren el contexto cultural, socioeconómico, geopolítico y jurídico donde se desempeñan.

Tanto educadores como terapeutas e investigadores de la sexualidad humana deben tener como premisas fundamentales el bienestar, la salud, la calidad de vida y la plenitud del desarrollo de las personas y de los grupos, en los distintos ámbitos de la vida individual y social, como parte de los derechos fundamentales de todo ser humano. Dado que estas no son las únicas profesiones que persiguen estos objetivos humanitarios y sociales, es conveniente —y en algunos casos, necesaria— la colaboración interdisciplinaria, sin perjuicio de las competencias y conocimientos de cada una de las distintas disciplinas.

De acuerdo con la OMS, “la salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales”¹⁰.

Un área de la Sexología se especializa en la **educación sobre la sexualidad**, su objetivo es lograr la salud sexual a través de la prevención. Si bien la educación integral de la

¹⁰ Organización Mundial de la Salud (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo* [Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach]. Ginebra: OMS, p. 3.

sexualidad¹¹ compete a muchas personas (familiares, docentes, dirigentes, profesionales de los medios de comunicación de masas, entre otras), existe la necesidad de contar con profesionales educadores que se especialicen en el diseño, ejecución y evaluación de programas y de currículas específicos¹² (en los que educadores sin especialización puedan apoyarse y tomar como referencia). La rama educacional de la Sexología trabaja entonces con educadores en el área de la prevención de problemáticas relacionadas con el ejercicio de la sexualidad, la información accesible y certera y la formación, de manera integral.

La definición de *sexualidad* presente en las leyes argentinas de educación sexual se basa en la formulada por la OMS, para la cual la sexualidad es un aspecto central del ser humano durante toda su vida, y abarca entre otras cuestiones: las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad, los tipos de relaciones y vínculos humanos, las diferentes clases de violencia, el cuidado del cuerpo y la salud en general, la salud sexual y reproductiva en particular, y problemáticas surgidas en las distintas etapas evolutivas de la vida, que se desarrollan y están atravesadas por cuestiones políticas, históricas, morales, culturales, religiosas, biológicas, subjetivas.

La OMS ofrece lineamientos al respecto y aclara: “Más que la simple adquisición de conocimientos y contenidos, la educación sobre sexualidad debería guiar hacia al desarrollo del pensamiento crítico conducente al logro de actitudes positivas hacia la sexualidad”¹³.

De todo lo antedicho, se desprende que quien se dedique a la educación sexual debe generar un espacio de enseñanza y de aprendizaje sistemático (no solo de estudiantes sino también de colegas sin preparación especializada), con contenidos adecuados a las edades de sus estudiantes, su situación y su contexto sociocultural. Dicho espacio debe comprender saberes y habilidades para la toma de decisiones conscientes y críticas sobre los siguientes ejes: el ejercicio de los derechos, el enfoque de género y el respeto por la diversidad, la valoración de la afectividad y el cuidado del cuerpo y la salud¹⁴.

Las personas encargadas del área clínica asistencial son denominadas **terapeutas sexuales**. Se considera como terapeuta en el campo de la Sexología a aquella persona que

¹¹ La ya mencionada Ley ESI Nº 26.150/2006 es de carácter nacional y reconoce a infantes y adolescentes como sujetos de derechos, desde una perspectiva de Derechos Humanos. Además regula de manera obligatoria el abordaje de la sexualidad como un contenido escolar, del ámbito público, entendiendo también a la sexualidad de una manera específica: de forma integral.

¹² Organización Panamericana de la Salud (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Guatemala: Actas de Reunión de Consulta convocada por la OPS y la OMS, en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS), p. 45.

¹³ Ídem, p. 41.

¹⁴ A partir de la sanción de la Ley Nº 26150, Ministerio de Educación de la Nación creó el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (PNEI) donde se determinan estos ejes.

brinda asistencia a quienes padecen problemas psicofísicos, emocionales o de relación interpersonal, que comprometen su bienestar sexual. En este sentido, el objetivo de una intervención terapéutica es mejorar la calidad de la sexualidad de las personas.

Quienes ejercen como terapeutas sexuales deben tener conocimientos brindados por su carrera de grado dirigido a la clínica, fisiología, fisiopatología (herramientas terapéuticas en el campo de la psicología, farmacología y corporales), pues se ocupan de la promoción y prevención, así como también del diagnóstico y del tratamiento de alteraciones en la salud sexual. Es importante, además, que quienes ejercen como terapeutas sexuales posean perspectiva de género y conocimientos específicos que les permitan detectar y abordar problemas de violencia (de género, abusos, violaciones, etc.), tanto si quien consulta es la víctima o quien realiza un daño.

Partiendo de la base fundamental de que el psicoaprendizaje tiene fines terapéuticos en sí mismos para quienes realizan las consultas, las primeras intervenciones de la terapia sexual consisten en ofrecerla. Del mismo modo, la terapia sexual puede proceder a la rehabilitación de quienes manifiestan disfunciones sexuales, a la intervención en personas con diferentes condiciones psíquicas y físicas, y al abordaje de la sexualidad en pacientes con dolencias específicas e inespecíficas. El tratamiento de los problemas sexuales co-mórbidos de otras enfermedades, farmacoterapias y estilos de vida contribuye al cuidado de la salud sexual.

La **investigación en Sexología** es el campo que posibilita el desarrollo de nuevos conocimientos con base científica sólida y generalizable, con el objetivo de mejorar la salud sexual individual y colectiva. Para esto se utilizan técnicas de observación o de intervención directa o indirecta, ya sea mediante usos de material biológico, la recolección de datos u otro tipo de registros.

En todo proceso de investigación se debe siempre considerar el bienestar de las personas tanto en los aspectos psicológicos, como en los sociales y/o biológicos, ajustándose a los principios éticos de respeto por la autonomía y la libertad, la beneficencia (intento de alcanzar los máximos beneficios, reduciendo al mínimo la probabilidad de generar daños) y la justicia (tentativa de lograr equidad entre todos los grupos y clases de la sociedad).

En definitiva, las personas que ejercen la práctica profesional en las diferentes áreas de la sexología humana (educativa, de investigación o clínica) deben estar habilitadas como profesionales de la sexología humana y tener una preparación académica reconocida. Este Código establece una normativa para regular el ejercicio de la profesión; su aspiración es

lograr mayor calidad y seriedad en su desempeño y evitar confusiones respecto de las incumbencias de cada disciplina.

NORMATIVA PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL

Ámbito de aplicación

Artículo 1º. Estas normas son aplicables a todas las personas que ejerzan como educadores, terapeutas o investigadores especialistas en sexualidad humana en la República Argentina.

Formación necesaria

Artículo 2º. Dos son los requisitos académicos *para ejercer como educadores sexuales*:

- a) Haber adquirido un título universitario o terciario, en universidades acreditadas oficialmente en la Argentina o en el exterior, o en instituciones de estudios terciarios reconocidas oficialmente en la Argentina o en el exterior.
- b) Haber adquirido, en universidades o escuelas de postgrado habilitadas, conocimientos específicos de Educación (pedagogía y didáctica) y de Educación Sexual Integral.

Artículo 3º. Dos son los requisitos académicos *para ejercer como terapeutas especialistas en Sexología clínica*:

- a) Haber adquirido, en universidades acreditadas oficialmente en la Argentina o en el exterior, un título universitario en carrera de grado en los campos de la Medicina o la Psicología.
- b) Haber realizado una formación de postgrado en Sexología humana en cursos que dictan universidades acreditadas o asociaciones reconocidas (en la Argentina o en el exterior) que completen la formación profesional; o bien poseer acreditación por sus antecedentes académicos en asociaciones de Sexología con comité de acreditación.

Artículo 4º. Tres son los requisitos académicos *para ejercer como investigadores de la sexualidad humana*

- a) Haber adquirido un título universitario en universidades acreditadas oficialmente en la Argentina o en el exterior, o un título de estudios terciarios de instituciones reconocidas oficialmente en la Argentina o en el exterior.
- b) Haber adquirido conocimientos sobre Metodología de la Investigación en carreras de postgrado en caso de no haberlos adquirido en la universidad.

c) Conocer y aplicar los ordenamientos legales en relación con lo establecido como regla para la investigación en humanos¹⁵.

Artículo 5º. *Formación suplementaria para cualquier especialista en sexualidad humana*

a) La actualización profesional constante resulta indispensable para el correcto ejercicio como especialista en Sexología; esto no solo atañe a saberes del ámbito clínico, sino también a conocimientos en cuestiones de género, diversidad sexual y derechos humanos y sexuales, entre otros.

b) El trabajo psicoterapéutico de introspección personal, tendiente a la búsqueda de conciencia y de conocimiento de la propia conducta y sexualidad, es un plus para las buenas prácticas profesionales de las personas que trabajan con la sexualidad humana, tanto en el área clínica como en la educación o la investigación.

Profesionales de la Sexología. Deberes, límites y obligaciones generales

Artículo 6º. Jamás realizan ni colaboran en prácticas que atentan contra la libertad o la integridad física y/o psicológica de las personas, sin importar la situación en la que estas se encuentren (acusaciones, delitos, sospechas) ni el ambiente social (dictadura, revolución, guerra, terrorismo, etc.). La intervención directa o la cooperación en la tortura o el maltrato (o cualquier otro procedimiento degradante, cruel e inhumano), además de delito, constituye la más grave violación de la ética profesional.

Artículo 7º. En el ejercicio de su profesión, deben informar al organismo correspondiente cuando tengan conocimiento de que se están realizando violaciones de los derechos humanos, maltratos, o cualquier otro acto degradante hacia cualquier persona.

Artículo 8º. Rechazan toda clase de impedimentos o trabas a su independencia profesional y al legítimo ejercicio de su profesión, dentro del marco de los derechos, los deberes y las obligaciones detallados en el presente Código.

¹⁵ Por ejemplo, el art. 58 del Código Civil y Comercial, que regula “la investigación en seres humanos mediante intervenciones, tales como tratamientos, métodos de prevención, pruebas diagnósticas o preventivas”.

Artículo 9º. No realizan ninguna discriminación de personas por razón de edad, etnia, sexo, credo, orientación sexual, ideología, nacionalidad, discapacidad, capacidades diferentes, problemas de salud, clase social o cualquier otra característica humana.

Artículo 10. Deben desempeñarse en sus labores utilizando siempre un lenguaje comprensible y acorde con la identidad de género autopercibida de la/s persona/s que recibe/n sus palabras, teniendo en cuenta la perspectiva de género y evitando sesgos sexistas, racistas o discriminatorios.

Artículo 11. Cuando presten servicios de docencia, investigación o tratamiento, cuando emitan juicios científicos, personales y/o profesionales, o cuando se comprometan con proyectos académicos, deben hacerlo utilizando únicamente teorías y/o técnicas que hayan sido debidamente experimentadas, aprobadas, universalmente reconocidas y que tengan evidencia científica comprobada y acorde con la legislación vigente.

Artículo 12. Cuando por alguna condición particular propia (conflictos personales o familiares) o cuando identifiquen alguna situación que pueda afectar su desempeño profesional o interferir en el ejercicio de su profesión (edad, etnia, ideología, nacionalidad, clase social, orientación sexual, etc.), deben apartarse y derivar a otra persona competente e idónea. Previamente, deben explicar a la autoridad competente el motivo por el cual no consideran apropiado trabajar con cierta/s persona/s y quede demostrado que tal acto no constituye una forma de discriminación.

Artículo 13. En ningún caso pueden crear relaciones comerciales por fuera del acto profesional, o de intereses especiales con las personas consultantes.

Artículo 14. No deben tener relaciones sexuales ni ningún tipo de contacto o insinuación erótica con las personas consultantes. La relación entre especialistas en Sexología y consultantes debe ser respetuosa y estrictamente profesional. Si trascendiera al ámbito personal, corresponde apartarse de inmediato y derivar a otra persona competente e idónea.

Artículo 15. Para llevar a cabo exploraciones y estudios de la sensibilidad sexogenital deben poseer objetivos diagnósticos o terapéuticos claramente definidos y explicitados de

antemano. Estas prácticas quedan limitadas a profesionales especialistas en la sexualidad humana que acrediten un título académico de Medicina.

Artículo 16. Para filmar o grabar en cualquier medio consultas, clases o entrevistas de investigación, deben contar con el consentimiento de la/s persona/s involucrada/s (consentimiento informado). Quedan terminantemente prohibidos los registros audiovisuales sin aviso ni consentimiento de las personas involucradas, pues esto constituye una grave falta que atenta contra el principio de privacidad.

Artículo 17. Deben mostrar un respeto escrupuloso al derecho a la propia intimidad de la/s persona/s consultante/s. Solo recabarán la información estrictamente necesaria para el desempeño de sus tareas y siempre con la autorización de cada persona involucrada en la consulta.

Artículo 18. No deben utilizar la información profesionalmente adquirida en beneficio propio ni de terceras personas, ni en perjuicio de la/s persona/s consultante/s.

Artículo 19. Deben requerir el previo consentimiento de la/s persona/s consultante/s para permitir la presencia —manifiesta o reservada— de terceras personas innecesarias para el acto profesional (estudiantes en prácticas o profesionales en formación, por ejemplo).

Artículo 20. No deben prestar su nombre y su firma a personas que, ilegalmente, sin la titulación y habilitación necesarias, realicen actos de ejercicio clínico, docente y/o de investigación.

Artículo 21. Deben rechazar la prestación de sus servicios cuando haya certeza de que puedan ser mal utilizados o usados en contra de los legítimos intereses de las personas, los grupos, las instituciones y las comunidades.

Artículo 22. Las personas especialistas en sexología deben ejercer su profesión de manera sostenible desde el punto de vista medioambiental, a fin de minimizar los riesgos de salud medioambiental para las generaciones actuales y futuras.

Artículo 23. Deben cuidar que su nombre no sea exhibido en lugares o de formas que comprometan la seriedad de la sexología y de la SASH o de cualquier otra institución profesional, médica o educativa.

Artículo 24. El uso del nombre o la pertenencia a la SASH o a cualquier otra institución profesional, médica o educativa para avalar cursos, tratamientos o cualquier otra actividad debe estar expresamente aprobado por la institución a la que se refiera.

Artículo 25. Deben conocer sus responsabilidades éticas y los límites de sus acciones profesionales con la mayor claridad posible. Tienen la obligación de conocer y observar este Código de Ética y familiarizarse con el mismo. El desconocimiento o la interpretación errónea de una norma ética no es en sí misma una defensa ante una conducta no ética. Tampoco pueden contrariar el derecho positivo vigente en el país, pues deben conocer, cumplir y hacer cumplir los marcos regulatorios que rigen el ejercicio de su actividad profesional y su carrera de grado.

Este Código se interpretará en armonía y en forma complementaria con la reglamentación vigente y las reglas y procedimientos reconocidos de cada profesión, así como también sus respectivos Códigos de Ética.

Educadores. Deberes, límites y obligaciones

Artículo 26. Además de lo indicado en los requisitos para el ejercicio de la profesión (arts. 3° y 5°) y en los deberes y límites generales para cualquier especialista en Sexología (arts. 6° a 25 inclusive), **aquellas personas que ejerzan como educadores en sexualidad humana:**

- a)** Deben limitar su desempeño a la educación, es decir que no pueden tratar terapéuticamente ni realizar tareas investigativas ajenas al campo de la educación (salvo que cumplan también con los requisitos habilitantes mencionados en los arts. 2° y 4°, respectivamente).
- b)** Deben ser capaces de transmitir a sus estudiantes y colegas el conocimiento sin prejuicios ni discriminaciones; para ello, deben ser conscientes del sistema de valores personales que introducen en el contexto de la educación y deben evitar dar opiniones propias o proponer valores que reflejen sus inclinaciones personales.
- c)** Deben ser sensibles a las necesidades y el bienestar de estudiantes y de colegas a capacitar o asesorar.

Artículo 27. Las personas responsables de los programas de educación y capacitación:

- a) Deben asegurarse de que exista una descripción del contenido del programa, de sus objetivos y los requisitos que se deben cumplir para completarlo satisfactoriamente. Esta información debe ser precisa y fácilmente accesible a todas las partes interesadas.
- b) Deben garantizar el nivel académico del equipo docente involucrado en la capacitación y entrenamiento.
- c) Deben asegurarse de que los anuncios, catálogos y publicidades describan, de manera precisa al público al cual están destinados, cuáles son los objetivos educativos, el equipo docente que estará a cargo y los costos de los programas, como así también la pertenencia a otras instituciones.

Terapeutas. Deberes, límites y obligaciones

Artículo 28. Además de lo indicado en los requisitos para el ejercicio de la profesión (arts. 2° y 5°) y en los deberes, límites y obligaciones generales para cualquier especialista en Sexología (arts. 6° a 25 inclusive), **aquellas personas que ejerzan como terapeutas en sexualidad humana:**

- a) Deben proteger siempre los derechos y el bienestar de la persona consultante.
- b) Deben tener como principal objetivo (ayudar a) mejorar la salud sexual de toda persona consultante, reconociendo su posición de vulnerabilidad.
- c) Deben tener especial cuidado en no crear falsas expectativas que después sean incapaces de satisfacer profesionalmente.
- d) Deben explicar a la persona consultante todas las alternativas de tratamiento con evidencia científica disponible para la mejoría de su salud sexual.
- e) Deben respetar la elección de la persona consultante por un tipo particular de método diagnóstico o tratamiento sin intentar influir sobre su decisión y respetando el principio de autonomía de la persona.
- f) No deben utilizar procedimientos de diagnóstico y terapia que impliquen la desnudez de la persona consultante a menos de que exista la certeza de que sirvan para su mejoría.

La observación de la actividad sexual de la persona consultante no está justificada en la práctica habitual de la terapia sexual.

Asimismo, conviene limitar las exploraciones físicas, biológicas, psicológicas a lo estrictamente necesario y evitar las excesivamente costosas, sobre todo en aquellos casos en los que los resultados sean razonablemente previsibles.

- g)** Deben tener un profundo respeto por el ejercicio de la libertad de las personas consultantes y no deben intentar persuadirlas o manipularlas con la finalidad de restringir su libre decisión de abandonar un tratamiento y/o cambiar de profesional en el momento en que ellas decidan.
- h)** Deben dar por terminado el tratamiento en cuanto se hayan alcanzado los objetivos propuestos y no deben prolongarlo innecesariamente si, tras un tiempo razonable y con los medios o recursos a su disposición, son incapaces de alcanzarlos.
- i)** Deben aclarar los motivos a las personas involucradas, si toman la decisión de limitar, suspender o concluir la tarea profesional, para beneficio de la persona consultante.
- j)** En el caso de considerarlo oportuno, pueden sugerir la derivación a otra persona competente, pero no pueden disponer consultas y/o derivaciones de las personas consultantes sin su consentimiento; la derivación consentida deberá ser siempre a profesionales con habilitación para ejercer.
- k)** No deben aceptar como consultantes a personas con las cuales han estado involucradas comercial, afectiva y/o sexualmente.
- l)** No deben hacer uso de su posición de autoridad para seducir a ninguna persona consultante ni para entablar relaciones amorosas o realizar actividades sexuales. Esto no constituye –en ningún caso y bajo ningún aspecto– un procedimiento terapéutico admisible.
- m)** Si la relación entre consultante y terapeuta trascendiera al ámbito personal, deben apartarse de inmediato de dicho tratamiento y derivar a otra persona competente e idónea. Es contrario a la ética profesional mantener una relación sexo-afectiva con una persona consultante aun terminada la relación terapéutica, independientemente de la cantidad de años transcurridos luego de la finalización del tratamiento.
- n)** Deben evitar tomar partido en problemas o disputas familiares, de pareja y/o vinculares.
- ñ)** Deben ser conscientes del sistema de valores personales que introducen en el contexto de la terapia y deben revelar estos valores a la persona consultante solo si tal información es pertinente al tratamiento. Como terapeutas, deben evitar también dar opiniones gratuitas o proponer valores que reflejen sus inclinaciones personales en lugar de ser sensibles a las necesidades y el bienestar de la persona consultante.
- o)** Deben conocer los límites de su acción terapéutica con la mayor claridad en los tres niveles que más importan: el intelectual, el emocional y el ético.
- p)** Deben tomar los recaudos necesarios para evitar situaciones de riesgo (complicaciones médicas, psicológicas, psiquiátricas, sociales, familiares, etc.) así como conocer las medidas a desarrollar cuando estas ocurren.

q) No deben desacreditar a profesionales que trabajen con métodos diferentes o similares a los propios. Hablarán con respeto de la diversidad de teorías, escuelas, métodos y tipos de intervención que gozan de credibilidad científica y profesional.

r) Deben proceder con respeto y honestidad con los colegas y colaboradores y comprometerse a transmitirles las experiencias, observaciones, desarrollos e investigaciones que realicen, tanto en espacios formales e informales de enseñanza.

s) Deben apoyar a sus pares en el cumplimiento de las responsabilidades establecidas en este código y tomar medidas para protegerlos de influencias indebidas (violencia, presión, abuso, explotación, etc.).

Investigadores. Deberes, límites y obligaciones

Artículo 29. Además de lo indicado en los requisitos para el ejercicio de la profesión (arts. 4° y 5°) y en los deberes y límites generales para cualquier especialista en Sexología (arts. 6° a 25 inclusive), **aquellas personas que ejerzan como investigadores en sexualidad humana:**

a) Deben conocer y cumplir rigurosamente la legislación vigente, además de respetar los principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos¹⁶. En todos los casos, deben garantizar el respeto por los derechos de las personas que participan de la investigación.

b) Pueden aportar las propuestas metodológicas, medios y procedimientos contrastados que consideren útiles y/o necesarios. Sin embargo, sin perjuicio de la legítima diversidad de teorías, escuelas y métodos, deben someter previamente a la revisión y a la aprobación de un Comité de Ética los protocolos de las investigaciones en Sexología que incluyan intervenciones con seres humanos, en cumplimiento de la legislación vigente.

c) En el caso de investigaciones que requieran poner a prueba técnicas o instrumentos nuevos, todavía no contrastados ni validados, deben informar esto, antes de su utilización, a todas las personas involucradas en la investigación. Además deben contar con autorización institucional competente y con el expreso consentimiento de las partes.

d) Deben investigar en su disciplina ateniéndose a las reglas y exigencias del trabajo científico y comunicando su saber según los usos académicos vigentes (proyectos de investigación, artículos, congresos, etc.), independientemente de los resultados obtenidos.

e) Deben ejercer su tarea sin prejuicios ni discriminaciones, y ser conscientes del sistema de valores personales que introducen en el contexto de la investigación; estos deberán ser

¹⁶ Disponible en https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa.

revelados a las personas objeto de investigaciones cuando estas o una autoridad competente así lo requieran. Siempre deben realizar sus investigaciones —experimentales u observacionales— con respeto a la dignidad de las personas, sus creencias, su intimidad, su pudor y, con especial delicadeza, en áreas como el comportamiento sexual, que la mayoría reserva para su privacidad.

f) Deben ser conscientes de la vulnerabilidad de la persona sujeto de investigación. No se considera ética ninguna investigación que requiera del recurso del engaño o que provoque cualquier tipo de daño, ya sea físico o psicológico, leve, moderado o grave; transitorio o permanente. Tampoco se consideran éticas las investigaciones que incluyan el uso de corrientes eléctricas o que impliquen privaciones sensoriales.

g) Deben contar, previamente a toda investigación, con el consentimiento explícito de las personas participantes, a quienes se les habrá informado suficientemente sobre los temas de la experiencia. Solo las encuestas anónimas se excluyen de esta obligación.

h) Deben contar con consentimiento informado de tutores en el caso de que los protocolos de investigación incluyan como población de estudio a personas con alta vulnerabilidad (menores de edad o personas con capacidades disminuidas).

i) Deben respetar la decisión de la/s persona/s involucrada/s en la investigación en cuanto a la propuesta de interrupción de su participación en el experimento, en cualquier momento de la misma y sin que para esto necesite una justificación.

Secreto profesional y confidencialidad

Artículo 30. El secreto profesional es un deber ético que debe ser respetado por toda persona que ejerza la Sexología, ya que nace de la esencia misma de su profesión y se relaciona con el respeto a la libertad del paciente, de acuerdo con la ley nacional 26.529/09 “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”. Es tal su importancia que configura una obligación cuya violación sin causa justa está tipificada como delito en el Código Penal.

Artículo 31. Toda información que sea recopilada por especialistas en sexualidad en el ejercicio de su profesión (sea en manifestaciones verbales expresas de las personas consultantes, sea en datos psicotécnicos o en otras observaciones profesionales practicadas) está sujeta a un deber y a un derecho de secreto profesional.

Artículo 32. La obligación de guardar secreto profesional pesa sobre todas las personas que conforman grupos o equipos de profesionales, a fin de resguardar la intimidad, libertad y autonomía de las personas consultantes. Cada especialista en sexualidad debe cuidar que sus eventuales colaboradores se atengan a este secreto profesional.

Artículo 33. Quienes ejerzan la Sexología no deben compartir información confidencial en consulta con colegas, a menos que se haya obtenido previamente el consentimiento de la persona consultante involucrada, y solo en la medida necesaria para el logro de los propósitos de la consulta.

Artículo 34. Solo la persona consultante o la aparición de ciertas circunstancias especiales (justa causa de revelación) pueden relevar a la persona especialista en Sexología del cumplimiento del secreto profesional, de acuerdo con lo indicado en la legislación vigente¹⁷.

Artículo 35. Las personas menores de edad deben contar con representantes legales (madres, padres o personas legalmente responsables), quienes pueden ser informados sobre la evaluación e intervención de quien ejerza la función terapéutica, con la conformidad de quien realiza la consulta y siempre teniendo en cuenta sus intereses. Si proporcionar información a terceras personas pudiera ocasionar un peligro o daño a la persona consultante, quien ejerza como terapeuta puede negarse a brindarla.

Artículo 36. La confidencialidad y el secreto profesional deben estar garantizados también en los registros e informes escritos.

a) En la redacción de registros y/o informes se debe proceder con cautela y prudencia, evitando utilizar expresiones devaluadoras o discriminatorias (como por ejemplo: sano/enfermo, normal/anormal, etc.).

b) El pedido de un informe escrito o un certificado otorgado por alguna/s persona/s o institución (jueces o escuela, por ejemplo) debe ser solicitado de manera formal; la persona evaluada tiene derecho a conocer el contenido del mismo. Asimismo, estos informes o certificados quedan sometidos al mismo deber y derecho general de confidencialidad, por lo cual la instancia solicitante está obligada a no darles difusión fuera del marco para el que fueron recabados.

¹⁷ Ver Ley Orgánica de la protección de datos Nº 25.326.

c) Si la información confidencial es ingresada en una base de datos, debe utilizarse un sistema de codificación con el fin de evitar identificaciones personales.

Artículo 37. El uso de información confidencial con fines docentes o de divulgación científica debe efectuarse de tal modo que no se haga posible la identificación de la persona o grupo de que se trata. En caso de que esto suceda, se debe contar con el consentimiento expreso escrito de la/s persona/s involucrada/s.

Artículo 38. El deber de guardar secreto profesional subsiste incluso después de concluida la relación profesional con la/s persona/s consultante/s.

Publicidad

Artículo 39. Las personas especialistas en sexología deben abstenerse de realizar publicidad y comercialización intrusivas o inadecuadas y asegurarse de que toda la información utilizada en publicidad y comercialización sea objetiva y no engañosa.

Artículo 40. Para la promoción y publicidad de los servicios profesionales en diferentes medios de comunicación y/o redes sociales, deben utilizar información verídica y avalada por trabajos, publicaciones académicas y divulgaciones científicas.

Artículo 41. Deben evitar el uso indebido de la SASH con el propósito de obtener ventajas personales, promover intereses particulares o participar en actividades que puedan menoscabar la reputación y la integridad de la institución.

Honorarios

Artículo 42. Los actos profesionales no pueden tener como fin exclusivo la rentabilidad económica.

Artículo 43. El ejercicio de la Sexología es un medio de vida y, por lo tanto, es un derecho recibir honorarios acordes con la importancia y las circunstancias de la tarea realizada, en relación con la competencia y la calificación profesional.

Artículo 44. En el ejercicio libre de la profesión, quienes ejerzan como profesionales de la Sexología humana deben informar debidamente a las personas consultantes sobre el valor de los honorarios por sus labores profesionales, y deben acordar asimismo los modos y tiempos de pago.

Artículo 45. Corresponde tanto a educadores como terapeutas e investigadores no aceptar condiciones de retribución económica que signifiquen desvalorización de la profesión o competencia desleal. De manera excepcional, pueden prestar servicios gratuitos de evaluación y de intervención a aquellas personas que, no pudiendo pagarlos, demuestren manifiesta necesidad de ellos.

Artículo 46. En ningún caso podrán percibir remuneración relacionada a partir de la derivación de consultantes a diferentes profesionales.

Artículo 47. La percepción de retribución y honorarios no está supeditada al éxito del tratamiento o a un determinado resultado.

Artículo final

Se reconoce este Código como antecedente de garantía para futuras legislaciones, respecto de su trabajo en el campo de la sexualidad. Sus principios deben ser objeto de estudio de las personas formadas (y las que buscan formarse) en Sexología.

La redacción de este Código fue inspirada a partir del estudio minucioso de Códigos de Ética de distintas profesiones y de Códigos de Ética de Sexología de varios países:

Argentina

Código de Ética de la Confederación Médica Argentina (1955)

Código de Ética para el Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina (2011)

Código de Ética (Psicoética) y deontológico de la Asociación Argentina de Psiquiatras (2010)

Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013)

Asociaciones internacionales

Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Mundial de Medicina (2022)

Código de Ética de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (1996)

Código Ético de la Asociación Internacional de Sociología (2001)

Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras para la profesión de enfermería (2005)

Canadá

Code de Déontologie des Sexologues de Québec (2016)

Cuba

Código de Ética para Profesionales de la Sexología de SOCUMES (2005)

España

Código de Ética de la Federación Española de Sociedades Sexología (1996)

Código de Buenas Prácticas Profesionales en Sexualidad y Diversidad Funcional (Discapacidad) de la Asociación Nacional de Salud Sexual y Discapacidad (2015).

Quedan así establecidos, en este Código de Ética, los principios rectores para enmarcar la toma de decisiones, con alcance a la mayoría de las circunstancias en que puedan encontrarse (en educación, investigación o práctica clínica) las personas que trabajan con la sexualidad humana.

GLOSARIO

Código de Ética de Sexología Humana: es un documento que está compuesto por distintas normas, reglamentos y valores que se establecen para regular los comportamientos y las actitudes de las personas que están formadas en Sexología (o se encuentran en formación). Su finalidad es ser un referente ético que regule la profesión de las personas que se desempeñen en las áreas de Educación Sexual Integral, de la Sexología clínica o de la investigación de la sexualidad humana.

Deberes de las personas que ejercen la Sexología: son reglas y normas que regulan la convivencia entre profesionales y consultantes. Son acciones que se consideran correctas y adecuadas moralmente, por lo tanto, se relacionan con la moral y la ética.

Derechos sexuales: “Los derechos sexuales constituyen la aplicación de los derechos humanos existentes a la sexualidad y a la salud sexual. Protegen el derecho de todas las personas a satisfacer y expresar su sexualidad y a disfrutar de la salud sexual, con el debido respeto por los derechos de los demás, dentro de un marco de protección frente a la discriminación (OMS, 2010).

Educación Sexual Integral: aquella que abarca aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, afectivos, éticos y jurídicos, relacionados con la sexualidad humana de manera amplia. En la Argentina, el Programa Nacional de Educación Sexual Integral fue creado por la Ley 26.150 con el propósito de garantizar el derecho a recibir Educación Sexual Integral en todos los establecimientos educativos del país, de gestión estatal y privada, en todos los niveles y modalidades.

Educadores sexuales: son personas con formación académica universitaria o terciaria, formación pedagógica y un posgrado en Sexología. Son profesionales que se especializan en el diseño, ejecución y evaluación de programas y currículas específicos en educación sexual dentro de instituciones educativas de distintos niveles educativos (inicial, primario, medio, superior, universitario).

Investigadores sexuales: son personas con formación académica universitaria o terciaria y un posgrado en Sexología. Se ocupan de diferentes tipos de investigación con la finalidad de desarrollar nuevos conocimientos en el campo de la Sexología, con base científica sólida y generalizable y con el objetivo de mejorar la salud sexual individual y colectiva.

Obligaciones de las personas que ejercen la Sexología: son aquellas acciones que profesionales de la Sexología deben realizar de forma obligatoria. Son las conductas esperables, que se deben llevar a cabo por una razón o imposición legal o una norma social.

Perspectiva de género: es una forma de ver y comprender la sociedad que permite identificar y visibilizar las relaciones de poder entre los géneros, y cuestionar la discriminación, las desigualdades y la exclusión hacia las mujeres, lesbianas, gays, travestis, trans, bisexuales, entre otras. Ofrece a todas las personas una forma más justa de entender el mundo.

Salud sexual: es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar (OMS, 2002). La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres

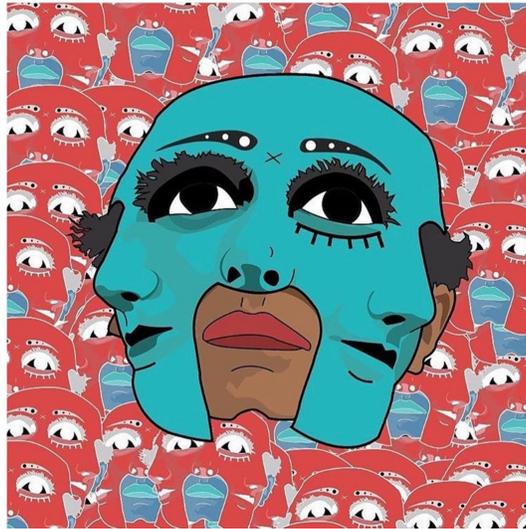
de toda coacción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales.

Sexología: es una ciencia multidisciplinar que estudia, desde diferentes perspectivas, el comportamiento y el desarrollo sexual en los seres humanos. Se ocupa de la sexualidad humana desde sus tres áreas de incumbencia: la educación, la clínica y la investigación sexológica. Es un pilar fundamental para la promoción de la salud y contribuye a la búsqueda del bienestar sexual, aportando beneficios a la calidad de vida de las personas, en todas las edades, tanto de forma individual como colectiva y social.

Sexualidad: es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de toda su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación afectivo-sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones; no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2006).

Terapeutas sexuales: son personas con formación académica universitaria en Medicina o Psicología y un posgrado en Sexología. Brindan asistencia a quienes padecen problemas psicofísicos, emocionales o de relación interpersonal, que comprometen su bienestar sexual.

ARTE



Lucio Calocero, 26 años
Diseñador Gráfico, argentino
Autor del dibujo de la portada

Cómo podemos observar no le ha puesto a su obra ni nombre ni descripción. Este gesto libre y generoso de su parte permite que su dibujo tenga tantos nombres como observadores, y abre la puerta a nuestra libre interpretación.

Esto genera que aquello que no nos es dado o definido en su significado podamos observarlo con otro esmero, imaginarlo, analizarlo y que nuestra observación pueda ir enriqueciéndose y quizá multiplicando los posibles sentidos que le otorguemos.

Las caras, las miradas las mascaradas están allí para poder ¡disfrutarlas!!

Trata de hacer la prueba de ponerle un nombre a esta figura o de encontrarle un significado.....

Interesante experimentar que nada es como realmente se ve, ni lo que se ve es lo que es.

¡La subjetividad impera!!pero nos permite compartir o disfrutar aquello que percibimos y sentimos diferente!

“Abordar la sexualidad como experiencia históricamente singular requiere desentrañar los saberes que a ella se refieren (...) y comprender las formas en las que los individuos conciben y se declaran como sujetos de esa sexualidad”

(Foucault en Historia de la Sexualidad I)

Las diversas caras, miradas, manifiestas o escondidas, debajo de otras miradas o encubiertas alguna vez, para no ser percibidas, muestra cómo a pesar de historias de mandatos, de prohibiciones que han encorsetado nuestras verdaderas voces sexuales pueden hacerse paso a través de labios, miradas, oídos, olfato, agujeros eróticos que nutren y desnudan el deseo y la sexualidad .

¡¡¡..Nuestra sexualidadCuantas veces silenciada!!!!

Pero que siempre, cómo la vida misma, encuentra la forma de brotar, crecer y deslizarse entrelazada en la trama inexorable de la existencia.

Lic. Claudia Derossi

REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

Los artículos deberán ser enviados por correo electrónico a revistasasharg@gmail.com y/o secretaria@sasharg.com.ar, usar procesador de texto tipo Word (.doc)

Los trabajos deberán ser inéditos

El sólo hecho de enviarlo para su evaluación implica que el autor cuenta con los derechos como para su publicación.

Se aceptarán artículos para su publicación en portugués.

El mismo incluirá el nombre completo del autor, títulos profesionales, dirección, dirección electrónica e institución a la pertenece y cualquier otro crédito (p. ej. Agradecimientos). Esta información debe figurar al pie de la página 1 del artículo.

El trabajo deberá tener una extensión de no más de 20 páginas, estará tipeado a doble espacio en formato tipo A4, con un margen de 2,5 cm en cada lado, letra Times New Roman tamaño 12

Al comienzo del trabajo se incluirá un “resumen” de hasta 150 palabras, en castellano e inglés. Este resumen no debe estar escrito en primera persona sino en forma impersonal (“se exponen las ideas de...”, “Se analiza la hipótesis X...”), debe transmitir el contenido esencial del artículo y no debe incluir agradecimientos.

También se incluirán 5 o 6 palabras clave que identifiquen el contenido del artículo.

Notas de pie de página: En caso de incluir notas, irán numeradas sin paréntesis en el texto y se presentarán en una lista en hoja aparte.

Referencias bibliográficas:

Las referencias bibliográficas se presentarán ordenadas alfabéticamente y numeradas, al final del trabajo, en hoja aparte. En el texto del artículo, los números correspondientes se colocarán entre paréntesis.

Libros:

Autor o autores, Ed Año (entre paréntesis), obra (en bastardillas o cursiva), ciudad, editorial, número de páginas. Ejemplo: Kaplan, Helen S., (1ª Ed. 1996) *La Nueva Terapia Sexual*. Bs. As. Alianza, Pag. 360.

Libros compilados (coordinador y vs. Autores)

Autor, año (entre paréntesis), título del artículo, en: nombre del coord. Y título del libro (cursiva), páginas en donde se encuentra el tema, ciudad, editor. Ejemplo: Portnoy, F. (2005). El embarazo en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas (pp. 127-150). Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

Artículo de una revista:

Autor o autores, año (entre paréntesis), título del artículo, nombre de la revista (cursiva), volumen, número, página. Ejemplo: Schwarz, M F, &Master, W.H. (1994). Integration of trauma-based, cognitive, behavioral, systemic and addiction approaches for treatment of hypersexual pair-bonding disorder. *Sexual addiction & compulsivity: the journal of treatment and Prevention 1*, pág 57-76

Para citas y referencias bibliográficas utilizar normas APA

Versión electrónica <http://normasapa.com/como-hacer-referencias-bibliografia-en-normas-apa/>

Evaluación

Proceso de referato de producciones científicas Revista SASH, responderá a los estándares científicos vigentes en el país y a nivel internacional, asistirá a los autores en la claridad de su exposición y sistematización de la información. Recibido un artículo presentado con los formatos requeridos, será enviado a dos o más evaluadores, expertos en el tema desarrollado. Los evaluadores realizarán observaciones que serán remitidas a los autores, quienes pueden introducir modificaciones o responder en forma puntual. Estereferato será de anonimato doble: los evaluadores recibirán una copia en la que no consta el nombre de el/la/los autor/a/es y la evaluación se remite a los autores sin consignar el nombre del evaluador. Es responsabilidad del director reservar esta información exclusivamente para la gestión del intercambio de evaluaciones y versiones del/los artículos presentados.

El Comité Asesor evaluará la posibilidad de publicar el artículo y comunicará su decisión al autor a la brevedad posible, indicando la fecha probable de publicación.

Derechos de autor

El hecho mismo de enviar para evaluación un artículo (y en caso de que el artículo sea aceptado y publicado) implica la aceptación tácita de la cesión de derechos de autor, incluyendo los derechos para su publicación en todos los medios conocidos o por desarrollar, como por ejemplo, bases de datos electrónicas, discos compactos, antologías, etc.

El autor podrá enviar nuevamente el artículo para ser publicado en otro medio. También le estará permitido publicarlo nuevamente en antologías personales o compilaciones de la cual sea autor principal o en su sitio web personal. En todos los casos deberá hacer mención de su publicación en nuestra revista, detallando el volumen, número, año y páginas, y, en el

último caso, incluir un vínculo al sitio web de nuestra revista.

Otro tipo de artículos:

Se considerará en cada caso en particular la publicación de otro tipo de artículos tales como revisiones de libros, crónicas de eventos científicos, reflexiones, cartas al editor, reportajes, etc.