



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



AMPLIÁNDONOS HACIA LO DIVERSO

MANUAL DE CAPACITACIÓN SOBRE SALUD SEXUAL Y DIVERSIDAD SEXUAL PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

AIDSTAR-One
APOYO Y RECURSOS DE ASISTENCIA TÉCNICA EN SIDA

DECIEMBRE 2013

Esta publicación fue producida con el apoyo del Plan de Emergencia de Lucha Contra el SIDA del Presidente de EE. UU (PEPFAR) a través de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional, bajo el contrato # GHH-I-00-07-00059-00, AIDS Support and Technical Assistance Resources Project (AIDSTAR-One), Sector I, Orden de Trabajo I.

AMPLIÁNDONOS HACIA LO DIVERSO

MANUAL DE CAPACITACIÓN SOBRE SALUD SEXUAL Y DIVERSIDAD SEXUAL PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Proyecto de Recursos de Asistencia Técnica y Apoyo para SIDA

Recursos de Asistencia Técnica y Apoyo para SIDA, Sector I, Orden del Trabajo I (AIDSTAR-One) es financiado por la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional, bajo el contrato # GHH-I-00-07-00059-00, otorgado el 31 de enero del 2008. AIDSTAR-One está implementado por John Snow, Inc., en colaboración con Asistencia Médica de alcance general (BroadReach Healthcare), Abarcar (EnCompass) LLC, el Centro Internacional de Investigación de la Mujer (ICRW), MAP Internacional, (MAP International), Madres a Madres (mothers2mothers), Sistemas Sociales y Científicos, Inc. (Social and Scientific Systems, Inc.), [la Universidad de Alabama en Birmingham, (University of Alabama at Birmingham) l'Alianza de la cinta blanca para la maternidad segura (White Ribbon Alliance for Safe Motherhood), y Educación Mundial (World Education). El proyecto proporciona servicios de asistencia técnica a la Oficina de VIH/SIDA y los equipos nacionales del Gobierno de los Estados Unidos en gestión de conocimiento, liderazgo técnico, sostenibilidad de programas, planificación estratégica y apoyo para implementación de programas.

Cita Recomendada

Corona, Esther y María Clara Arango. 2013. *Ampliándonos hacia lo diverso: manual de capacitación sobre salud sexual y diversidad sexual para profesionales de atención primaria en salud*. Arlington, VA: Recursos de asistencia técnica y apoyo para SIDA de USAID, AIDSTAR-One, Orden de Trabajo I.

Agradecimientos

Varias personas contribuyeron al desarrollo y validación de este manual. Lindsay Stewart de USAID brindó apoyo y orientación a esta iniciativa. El proyecto AIDSTAR-One en particular reconoce las contribuciones del equipo de facilitadoras que realizaron los talleres de validación, Esther Corona, Flor de María Hernández, Aleyda Marroquin, Gabriela Miranda, y Leslie Ramírez. También reconocemos la apertura y el apoyo del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, la Asociación Salvadoreña para el Impulso del Desarrollo Humano (ASPIDH/Arcoiris) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Finalmente, damos gracias al personal de los servicios de salud que participaron en los talleres por el tiempo que nos brindaron y el entusiasmo que demostraron al compartir con otros compañeros de trabajo los nuevos conocimientos que adquirieron sobre diversidad sexual y derechos humanos. Esperamos que este manual sirva de herramienta para el fortalecimiento de los servicios de salud.

AIDSTAR-One

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 16th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Teléfono: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Correo electrónico: info@aidstar-one.com

Internet: aidstar-one.com

PRESENTACION

Ha sido un gran placer para AIDSTAR-One colaborar con nuestros socios de Centroamérica en la creación de este manual de capacitación para trabajadores de salud que brindan servicios críticos a las minorías sexuales.

Para muchos, la manera en que son percibidos y atendidos por el personal de salud es de tremenda importancia. Esto resulta determinante para que se comprometan a cumplir con su tratamiento.

Cuando un cliente y un proveedor pueden establecer una relación de respeto y confianza, la información acerca de la conducta sexual y otros riesgos puede ser discutida abiertamente, sin prejuicios, y pueden desarrollarse planes para atender y minimizar los riesgos. Ese diálogo debe estar fundado en la comprensión de la diversidad de los individuos y sus necesidades, y en la aplicación de las herramientas y los mensajes correctos dirigidos a sus circunstancias.

Esperamos que estos materiales sirvan de guía para los proveedores, en sus esfuerzos por brindar servicios de salud completos a sus clientes gay y trans.

Andrew M. Fullem
Director de Proyecto
AIDSTAR-One

PROLOGO

El reconocimiento de la salud sexual como un elemento esencial para la salud integral de los individuos y de las sociedades es relativamente reciente. De un enfoque limitado con una visión fragmentada de la salud hemos transitado a un abordaje multidimensional que contempla una pluralidad de elementos que constituyen la salud sexual. Así mismo, desde un punto de vista que se circunscribe sólo a la prevención avanzamos hacia una perspectiva de desarrollo humano basada en derechos.

La Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) declara que los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Estos derechos sustentan y proclaman la seguridad, autonomía y privacidad sexuales, la equidad e igualdad de género, y van más allá de sólo proteger en contra de la discriminación y el estigma hacia el reconocimiento de la diversidad como uno de los elementos constitutivos de la condición humana.

En este espíritu iniciamos nuestra colaboración con el proyecto AIDSTAR-ONE para responder a las necesidades de capacitación de los profesionales de la salud de América Latina identificadas en el diagnóstico que el proyecto realizó entre mujeres trans y proveedores de salud en Centroamérica, entendiendo que la capacitación que requiere el sector salud, no es una capacitación circunscrita al análisis de la identidad de género sino una formación que se inicia con la convicción de que la diversidad sexual la constituimos todos los humanos con nuestras características particulares. Esta manera de entender la sexualidad nos aleja de una mirada patologizante conduciéndonos a reflexionar sobre todo lo que nos une como cuerpos sexuados que nos desarrollamos en familias, sociedades y culturas específicas, pero también a analizar nuestras especificidades en cuanto a nuestras identidades y expresiones sexuales y de género y nuestras orientaciones, afectos, deseos y prácticas sexuales.

Sin embargo un enfoque teórico no es suficiente, una gran parte de los sistemas de salud atienden a poblaciones con carencias económicas y educativas y muchas veces, son a su vez, parte de culturas patriarcales, de ámbitos discriminatorios en cuanto al género, la etnicidad, la clase social en donde es frecuente el estigma a todos aquellos cuya identidad y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer. Una estrategia de capacitación que no contemple la revisión de actitudes, la clarificación de valores y la transformación de los servicios con base en un nuevo modo de ver a los y las usuarias de los mismos no ya como pacientes sino como personas sujetos de derechos, no puede considerarse como conducente a una salud sexual integral.

Por otra parte, también es necesario enfrentar el hecho de que los proveedores de salud casi nunca han recibido ninguna capacitación en su formación profesional que les permita entender y responder a los retos que les presenta la atención de la salud sexual de sus consultantes y mucho menos a los requerimientos específicos de las personas trans. Por lo tanto es imprescindible incorporar en la estrategia de capacitación el fortalecimiento de las capacidades clínicas del personal de salud dentro de las limitaciones propias de los servicios públicos de salud, pero siempre con la intención de ofrecer servicios de calidad y calidez.

La validación de la estrategia ha demostrado que las premisas básicas en las que se basó su diseño, efectivamente contribuyen a mejorar la salud no sólo de las poblaciones trans sino también de otros grupos comunitarios de la diversidad sexual que requieren de una atención más integral a su salud. Esperamos que el potencial multiplicador de este manual pronto se vea reflejado en el bienestar de los individuos y las comunidades menos favorecidas socialmente.

Esther Corona
Presidenta de los Comités de Educación y Relaciones Internacionales
World Association for Sexual Health

TABLA DE CONTENIDOS

Presentación	V
Prologo	vii
Introducción.....	I
I. Propósitos	3
II. Estructura del Manual.....	5
Enfoque.....	5
Metodología	5
Formato	6
Organización	6
III. Plan de trabajo.....	9
IV. Los procesos de facilitación	11
Requisitos y papel de los facilitadores	11
Funciones de los facilitadores	12
Antes de la capacitación	12
Durante la capacitación	13
Después de la capacitación	15
VI. Sesiones	21
Sesión Inicial.....	21
Sesión 1	32
Sesión 2	43
Sesión 3	49
Sesión 4	61
Sesión 5	67
Sesión 6	74
Sesión 7	77
Sesión 8	86
Sesión 9	94
Sesión 10	108
Sesión final.....	115
VII. Anexo: Para saber más	121
Sesión 1	122
Interpretación de las respuestas de la Escala de Riddle.....	122
Sesión 2	123
Panorámica de la sexualidad.....	123
Terminología y definiciones	128
Sesión 3	135
Concepciones de calidad de atención: ejemplos del Perú.....	135
Sesión 4	141
Decálogo de derechos de las y los pacientes LGTB.....	141
Sesión 5	144
Capítulo 2	144

Sesión 6	155
Desarrollo de la sexualidad en la infancia y la niñez	155
Sesión 7	159
Aspectos generales de la adolescencia	159
Adolescencia temprana	160
Adolescencia tardía y juventud.....	166
Derechos sexuales y derechos reproductivos de la población adolescente y joven.	169
Sesión 9	171
Componentes de un protocolo para la prevención general.....	175

INTRODUCCIÓN

En fechas recientes ha aumentado el número de médicos¹, personal de enfermería, trabajo social y otros profesionales de la salud que han recibido capacitación en temas relacionados con VIH, el uso de antiretrovirales, información epidemiológica, consejería en el tema y otras cuestiones técnicas. Sin embargo, muy pocos han recibido alguna formación con un enfoque integral de la salud sexual que les permita abordar también una serie de problemas como el embarazo adolescente, la violencia sexual, el estigma y la discriminación, cuestiones relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos, y en particular los temas relacionados con la diversidad sexual.

Esto se relaciona con el hecho de que inclusive para el personal resulta difícil hablar de sexualidad de una manera integral. Los profesionales de la salud, por lo general, no reciben ninguna formación sobre sexualidad durante su educación profesional y existen muy pocas oportunidades de capacitación continua o en servicio, a pesar de que se espera cada vez con más frecuencia que aborden adecuadamente situaciones que requieren una comprensión completa de la sexualidad humana. Es frecuente que ni siquiera posean conocimientos básicos y pueden compartir los mismos prejuicios y sesgos de las comunidades con las que trabajan.

Con el fin de enfrentar estas necesidades se ha diseñado este Manual asociado a un Taller que constituye en sí una estrategia de capacitación: se proveen conocimientos actualizados a la vez que ofrecen la oportunidad de revisar actitudes y valores, y conduce a la acción. Este Taller se inscribe dentro de una visión de la Salud Sexual como parte de la Salud Integral que, en palabras de la definición operativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es un estado general de bienestar físico, emocional, mental y social, relacionado con la sexualidad y asociado al respeto y protección de los derechos sexuales. Esta perspectiva tiene implícita un reconocimiento de la diversidad sexual como parte de la riqueza de la experiencia humana y dentro de ésta, el amplio espectro de la identidad de género.

En virtud de que el tema de la sexualidad conserva en cierta medida su carácter de tabú, es necesario abordarlo desde varios niveles, entre los que se reconocen: primero, el relacionado con la posición que cada uno tiene respecto a su propia sexualidad y a la sexualidad de los otros; segundo, el compromiso que se tiene frente al quehacer profesional en este campo de la salud; y tercero, la enorme responsabilidad que conlleva trabajar con la diversidad sexual desde una perspectiva de derechos.

¹A menos que se especifique lo contrario, al referirnos en este texto a los participantes, médicos, pacientes, facilitadores, proveedores, investigadores y demás, aludimos tanto a los hombres como a las mujeres. Tal decisión responde a la necesidad de dar fluidez a la lectura.

El Taller está dirigido a profesionales de la salud de atención primaria, de preferencia constituidos en equipos de salud. El Manual está diseñado para el o los facilitadores del Taller.

También puede ser utilizado como una herramienta para efectuar la capacitación de capacitadores que posteriormente puedan replicar la estrategia que aquí se propone.

SUGERENCIAS PARA LA UTILIZACIÓN DEL MANUAL COMO HERRAMIENTA PARA LA CAPACITACIÓN DE CAPACITADORES

Este Manual se puede utilizar como herramienta para capacitar a capacitadores para lo que le ofrecemos las siguientes sugerencias:

1. Revise cuidadosamente el Manual y elabore los propósitos que correspondan a la actividad de capacitación que va a realizar.
2. Elija una estructura que le permita entregar información y conocimientos al mismo tiempo que se revisan actitudes y se clarifican valores. Las sesiones que son básicas para analizar nueva información son:
 - a. La Sesión 1. Los profesionales de la salud y la salud sexual y las correspondientes al desarrollo, la Sesión 5 y la 7.
 - b. Las sesiones 2, 3 y 4 se refieren tanto a los sistemas de salud como a los profesionales del sector y es allí donde los participantes generalmente tiene mayor conocimiento y experiencia.
 - c. Las sesiones 8 y 9 trabajan más los enfoques clínicos. Es posible iniciar el taller con las Sesiones 2, 5 y 7 para después permitir a los futuros capacitadores que desarrollen una “simulación” de por lo menos las sesiones 2, 3 y 4, siguiendo las instrucciones del Manual, para luego volver a retomar las Sesiones 8 y 9 y, por supuesto, concluir con la 10 y la Sesión Final .
3. Todos los participantes deben contar con ejemplares del Manual.
4. Los facilitadores pueden organizar una presentación de Powerpoint[®] con la información que se refiere al papel del facilitador y que es parte de este Manual.
5. Es conveniente ofrecer a los participantes algún instrumento de observación y de evaluación de las sesiones que facilitan los participantes.
6. Debe asegurarse un monitoreo y seguimiento de las acciones de capacitación que realicen los participantes.

I. PROPÓSITOS

QUE EL PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

1. Enfoque y atienda la salud sexual en toda su diversidad de una manera informada, libre de prejuicios y en un marco de respeto por los derechos humanos.
2. Obtenga una visión amplia y científica acerca de algunos de los aspectos fundamentales de la salud sexual.
3. Adquiera herramientas para realizar mejores intervenciones en la salud sexual de sus consultantes.
4. Conozca los problemas de salud que afectan a personas LGBTI y obtengan recursos para atenderlos de manera positiva y respetuosa.
5. Otorgue los servicios tomando en consideración las necesidades de salud sexual de las poblaciones que viven una sexualidad diversa y que se constituyan en garantes de los derechos sexuales de estos grupos.
6. Adquiera la capacidad para replicar algunos de los elementos del Manual actuando como facilitadores en actividades y talleres en su ámbito profesional.

En el caso de un Taller de Capacitación de Capacitadores, añadir el siguiente propósito :

Que los participantes adquieran la capacidad básica de replicar el Taller presentado en el Manual en ámbitos profesionales y comunitarios

II. ESTRUCTURA DEL MANUAL

ENFOQUE

El Manual se adhiere a una visión de la capacitación como un proceso orientado al desarrollo de competencias que permite un desempeño reflexivo, responsable y efectivo de las diversas tareas contempladas para los prestadores de servicios de salud en relación con la salud sexual y la diversidad. El desarrollo de dichas competencias supone la interacción de un conjunto dinámico de conocimientos, valores, habilidades, actitudes y principios, que se va estructurando desde la experiencia del sujeto o grupo participante.

Es parte integral de esta capacitación promover los enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad, a fin de lograr el empoderamiento de los grupos participantes y disminuir las barreras sociales, de género, culturales, y actitudinales para una atención eficaz a las demandas de atención en este campo.

Este Taller debe contar con la participación plena de personas trans, no sólo ofreciendo sus testimonios sino como facilitadoras y si es posible en la gestión y revisión previa a su aplicación.

METODOLOGÍA

La propuesta educativa del Manual se inscribe dentro de un paradigma de aprendizaje activo que integra experiencias previas del participante, incidencias del entorno en la situación, análisis de la información, planteamiento y resolución de preguntas, establecimiento de relaciones y asociaciones, toma de decisiones y desarrollo de estrategias de acción. No se limita a transmitir bloques de información que, aunque necesaria, es sólo parte de un proceso más complejo de interacciones creativas que permitirá a los y las participantes el desarrollo de una diversidad de competencias que incluyen, entre otros, análisis de situaciones, solución de problemas, pensamiento crítico, comunicación y manejo de información.

Se utiliza una metodología participativa, de corte constructivista que promueve el desarrollo de capacidades y no la acumulación de información.

La persona encargada de facilitar el taller, encontrará una guía con instrucciones detalladas para las actividades de aprendizaje que le ayudará a seguir un ritmo en el proceso y a que el grupo participante se apropie de los conceptos principales de cada sesión. Así mismo podrá ser útil para que algunos de los participantes puedan replicar actividades y talleres en sus entornos profesionales.

Cada sesión contiene actividades educativas que son descritas detalladamente, paso por paso. Estas actividades se basan en los principios de una educación participativa e incluyen discusión de casos, trabajo en grupos pequeños, dramatizaciones y otros ejercicios, que convocan a la participación activa de los sujetos involucrados en el proceso de aprendizaje. Asimismo, promueven el trabajo en grupo y el intercambio de conocimientos entre los integrantes del taller. Conforme va leyendo, el capacitador podrá imaginarse una sesión educativa activa, en ocasiones ruidosa y divertida. Quien capacite, no va a ser la única persona que hable, sino que será parte de un proceso de aprendizaje dinámico.

Las metodologías participativas son un marco para concebir y llevar a cabo una educación que promueva la reflexión compartida, el análisis crítico, el cuestionamiento en profundidad y la resolución colectiva de problemas. Esto habilita a las personas participantes para profundizar en sus conocimientos y llegar a una mejor comprensión de las cuestiones de derechos humanos concretas a las que hacen frente, y para articular propuestas y estrategias para el cambio.

El aprendizaje que hace posible las metodologías participativas, firmemente arraigado en las experiencias vitales, las realidades, las esperanzas y las aspiraciones de las personas participantes, está en consonancia con los principios de una educación para personas adultas y recibe a menudo el nombre de “aprendizaje experiencial”.

Tomando en consideración las implicaciones de una participación grupal amplia pero acotada, de una interacción que recoge la experiencia de los participantes y se analiza a la luz de nuevos conceptos y otra evidencia científica, de optimizar los tiempos para llegar a conclusiones que lleven a acciones viables en el contexto de los participantes y de la importancia de integrar diversas destrezas de capacitación, se recomienda ampliamente que el uso del Manual se realice por parte de un equipo de facilitadores y no solo por un individuo.

FORMATO

El Manual es congruente con la estructura y formato de la modalidad de taller de capacitación. El formato de taller es muy apropiado para desencadenar procesos de reflexión colectiva sobre un tema de interés y para revisar formas que permitan aplicar los aprendizajes. Es un formato complejo y, al mismo tiempo, flexible, que promueve la construcción colectiva de conocimientos combinando actividades participativas, predominantemente.

Este formato permite conjuntar una serie de competencias y encauzar la comprensión de situaciones problema –sus dificultades y consecuencias–, en un marco de derechos humanos y desde la perspectiva de género, procurando un manejo hábil de herramientas metodológicas y comunicativas para integrar la salud sexual en la oferta de servicios.

ORGANIZACIÓN

El Manual está integrado por una sesión introductoria, una final de evaluación y diez sesiones educativas que se desarrollan en tres pasos:

1. **Observando las circunstancias:** se busca que el grupo parta de un reconocimiento de experiencias propias o situaciones cotidianas que le permitan contextualizar el tema. El grupo usará esta exploración de su realidad para originar información para una discusión posterior. Este primer paso se utiliza a modo de espejo para observar las imágenes individuales y colectivas que darán cuenta de situaciones que acontecen y que se buscan revisar.
2. **Fortaleciendo los conceptos:** en este momento se abre el diálogo con el objeto de analizar el tema en cuestión a partir de las múltiples miradas de los participantes presentes y se incorporan conocimientos nuevos sobre la temática. Se intenta conectar el análisis grupal con otros puntos de vista a manera de complementar, ampliar y/o revisar la información de que dispone el grupo. Este paso sirve para expandir los niveles de reflexión acerca de lo que se piensa, se siente y se hace frente a una determinada situación.
3. **Me queda claro que...:** con la coordinación de la persona o el equipo facilitador se propicia la obtención de conclusiones por parte del grupo. Se buscan las repercusiones de algunas prácticas habituales en su ámbito comunitario y profesional, que abran posibilidades tendientes a alcanzar transformaciones en los servicios de salud. Las conclusiones personales y grupales sirven al equipo facilitador para evaluar los procesos y revisar los aprendizajes logrados.

A cada paso corresponde una actividad educativa. Todas las propuestas se inscriben dentro de una perspectiva de aprendizaje que permiten a los grupos participantes el desarrollo de diversas competencias que incluyen, entre otros, el análisis de situaciones, la solución de problemas, el pensamiento crítico, la comunicación y el manejo de información.

En cada sesión se especifican los siguientes aspectos:

Objetivo: señala las capacidades que se busca lograr con el desarrollo de las actividades de aprendizaje; por lo tanto, pueden referirse a conocimientos, habilidades o actitudes.

Tiempo: especifica la duración mínima que se requiere.

Actividad: indica el nombre y tipo de ejercicio que se propone para el proceso grupal.

Qué necesita disponer con anterioridad: especifica los arreglos previos que se requieren.

Para saber más: incluye textos de apoyo fundamentales y señala fuentes útiles para ampliar información acerca de cada tema.

Recursos: indica algunos vínculos a documentos, relacionados con el tema, que están disponibles en Internet.

También se incluyen las imágenes de las presentaciones de Powerpoint incluídas en la sesión. En algunas ocasiones estas imágenes difieren ligeramente de las láminas mismas ya que constituyen una guía para que los facilitadores elaboren sus propias presentaciones.

III. PLAN DE TRABAJO

El taller está estructurado para ser desarrollado en 20 horas. Estas horas pueden ser distribuidas de distintas manera. Un **ejemplo de agenda**, para dos días y medio, puede verse a continuación. Dicha agenda puede adaptarse a las necesidades y tiempos grupales, siempre que la intensidad horaria permanezca.

Agenda del taller <i>Ampliándonos hacia lo diverso</i>			
Hora	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3
8:30	Sesión Inicial (1.5 horas)	Sesión 5: Los profesionales de la salud y la sexualidad en el ciclo de vida. Infancia y niñez (2 horas)	Sesión 10: Los profesionales y la salud sexual especializada (1.5 horas)
9:00			
9:30			
10:00	Sesión 1: Los profesionales de la salud y la salud sexual (3 horas)	Sesión 6: En primera persona (1 hora)	RECESO
10:30			Sesión Final: Evaluación y clausura del taller (1.5 hora)
11:00			
11:30			
12:00			
12:30			
13:00			
ALMUERZO			
14:00	Sesión 2: Yo ya tengo... pero aún me falta (1 hora)	Sesión 8: Los profesionales de la salud y la sexualidad en el ciclo de vida. Adultez (1.5 horas)	
14:30			
15:00	Sesión 3: Los derechos humanos como elementos nucleares del trabajo del equipo de salud (1.5 horas)	Sesión 9: Los profesionales de la salud y la atención de la salud sexual. Necesidades especiales de poblaciones clave (3 horas)	
15:30			
16:00			
16:30	Sesión 4: El profesional de la salud como miembro de una cultura (2 horas)		
17:00			
17:30			
18:00			
18:30	Recapitulación y evaluación del día (10 minutos)		

IV. LOS PROCESOS DE FACILITACIÓN

REQUISITOS Y PAPEL DE LOS FACILITADORES

Ser facilitador no es fácil, y por ello es importante que tenga claro cuál es su papel y cuáles son sus responsabilidades. Es deseable, toda vez que se pueda, que el proceso del taller esté en manos de más de un facilitador. Pueden ser dos que siempre estén presentes y que se alternen en los roles de facilitación y cofacilitación.

De esta manera, mientras que alguien facilita una sesión, la otra persona puede registrar la información en el rotafolios, papelógrafo o computadora, controlar los tiempos, ayudar a que la discusión se mantenga en consonancia con los objetivos de la sesión, apoyar el trabajo de los grupos pequeños, hacer síntesis o aclaraciones complementarias, recoger o repartir material. En caso de que no sea posible tener dos o más facilitadores puede solicitarse la participación de una persona voluntaria entre los participantes para tareas simples como registrar información o repartir materiales.

Es esencial que los facilitadores conozcan el funcionamiento de los servicios, en general, ya que la capacitación debe ayudar a *vincular* diferentes áreas de los mismos. Además, la experiencia de los capacitadores debe complementarse entre sí tanto como sea posible. En algunos casos podrán invitarse a “expertos” para la entrega de la información en el paso 2: Fortaleciendo los conceptos.

Si bien el Manual contiene información para guiarlos durante un taller y ayudarles a tomar decisiones que intensifiquen la experiencia del aprendizaje, es deseable que los capacitadores comprendan los principios del aprendizaje de adultos, conozcan el empleo de una variedad de métodos y técnicas de capacitación participativa y puedan adaptar materiales para satisfacer las necesidades de los participantes. Es preciso recordar en todo momento que el Manual es una guía y de ninguna manera una camisa de fuerza y que pueden realizarse adaptaciones siempre y cuando se conserven sus elementos básicos.

El trabajo del facilitador empieza desde antes del taller y termina después de la capacitación.

FUNCIONES DE LOS FACILITADORES²

ANTES DE LA CAPACITACIÓN

Administrativas

- Asegurar con los gerentes de los servicios amigables que hay claridad sobre los propósitos de la capacitación, el tiempo que se requiere, la importancia de la asistencia ininterrumpida de los participantes, la selección de un grupo multidisciplinario y otros.
- Considerar, junto con los responsables de los programas, el perfil individual y grupal de los asistentes a la capacitación.
- Plantear la necesidad de que el tamaño de los grupos no sea muy grande (máximo 35 participantes) puesto que los métodos participativos así lo exigen.
- Acordar los mecanismos para un seguimiento de la capacitación, asignando plazos y responsables.
- Asegurar que el salón o lugar donde se va a llevar a cabo la capacitación permita la realización de actividades participativas, mover el mobiliario, organizar subgrupos, hacer dramatizaciones, etcétera. Los locales de tipo auditorio no se recomiendan.
- Visitar y en caso necesario preparar el salón o lugar donde se va a llevar a cabo la capacitación. Es posible que el facilitador no pueda hacer mucho acerca del lugar en que se va a llevar a cabo el taller. Sin embargo, es importante que esté consciente de cómo el salón puede afectar la disposición de los participantes para aprender. Las distracciones, la falta de luz natural, la falta de ventilación, el ruido exterior, entre otros, son factores que dispersan la atención.

Técnicas

- Indagar acerca de los antecedentes de los potenciales participantes en cuanto a tareas que realizan y necesidades de capacitación. De ser posible, los capacitadores deberán charlar con los participantes acerca de su experiencia en la prestación de servicios y plantear preguntas que permitan detectar algunas actitudes y conocimientos presentes.
- Tener claro que se va a utilizar un enfoque distinto al de la explicación teórica. Se trata de que los participantes hagan su propio proceso de aprendizaje en un ambiente cómodo y propicio para el enriquecimiento mutuo y el intercambio de

² Los términos “facilitador” y “capacitador” se usan de manera indistinta ya que ambos aluden a una acción habilitadora en una experiencia centrada en los sujetos y su capacidad de generar aprendizajes. Se evitan, vale aclarar, los términos de entrenador y/o instructor, ya que sus funciones están reñidas con los enfoques participativo y constructivista del aprendizaje, que promueve el Manual.

experiencias y conocimientos. El grupo debe tener presente que sus integrantes son responsables de su propio proceso de aprendizaje.

- Familiarizarse con el proceso y la secuencia de las actividades que componen las sesiones o módulos de aprendizaje, el material y otros recursos didácticos que se usarán, para darse una idea del tipo de sesiones que se van a desarrollar y comprender los objetivos, contenidos y enfoques (temáticos y metodológicos). Al inicio de cada sesión se indican los materiales que se requieren.
- Juntar y asignar en un lugar todos los materiales que vaya a requerir el grupo para llevar a cabo las tareas planeadas: hojas de rotafolios o papelógrafo, marcadores gruesos de distintos colores, cinta adhesiva, tijeras, pegamento, tarjetas adhesivas y otros.
- Adaptar las sesiones, en particular los casos y las sugerencias para las dramatizaciones, a fin de reflejar las necesidades de los participantes y las normas del contexto local. Estas adaptaciones pudieran ser tan sencillas como cambiar los nombres de los personajes en los estudios de caso, o tan complejas como desarrollar nuevas sugerencias para las dramatizaciones, o incluso idear nuevos ejercicios.
- Tener las ayudas visuales preparadas con anticipación y en un formato adecuado. Cuando vaya a requerir equipo de proyección verifique las fuentes de energía, la ubicación de la pantalla y el funcionamiento adecuado del equipo.

DURANTE LA CAPACITACIÓN

EL FACILITADOR TIENE QUE CUMPLIR DISTINTAS FUNCIONES DURANTE EL TALLER:

- **Abrir la sesión:** consiste en explicar al grupo los propósitos de la sesión y presentar el tema que se va a tratar buscando que los participantes le encuentren un sentido personal. Describir cómo se relaciona cada sesión con otras precedentes o futuras.
- **Guiar el proceso:** incluye presentar los conceptos de cada unidad temática empleando las técnicas participativas que se sugieren en cada caso. Evitar que las ideas se queden en el "aire", promover su registro y apoyar a los participantes para que las comprendan y relacionen con su trabajo y condición personal. Ayudar en el proceso de “descubrir ideas” y de toma de conciencia del grupo.
- **Dar instrucciones:** indicar en forma clara y precisa cuál es la tarea exacta que el grupo va a realizar, qué debe hacer cada miembro del grupo, qué resultado se debe obtener de la actividad y qué tiempo tienen para completarla.

Durante el taller existen momentos en que los participantes deben trabajar todos juntos y otras en que se dividen en subgrupos. Cuando se hace una subdivisión del grupo mayor, las instrucciones finales deben hacerse hasta que los subgrupos estén formados. Si no es así, es posible que los participantes olviden las instrucciones mientras forman los subgrupos.

- **Administrar las tareas:** Implica la capacidad para desarrollar las actividades dentro de los plazos establecidos y también, la flexibilidad para hacer ajustes rápidos cuando el tiempo, el grupo o la actividad lo requieran. Informar a los participantes del tiempo de que disponen, y hacer anuncios sobre el tiempo que resta para concluir la actividad. Debe mantener el ritmo de la actividad. Revisar el trabajo del grupo o los subgrupos discretamente, para comprobar que el trabajo se desarrolle correctamente y para poder tomar decisiones sobre ajustes al tiempo.
- **Promover la participación del grupo:** consiste en propiciar un ambiente de respeto en el cual todas las personas puedan expresarse sin temor a ser enjuiciadas o descalificadas. Estimular la participación de las más tímidas o calladas y no dejar que las más “habladoras” se apropien del proceso.
- **Administrar el tiempo:** implica cumplir y hacer cumplir los horarios. Empezar la sesión a tiempo y retomar a tiempo luego de cada descanso. Mantener centradas las exposiciones y discusiones de los grupos. Por un lado, es muy importante conceder el tiempo suficiente a los procesos educativos, y por el otro, también es muy útil controlar la pérdida innecesaria de tiempo en el desarrollo de temas que no siempre se relacionan directamente con las actividades.
- **Clarificar las comunicaciones:** verificar que los participantes estén entendiendo las ideas que se desean comunicar; resumir y resaltar cada cierto tiempo los aspectos más importantes.
- **Sostener el interés y la motivación haciendo preguntas abiertas** (que no puedan contestarse con un “sí” o un “no”) para que las participantes reflexionen individual y colectivamente. Debe advertirse que en el Manual se han incluido diversos ejemplos de preguntas para guiar al facilitador cada vez que se requiere. Sin embargo, no es necesario que se hagan todas las preguntas que se sugieren. Cada facilitador, según su criterio, deberá escoger las que considere más apropiadas para apoyar el proceso de reflexión que el grupo va siguiendo en el taller. También, se espera que el facilitador entienda el sentido de las preguntas y las formule en los términos que considere más apropiados para el grupo de participantes.
- **Cerrar las sesiones:** procurar que todas las dudas queden aclaradas. Orientar la aplicación o puesta en práctica de los aprendizajes. Terminar las sesiones procurando que las conclusiones queden amarradas. Dejar tiempo suficiente para las evaluaciones.

- **Evaluar su trabajo:** revisar periódicamente, por lo regular al final de cada día, la manera en que se llevaron a cabo las sesiones, a fin de identificar aciertos y áreas de oportunidad en la realización del taller (organización, facilitación, temas, actividades, materiales, recesos, tiempo y asuntos logísticos).

DESPUÉS DE LA CAPACITACIÓN

- Procesar las evaluaciones de cada taller y elaborar informes.
- Realizar ajustes en la programación y/o materiales, cuando procede.
- Mantener abierta la comunicación con los participantes para recibir retroalimentación y poder adquirir un dominio mayor de la práctica de facilitación.

V. VISTA RÁPIDA DE LAS SESIONES

Vista rápida de las sesiones			
Sesiones	Objetivos	Actividades	Horas
Sesión Inicial	<ul style="list-style-type: none"> Generar un ambiente propicio para el intercambio de ideas y experiencias en un clima de respeto y diálogo. 	1. Diagnóstico inicial 2. Presentaciones y expectativas 3. Propósitos, programa y procedimiento 4. Acuerdos y reglas del taller	1.5
Sesión 1 Los profesionales de la salud y la salud sexual	<ul style="list-style-type: none"> Revisar el rol de los proveedores de servicios de salud con respecto a la salud sexual y las principales necesidades de sexualidades diversas que están siendo desatendidas. Revisar algunos términos básicos sobre sexualidad y diversidad sexual y obtener un glosario que facilite la comunicación. Analizar las habilidades y conocimientos con los que cuenta el personal de salud para atender la salud sexual de la población en general. 	5. Presentación: Cuando los servicios de salud no prestan atención 6. Pongámonos de acuerdo 7. Trabajo grupal: El rol del personal de salud	3
Sesión 2 Yo ya tengo... pero aún me falta	<ul style="list-style-type: none"> Revisar el rol del personal de salud en la atención de la salud sexual. Contrastar las funciones esperadas con las habilidades actuales e identificar brechas que deben cerrarse. 	8. Construcción personaje típico 9. Presentación 10. Lluvia de ideas	1
Sesión 3 Los derechos humanos como elementos nucleares del trabajo del equipo de salud	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar conocimientos actuales sobre diversidad sexual y promover la eliminación de prejuicios asociados a la misma, que ayude al personal de salud a ser garantes de los derechos sexuales, como les corresponde. Facilitar la comprensión de las diferentes expresiones de la sexualidad en el marco del respeto a los derechos humanos y sexuales. 	11. Al revés y al derecho 12. Presentación 13. Discusión plenaria	1.5
Sesión 4 El profesional de la salud como miembro de una cultura	<ul style="list-style-type: none"> Adquirir conocimientos básicos para la identificación del estigma y acciones discriminatorias. Comprender la relación entre estigma y discriminación y el impacto negativo que ambos tienen en el derecho a la salud. Revisar que todos/as somos parte del problema y estamos involucrados en la estigmatización aun cuando no nos demos cuenta. Considerar vías para el establecimiento de espacios libres de fobias. 	14. Discusión dirigida sobre el video ¿Dónde está la diferencia? 15. Construcción colectiva – análisis FODA 16. Elaboración de carteles	2
Sesión 5 Los profesionales de la salud y la sexualidad en el ciclo de vida. Infancia y niñez	<ul style="list-style-type: none"> Revisar las principales características del desarrollo sexual infantil en la infancia. Analizar el papel de los proveedores de salud en el ámbito de la salud sexual infantil. Favorecer una visión integrada de la sexualidad infantil como un conjunto de procesos continuos en el que los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales no constituyan dimensiones separadas sino complementarias. 	17. Cuentos y verdades 18. Presentación: Sexualidad infantil 19. Juego de roles	2

<p>Sesión 6</p> <p>En primera persona</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comprender la letra T de la sigla LGBT. • Lograr una aproximación directa, de viva voz, a las necesidades más apremiantes de salud de las personas trans. • Allanar el terreno para una comunicación directa entre los servicios y los grupos trans que permitan dejar atrás prejuicios y recelos en la interacción y abogar por una participación más amplia de estos grupos en las decisiones que conciernen a su salud sexual. 	<p>20. Recopilación de preguntas</p> <p>21. Panel</p> <p>22. Es pertinente considerar</p>	<p>1</p>
<p>Sesión 7</p> <p>Los profesionales de la salud y la sexualidad en el ciclo de vida. Adolescencia y juventud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abordar la realidad de los y las adolescentes desde una perspectiva de cambio histórico y cultural. • Conocer algunos de los problemas y desafíos que plantea el abordaje de la salud sexual en la adolescencia y la juventud en la realidad actual. • Considerar la importancia de revisar estrategias de promoción de la salud sexual en adolescentes en el primer nivel de atención, desde una perspectiva de género y de derechos. 	<p>23. La adolescencia, ayer y hoy</p> <p>24. Exposición</p> <p>25. Priorizando problemas</p>	<p>1.5</p>
<p>Sesión 8</p> <p>Los profesionales de la salud y la sexualidad en el ciclo de vida. Adultez</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexionar sobre la necesidad de la aceptación de la diversidad en los adultos, como aspecto fundamental para quien trabaja la salud desde una perspectiva de género y derechos humanos. • Reflexionar sobre la importancia del contacto y abordaje iniciales, sugiriendo aspectos que deben tomarse en cuenta. • Sensibilizar sobre algunos prejuicios, entre los trabajadores de la salud, acerca de la orientación y la identidad sexual que llevan a un abordaje inadecuado de la consulta y/o a desestimar las oportunidades de dar resolución a problemas que afectan la salud de personas adultas. • Cuestionar prejuicios en relación con la diversidad sexual que permita modificar prácticas en salud violatorias de la dignidad de las personas e ir eliminando diferencias para que nadie requiera un “trato especial”. 	<p>26. Fuera de las casillas</p> <p>27. Presentación</p> <p>28. Estamos haciendo pero necesitamos hacer</p>	<p>1.5</p>
<p>Sesión 9</p> <p>Los profesionales de la salud y la atención de la salud sexual. Necesidades poblaciones clave.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adquirir conocimientos básicos sobre las necesidades de salud de las personas trans. • Identificar y analizar factores asociados a los servicios y a la percepción de las personas trans sobre éstos que limitan las posibilidades de una atención integral de estos grupos. • Revisar estrategias para atender integralmente a personas trans y derivar recomendaciones para los servicios respectivos. 	<p>29. Lluvia de ideas</p> <p>30. Exposición comentada</p> <p>31. La noticia</p>	<p>3</p>

<p>Sesión 10</p> <p>Los profesionales y la salud sexual especializada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Destacar las acciones de los profesionales de atención primaria para responder a las necesidades de salud LGBTI. • Analizar los alcances y limitaciones de la atención primaria en el marco de una atención integral de personas LGBTI. • Revisar en qué situaciones es procedente referir y de qué manera debe hacerse. • Identificar acciones a seguir que permitan poner en práctica los aprendizajes logrados en este taller. 	<p>32. Construcción colectiva</p> <p>33. Charla interactiva</p> <p>34. Mi tarea es...</p>	<p>1.5</p>
<p>Sesión Final</p> <p>Evaluación y clausura del taller</p>		<p>35. Evaluación general</p> <p>36. Pruebas post</p> <p>37. Planeación a futuro</p> <p>38. Cierre</p>	<p>1.5</p>

VI. SESIONES

SESIÓN INICIAL

El éxito o fracaso de cualquier actividad educativa comienza a construirse desde los primeros contactos entre el grupo de participantes y el facilitador. Los siguientes elementos son decisivos: estar consciente de las necesidades, acotar los propósitos, conocer el contexto donde va a desenvolverse la acción y un claro acuerdo sobre el tipo de trabajo que se va a realizar, sus alcances y requerimientos. Esta sesión sirve para contextualizar el trabajo, para facilitar el conocimiento entre el facilitador y los participantes, de éstos entre sí, y para aclarar las expectativas. Se intenta lograr una comunidad de aprendizaje significativa, reflexiva, respetuosa, creativa, motivadora y participativa. Estos elementos redundan en una mejor dinámica de trabajo.

Sesión Inicial		Tiempo: 1.5 hora
Objetivo Generar un ambiente propicio para el intercambio de ideas y experiencias en un clima de respeto y diálogo.		
Actividades		Minutos
1. Diagnóstico y evaluación inicial		20
2. Presentación de participantes y expectativas del taller		20
3. Explicación de los propósitos, programa y del procedimiento a seguir		10
4. Acuerdos y reglas del taller		10

¿Qué necesita disponer con anterioridad?	Material 1: Escala de Riddle Material 2: Listas para aparear términos y definiciones Material 3: Caso Diapositiva 1: Propósitos Diapositiva 2: Agenda
---	---

Para saber más	Interpretación de las respuestas de la Escala de Riddle
-----------------------	---

Actividad I	Diagnóstico grupal
Material educativo	<p>Copias para cada participante de:</p> <p>Material 1: Escala de Riddle (Actitudes hacia la diversidad)</p> <p>Material 2: Listas para aparear términos y definiciones</p> <p>Material 3: Caso</p>

DESARROLLO

1. Dedique unos breves momentos para dar la bienvenida al grupo y hacer una presentación del equipo facilitador.
2. Explique la necesidad de proceder a recabar algunas respuestas antes de entrar en el tema. Explique que se les va a solicitar que respondan a tres formularios, que es muy importante cumplir con los tiempos asignados, que éstos deben llenarse individualmente y que cualquier duda que surja se resolverá en otro momento del taller. Puede asignar un número a cada participante y solicitarle que lo coloquen en sus formularios, señalando que este mismo número lo usarán en la evaluación post-taller. Esto es con objeto de garantizar la anonimidad de las respuestas, pero permitir a la vez una comparación entre las respuestas iniciales y las finales.
3. Entregue a cada participante un juego de formularios que incluya la **Escala de Riddle** (material 1), las **listas para aparear términos y definiciones** (material 2) y el **caso** (material 3).
4. Aclare que tienen 20 minutos para contestar los tres formularios; transcurrido ese tiempo, recoja el material.
5. Asegúrese de recoger todos los materiales y que todos hayan sido contestados. Estas evaluaciones pueden ser revisadas por el equipo facilitador para derivar un diagnóstico preliminar de los conocimientos y opiniones presentes en el grupo.

Actividad 2	Presentación de participantes y expectativas del taller
--------------------	--

DESARROLLO

1. Explique el procedimiento para las presentaciones de los participantes: con el formato usual de los mensajes de Twitter (140 caracteres incluyendo espacios, más o menos 17 palabras) armar un mensaje directo para comunicar su nombre, de donde proviene y su expectativa o interés por participar.
2. Cada participante comparte su mensaje en plenaria.
3. Relieve las características más sobresalientes del grupo y el potencial presente para emprender este Taller.

Actividad 3	Explicación de los propósitos, programa y del procedimiento a seguir
Material educativo	Diapositivas en Powerpoint® o en hojas de papelógrafo: 1. Propósitos 2. Agenda
Equipo	Computadora Cañón Pantalla

DESARROLLO

1. Presente las diapositivas correspondientes a los propósitos del taller y al programa de trabajo.
2. Haga notar que el tema es muy amplio y que este taller es un recorrido general que no agota el tema ni resuelve todas las necesidades de capacitación.
3. Mencione que la realización de este trabajo requiere la participación activa del grupo.
4. Aclare cualquier duda sobre las expectativas de los participantes.

Actividad 4	Acuerdos y reglas del taller
Equipo	Papelógrafo Marcadores de colores

DESARROLLO

1. Establezca de manera participativa unas reglas para el buen funcionamiento del taller.
2. Escriba en el papelógrafo las respuestas del grupo y colóquelas en un lugar visible.
3. Sugiera mantener abierta la posibilidad de ampliarlas o reducirlas.
4. Por lo general, hay acuerdos como los siguientes:

- Todos los participantes tenemos derecho a hablar, a compartir nuestras experiencias y expresar nuestras opiniones. Por lo tanto, no se valen las burlas, ni las críticas descalificadoras.
- Al compartir las experiencias, hablaremos de las nuestras, en primera persona. Diremos “a mí me pasó, yo hice...”.
- No se vale interrumpir cuando alguien está hablando. Debe pedirse la palabra.
- Las intervenciones deben ser breves para no acaparar el tiempo y quitarle la oportunidad de hablar a otras personas.
- No se vale hacer juicios de valor respecto a lo que cada participante exprese en el grupo.
- Lo que se diga en el grupo es confidencial y no tiene por qué contarse fuera del mismo.
- El facilitador recordara al grupo estas reglas siempre que sea necesario.

MATERIALES SESIÓN INICIAL

Actividad	Material educativo
1. Diagnóstico grupal	Material 1: Escala de Riddle Material 2: Listas 1 y 2 para aparear términos y definiciones Material 3: Caso
2. Presentación de participantes y expectativas del taller	
3. Explicación de los propósitos, programa y del procedimiento a seguir	Diapositiva 1: Propósitos del Taller Diapositiva 2: Agenda
4. Acuerdos y reglas del taller	

Material I

Actitudes hacia la diversidad - Escala de Riddle		
<i>Marque todas las afirmaciones con las que esté de acuerdo</i>		Acuerdo
1.	Sólo la heterosexualidad es natural y moral.	
2.	Las personas LGBTI están psicológica y emocionalmente enfermas.	
3.	Las personas LGBT deben buscar terapia reparativa o cualquier otro tratamiento disponible que los ayude a cambiar de orientación e identidad sexual.	
4.	Las personas LGBT no eligieron su condición. Si pudieran elegir serían heterosexuales.	
5.	La homosexualidad y la identidad trans son fases por las que pasan las personas y la mayoría las superan.	
6.	Las personas LGBTI requieren de nuestro apoyo y guía para superar los problemas asociados a su estilo de vida.	
7.	El hecho de que las personas sean LGBTI no me causa problemas, pero no creo que deban hacer alarde de su identidad u orientación.	
8.	Lo que las personas LGBTI hagan en su vida privada es su asunto.	
9.	Las personas LGBTI merecen los mismos privilegios y derechos que las demás personas.	
10.	La sociedad necesita rechazar la discriminación y los prejuicios contra las personas LGBTI.	
11.	Las personas LGBTI requieren de valor y fortaleza para mostrarse tal y como son.	
12.	Es importante para mí examinar mis propias actitudes para apoyar activamente la lucha de las personas LGBTI.	
13.	La diversidad humana es de gran valor y las persona LGBTI son parte de esa diversidad.	
14.	Es importante para mí no aceptar actitudes homo o transfóbicas.	
15.	Las personas LGBTI son una parte indispensable de nuestra sociedad.	
16.	Estaría dispuesto/a a abogar por la inclusión plena de las personas LGBTI en nuestra sociedad.	

Material 2: Lista I

Orientación sexual		A. Maneras en que una persona comunica su identidad de género a través de su apariencia física.
Sexo		B. Condiciones congénitas en las que el desarrollo del sexo cromosómico, gonadal o anatómico es atípico.
Identidad sexual		C. Es un aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción.
Papel (también llamado rol) de género		D. La capacidad de una persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual, y de establecer relaciones íntimas y sexuales con individuos de un género diferente al propio (heterosexual), del mismo género (homosexual), con más de un género (bisexual).
Sexualidad		E. Incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales.
Estados o condiciones de intersexo		F. Características biológicas (genéticas, endócrinas y anatómicas) empleadas para agrupar a los seres humanos como miembros ya sea de una población masculina o femenina. Si bien estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes [ya que existen gradientes en la forma en que se manifiestan], en la práctica son utilizados para establecer una diferenciación de los humanos dentro de un sistema binario polarizado.
Identidades de género(s)		G. Conjunto de normas sociales y de comportamiento y las expectativas relacionadas con las diferentes categorías de identidades sexuales y de género en una determinada cultura y periodo histórico.
Expresiones de género(s)		H. La percepción de una persona de ser hombre, mujer o alguna alternativa de género o combinación de géneros.

Material 2: Lista 2

Trans		1. Adjetivo para describir un grupo diverso de personas cuyas identidades de género difieren en diversos grados del sexo que se les asignó al nacer. Se refiere a las personas que no han alterado o que no desean cambiar los caracteres sexuales primarios con que nacieron.
Transgénero		2. Término utilizado para referirse a las personas trans que se identifican como mujeres (v.g. personas que fueron asignadas como hombres al nacimiento y que se identifican como mujeres).
Transexual		3. Adjetivo utilizado como un término general para referirse a personas cuya identidad y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con su sexo asignado al nacer.
Travesti		4. Personas que buscan cambiar o que han cambiado sus caracteres sexuales primarios y/o las características sexuales secundarias a través de intervenciones médicas (hormonas y/o cirugía) para feminizar o masculinizarse. Estas intervenciones, por lo general, son acompañadas de un cambio permanente en el papel de género.
Mujer trans o transfemenina		5. Término usado para referirse a personas que usan prendas de ropa y que adoptan otras formas de expresiones de género culturalmente asociados con el otro sexo.
Hombre trans o transmasculino		6. Término utilizado para referirse a las personas trans que se identifican como hombres (v.g. personas que fueron asignadas como mujeres al nacimiento y que se identifican como hombres).

Material 3: Caso

Número _____

Usted tiene el expediente de Carlos Álvarez que requiere un examen médico como requisito para su ingreso a un nuevo trabajo. La persona que responde a su llamado tiene apariencia femenina.

- 1. ¿Cómo se dirige usted a esta persona?**

- 2. ¿Qué pregunta usted inicialmente?**

- 3. ¿Qué pasos sigue basados en sus respuestas?**

- 4. ¿Qué orientaciones finales le da usted?**

Ampliándonos hacia lo diverso

Taller de capacitación sobre salud sexual y diversidad para profesionales de atención primaria en salud

Propósitos

Que el personal de salud del primer nivel de atención:

1. Enfoque y atienda la salud sexual en toda su diversidad de una manera informada, libre de prejuicios y en un marco de respeto por los derechos humanos.
2. Obtenga una visión amplia y científica acerca de algunos de los aspectos fundamentales de la salud sexual.
3. Adquiera herramientas para realizar mejores intervenciones en la salud sexual de sus consultantes.
4. Conozca los problemas de salud que afectan a personas LGBTI y obtengan recursos para atenderlos de manera positiva y respetuosa.
5. Otorgue los servicios tomando en consideración las necesidades de salud sexual de las poblaciones que viven una sexualidad diversa y que se constituyan en garantes de los derechos sexuales de estos grupos.
6. Adquiera la capacidad para replicar algunos de los elementos del Manual, actuando como facilitadores en actividades y talleres en su ámbito profesional.

Diapositiva 2

Agenda del taller <i>Ampliándonos hacia lo diverso</i>			
Hora	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3
8:30	Sesión Inicial (1.5 horas)	Sesión 5: Los profesionales de la salud y la sexualidad en el ciclo de vida. Infancia y niñez (2 horas)	Sesión 10: Los profesionales y la salud sexual especializada (1.5 horas)
9:00			
9:30			
10:00	Sesión 1: Los profesionales de la salud y la salud sexual (3 horas)	Sesión 6: En primera persona (1 hora)	RECESO
10:30			Sesión Final: Evaluación y cierre del taller (1 hora)
11:00			
11:30			
12:00			
12:30			
13:00			
ALMUERZO			
14:00	Sesión 2: Yo ya tengo... pero aún me falta (1 hora)	Sesión 8: Los profesionales de la salud y la sexualidad en el ciclo de vida. Adultez (1.5 horas)	
14:30			
15:00	Sesión 3: Los derechos humanos como elementos nucleares del trabajo del equipo de salud (1.5 horas)	Sesión 9: Los profesionales de la salud y la atención de la salud sexual. Necesidades especiales de poblaciones clave (3 horas)	
15:30			
16:00	Sesión 4: El profesional de la salud como miembro de una cultura (2 horas)		
16:30			
17:00			
17:30			
18:00	Recapitulación y evaluación del día (10 minutos)		
18:30			

SESIÓN I

Esta sesión es extremadamente importante ya que marca el tono general de todo el Taller. Debe ubicar los grandes ejes del mismo: la salud sexual como el gran paraguas de la capacitación; dentro de ésta se ubica la diversidad y al interior se particulariza la salud de las personas trans.

También busca que los profesionales de la salud logren ampliar la mirada para reconocer los aspectos que es necesario abordar, modificar o fortalecer para mejorar la calidad de atención en salud sexual a todas las personas, cualquiera sea su orientación sexual o identidad de género.

Una de las partes más importantes de esta sesión es el establecimiento de un lenguaje común así como una clarificación de los conceptos que se utilizarán a lo largo del taller.

Visibilizar y respetar la diversidad sexual en el sistema de salud es garantizar el derecho al acceso a la salud de todos los ciudadanos y ciudadanas.

Sesión I Los profesionales de la salud y la salud sexual		Tiempo : 3 horas
Objetivos <ol style="list-style-type: none">1. Revisar el rol de los proveedores de servicios de salud con respecto a la salud sexual y las principales necesidades de sexualidades diversas que están siendo desatendidas.2. Revisar algunos términos básicos sobre sexualidad y diversidad sexual y obtener un glosario que facilite la comunicación.3. Analizar las habilidades y conocimientos con los que cuenta el personal de salud para atender la salud sexual de la población en general.		
Pasos	Actividades	Minutos
Observando las circunstancias	5. Presentación	20
Fortaleciendo los conceptos	6. Pongámonos de acuerdo	120
Me queda claro que...	7. Trabajo grupal: El rol del personal de salud	40

¿Qué necesita disponer con anterioridad?	PPT® 1: Cuando los servicios no prestan atención PPT® 2: Diversidad e identidades: conceptos y terminología Material 4: Glosario de términos básicos sobre diversidad (impreso para distribuir)
---	---

Para saber más	Panorámica de la sexualidad Terminología y definiciones
-----------------------	--

Paso I	Observando las circunstancias
Actividad 5	Presentación
Material educativo	PPT® 1: Cuando los servicios no prestan atención
Equipo	Computadora Cañón Pantalla

DESARROLLO

1. Introduzca el tema de la sesión indicando que el énfasis del Taller está colocado en una visión integral de la salud que por lo general está poco presente en los servicios de salud debido a diversas circunstancias.
2. Realice una lluvia de ideas alrededor de la pregunta: ¿Por qué es difícil una atención integral de la salud en nuestro contexto?
3. Reconozca las dificultades y obstáculos que el grupo indica y señale que esto tiene consecuencias.
4. Haga una presentación utilizando el PPT® 1: **Cuando los servicios no prestan atención.**
5. Invite al grupo a participar expresando sus dudas y/o planteando ejemplos.
6. Evite los monólogos.

Paso 2	Fortaleciendo los conceptos
Actividad 6	Pongámonos de acuerdo
Material educativo	PPT® 2: Diversidad e identidades: conceptos y terminología Material 4: Glosario de términos básicos sobre diversidad (impreso para distribuir)

DESARROLLO

1. Retome, en forma general, las dificultades vistas en la prueba inicial relacionada con la terminología.
2. Explique que en este Taller trabajaremos con términos que a menudo se utilizan en forma muy diferente por distintas personas lo que puede ocasionar confusiones y malos entendidos. Es muy importante utilizar un lenguaje común y aclarar desde un inicio los principales términos que vamos a utilizar. Agregue, que existe la necesidad de que el lenguaje común sea correcto, carente de cargas prejuiciosas.
3. Indique que un lenguaje inadecuado y/o prejuiciado, da lugar a una comunicación poco seria y a un abordaje desfavorable de las necesidades de salud sexual de la población.
4. Con la ayuda del PPT® 2 (**Diversidad e identidades: conceptos y terminología**), revise uno a uno cada término.
5. Pregunte al grupo cuáles términos les resultan más fáciles y cuáles más complicados.
6. Haga preguntas o pida ejemplos para cerciorarse que cada concepto que revisen haya quedado claro.
7. Distribuya, cuando sea posible, una copia del material 4 (**Glosario de términos básicos sobre sexualidad y diversidad**), para que los participantes afiancen sus conocimientos y puedan consultar sus dudas.

Paso 3	Me queda claro que...
Actividad 7	Trabajo grupal: El rol del personal de salud
Equipo	Papelógrafo Marcadores de colores Etiquetas pegantes (<i>Post-it</i>)

DESARROLLO

1. Forme cuatro grupos.
2. Cada subgrupo deberá identificar y escribir en etiquetas pegantes (*Post-it*), en una de las categorías siguientes, las áreas que debe fortalecer para mejorar su trabajo en salud sexual.

Categorías:

- Prevención
 - Atención
 - Comunicación interpersonal
 - Diagnóstico comunitario
3. Dibuje en una hoja de rotafolios una tabla con las categorías como columnas y pida que, en plenaria cada subgrupo, coloque sus conclusiones en las columnas correspondientes.

Prevención	Atención	Comunicación interpersonal	Diagnóstico comunitario

4. Organice una plenaria para que cada grupo exponga una conclusión.
5. Tome en cuenta los aportes del grupo para relacionarlos con otros temas más adelante.
6. Haga una recapitulación del trabajo grupal y trate de ubicar áreas que deben fortalecerse entre el personal de salud a fin de atender adecuadamente la salud sexual de la población.

MATERIALES SESIÓN I

Actividad	Material educativo
5. Presentación: Cuando los servicios de salud no prestan atención.	PPT [®] 1: Cuando los servicios no prestan atención
6. Pongámonos de acuerdo	PPT 2 [®] : Diversidad e identidades: conceptos y terminología Material 4: Glosario de términos básicos sobre sexualidad y diversidad
7. Trabajo grupal: El rol del personal de salud	

Material 4: Glosario de términos básicos sobre sexualidad y diversidad³

Sexo

Características biológicas (genéticas, endócrinas y anatómicas) empleadas para agrupar a los seres humanos como miembros ya sea de una población masculina o femenina. Si bien estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes [ya que existen gradientes en la forma en que se manifiestan], en la práctica son utilizados para establecer una diferenciación de los humanos dentro de un sistema binario polarizado.

Por lo general, se hace una distinción entre características sexuales primarias, es decir, los órganos reproductores de un individuo, y las características sexuales secundarias, es decir, otros rasgos físicos no genitales que diferencian a los machos de las hembras.

Sexualidad

“La sexualidad es un aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa por medio de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, funciones y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se vivencian o expresan siempre. La sexualidad recibe la influencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, así como religiosos y espirituales” (World Health Organization, 2002).

³Tomado de: OPS (2012). *Elementos para el desarrollo de la Atención Integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe*. Washington.

https://www.dropbox.com/s/prg7qeluoIfkz9s/DEFINITIVO%20FINAL%20FINAL%20Por_la_salud_de_las_personas_trans-version_digital%281%29.pdf

Sexo asignado al nacimiento (o sexo natal)

“Por lo general, el sexo se asigna al nacer como hombre o mujer, basado en la apariencia de los genitales externos. Cuando los genitales externos son ambiguos, otros componentes del sexo (genitales internos, sexo cromosómico y hormonal) se consideran con el fin de asignar el sexo” (Grumbach, Hughes, y Conte, 2003; McLaughlin y Donahoe, 2004; Money y Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000). Para la mayor parte de las personas, la identidad y expresión de género son consistentes con su sexo asignado al nacer; para los individuos transexuales, transgénero y con no conformidad de género, la identidad o la expresión de género es diferente del sexo asignado al nacer” (Coleman et al., 2011, p. 97).

Estados o condiciones de intersexo

En ciertos contextos se les denomina también “Trastornos del desarrollo sexual” (TDS). Condiciones congénitas en las que el desarrollo del sexo cromosómico, gonadal o anatómico es atípico. Algunas personas objetan intensamente la etiqueta “trastorno” y consideran estas condiciones como una cuestión de diversidad (Diamond, 2009), prefiriendo denominarlas con los términos intersexo o intersexualidad” (Coleman et al., 2011, p. 95).

Identidades de género(s)

La percepción de una persona de ser hombre, mujer o alguna alternativa de género o combinación de géneros. La identidad de género de una persona puede o no corresponder con su sexo asignado al nacer.

Expresiones de género(s)

Maneras en que una persona comunica su identidad de género a través de su apariencia física (incluidos el atuendo, los estilos de cabello y el uso de cosméticos), los gestos, modos de hablar y patrones de comportamiento en la interacción con los demás.

Papel (también llamado rol) de género

Conjunto de normas sociales y de comportamiento, y las expectativas relacionadas con las diferentes categorías de identidades sexuales y de género en una determinada cultura y periodo histórico. El comportamiento de una persona puede ser diferente del rol de género tradicionalmente asociado con su sexo asignado al nacimiento o su identidad de género, así como trascender por completo del sistema de roles de género culturalmente establecido.

Identidad sexual

La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales (PAHO; WAS, 2002).

Comprende las características físicas, la identidad de género, la expresión de género y la orientación sexual. La identidad sexual abarca una constelación de posibilidades, por ejemplo mujer trans homosexual; hombre cis (es decir, no-trans) heterosexual, hombre trans heterosexual, etc.

Orientación sexual

La capacidad de una persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual, y de establecer relaciones íntimas y sexuales con individuos de un género diferente al propio (heterosexual), del mismo género (homosexual), con más de un género (bisexual) (The Global Fund, 2009, p. 29) o con independencia del género (pansexual). La orientación sexual representa una característica personal que es independiente de la identidad y de la expresión de género. Por lo tanto, la identidad o expresión de género de una persona no permite hacer inferencias con respecto a la orientación sexual de la misma.

No conformidad de género

Medida en que la expresión de una persona de género difiere de las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con ella o su sexo asignado al nacer o su identidad de género.

Transición

“Período durante el cual los individuos cambian del papel de género asociado con el sexo asignado al nacer a un papel de género diferente. Para muchas personas, esto implica vivir socialmente en ‘otro’ papel de género, para otras esto significa la búsqueda del papel y de la expresión de género que les resulte más cómoda. La transición puede o no puede incluir feminización o masculinización del cuerpo (y modificación de caracteres sexuales) a través de hormonas y otros procedimientos médicos. La naturaleza y duración de la transición es variable e individualizada” (Coleman et al., 2011, p. 97).

Trans

Adjetivo utilizado en este documento como un término general para referirse a personas cuya identidad y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con su sexo asignado al nacer.

Transgénero (transgénera)

Adjetivo para describir un grupo diverso de personas cuyas identidades de género difieren en diversos grados del sexo que se les asignó al nacer (Bockting, 1999). El término a veces se contrasta con “transexual”. En este caso, “transgénero” se refiere a las personas que no han alterado o que no desean cambiar los caracteres sexuales primarios con que nacieron. Varios grupos de mujeres transgéneros en diferentes países de habla española han comenzado a exigir ser reconocidas como transgéneras, un neologismo que significa el carácter femenino de su identidad. Esta es una afirmación importante, dado que la lengua hispana incorpora el género de una manera muy contundente.

Transexual

“Adjetivo (aplicado a menudo por la profesión médica) para describir a las personas que buscan cambiar o que han cambiado sus caracteres sexuales primarios y/o las características sexuales secundarias a través de intervenciones médicas (hormonas y/o cirugía) para feminizar o masculinizarse. Estas intervenciones, por lo general, son acompañadas de un cambio permanente en el papel de género” (Coleman et al., 2011, p. 97).

Travesti

Este término es uno de los que más variaciones presenta en la Región. En algunos países de Latinoamérica, es utilizado para referirse a las personas asignadas como hombres al nacer que no escatiman esfuerzos para feminizar su cuerpo y su apariencia y prefieren utilizar pronombres femeninos, sin necesariamente considerarse como mujeres o desear cambiar sus caracteres sexuales primarios natales a través de una cirugía genital (Kulick, 1998). En otros países, este término sencillamente es sinónimo de travestido.

Travestido o Travestida

Término usado para referirse a personas que usan prendas de ropa y que adoptan otras formas de expresiones de género culturalmente asociados con el otro sexo. La utilización de prendas asociadas con el otro sexo puede ser la etapa inicial de la transición; sin embargo, no todas las personas que se travisten viven con angustia y sufrimiento por causa de su sexo asignado al nacimiento. Muchas personas periódicamente utilizan ropa o adoptan expresiones de género asociadas con el otro sexo como parte de representaciones o espectáculos en tanto que su identidad de género corresponde con su sexo asignado al nacer. Algunos términos utilizados son: *drag queens*, transformistas, dragas, o vestidas (en el caso de hombres que asumen un papel femenino), y *drag kings* o pintadas (en el caso de mujeres que asumen un papel masculino).

Mujer trans o transfemenina

Término utilizado para referirse a las personas trans que se identifican como mujeres (v.g. personas que fueron asignadas como hombres al nacimiento y que se identifican como mujeres).

Hombre trans o transmasculino

Término utilizado para referirse a las personas trans que se identifican como hombres (v.g. personas que fueron asignadas como mujeres al nacimiento y que se identifican como hombres).

Mujer a Hombre (MaH)

“Adjetivo para describir a los individuos asignados al nacer como mujeres y que están cambiando o han cambiado su identidad y expresión de género hacia un cuerpo o papel más masculino” (Coleman et al., 2011, p. 96).

Hombre a Mujer (HaM)

“Adjetivo para describir a los individuos asignados al nacer como hombres y que están cambiando o han cambiado su identidad y expresión de género hacia un cuerpo o papel más femenino” (Coleman et al., 2011, p. 96).

Otras categorías de género

Ciertas marcas de identidad pueden ser utilizadas por individuos cuya identidad y/o expresión de género no se ajustan a un concepto binario del género. En otras palabras, no entienden al género como una categoría en la que hombre y mujer, masculino y femenino son mutuamente excluyentes (Bockting, 2008). Estas categorías, que pueden recibir denominaciones como “*queer*” y “*transqueer*”, incluyen a individuos que se identifican tanto como hombres como mujeres (bigénero, pangénero, omnigénero) o como un tercer u otro sexo (intergénero) o sin género (agénero o neutro).

Géneros alternativos / Terceros géneros

Entre ciertos grupos aborígenes o indígenas los sistemas de género no son necesariamente binarios (p. ej. masculino-femenino) sino que incluyen categorías adicionales como los *muxes* entre los Zapotecos en México o los *tidawinas* entre los Warao en Venezuela.

PPT® I: Cuando los servicios no prestan atención

1 Cuando los servicios de salud no prestan atención

- Evitar
- Excluir
- Aislamiento

2 Modelos excluyentes

3 Tipos de modelos excluyentes

- Exclusión
- Exotización
- Segregación
- Evitación

4 Neutralidad

5 Evitación

6 Segregación

7 Exotización

8 Esto sucede porque...

9 Tiene como resultado

- Separación de servicios de salud
- Exclusión de servicios de salud
- Exclusión de servicios de salud
- Exclusión de servicios de salud

10 ¿Cómo es un modelo afirmativo?

- 1. Maneja una visión integral de la salud
- 2. Tiene lineamientos claros
- 3. Establece diferencias sin excluir
- 4. Revisa los prejuicios que puedan interferir
- 5. Asegura la confidencialidad y la privacidad
- 6. Colabora con ONGs
- 7. Actualiza a su personal

11 Maneja una visión integral de la salud

12 Tiene lineamientos claros

13 Establece diferencias sin excluir

14 Revisa los prejuicios que puedan interferir

15 Asegura la confidencialidad y la privacidad

16 Colabora con ONGs

17 Actualiza a su personal

18

PPT® 2: Diversidad e identidades: conceptos y terminología

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

RECURSOS

Chávez, S. y Liendo, G. (2008). *Concertando Diversidades. Guía de apoyo para facilitadores y facilitadoras*. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, PROMSEX. Perú.
Disponible en: www.promsex.org

OPS. (2012). *Elementos para el desarrollo de la Atención Integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe*. Washington.
https://www.dropbox.com/s/prg7qeluofkz9s/DEFINITIVO%20FINAL%20FINAL%20Por_la_salud_de_las_personas_trans-version_digital%281%29.pdf

Proyecto Todo Mejora. *Ser trans: Más allá del rosa y el azul*. En:
<http://www.youtube.com/watch?v=TbJYzX0UIEs&list=WLCAEC7A87499324A8>

SESIÓN 2

Esta sesión busca que el personal de salud profundice acerca de sus necesidades para poder brindar una atención competente a las necesidades de personas de la diversidad sexual. Tal revisión se aproxima a la aplicación y práctica de conceptos como la diversidad sexual, los derechos humanos, el género y la calidad de la atención. Asimismo implica revisar las necesidades para contar con actitudes abiertas, profesionales, empáticas, comprensivas y respetuosas que den calidad a la comunicación y eficacia a la resolución de la consulta.

Sesión 2		Tiempo:
Yo ya tengo... pero aún me falta		1 hora
Objetivos <ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar el rol del personal de salud en la atención de la salud sexual. 2. Contrastar las funciones esperadas con las habilidades actuales e identificar brechas que deben cerrarse. 		
Pasos	Actividades	Minutos
Observando las circunstancias	8. Construcción de un personaje típico	20
Fortaleciendo los conceptos	9. Presentación	20
Me queda claro que...	10. Lluvia de ideas en subgrupos: Qué tenemos y qué nos falta	20
¿Qué necesita disponer con anterioridad?	PPT® 3: Para una atención de la diversidad sexual en el primer nivel de atención	
Para saber más	Concepciones de calidad de atención	

Paso I	Observando las circunstancias
Actividad 8	Construcción de un personaje típico
Equipo	Hojas de papelógrafo Marcadores de colores

DESARROLLO

1. Indique que el grupo se dividirá en dos equipos.
2. Cada equipo deberá construir un personaje típico, es decir, identificar un personaje representativo de los prestadores de servicios de salud. Para la construcción de dicho personaje deberán considerar aspectos como el nombre, edad, centro de trabajo y labores que desempeña.
3. En el personaje típico deberán considerar las habilidades, conocimientos y actitudes con los que cuenta para promover la salud sexual de la población.
4. Enfatice que no se trata de personajes ideales, el ejercicio trata de reconocer las fortalezas y las áreas de oportunidad sobre las que hay que trabajar.
5. Indique que deben construir a sus personajes lo más creativamente que les sea posible mediante dibujos, esculturas, representaciones, y que tendrán 10 minutos para hacerlo.
6. Transcurridos los 10 minutos, pida que un representante de cada equipo pase al frente a presentar a su personaje típico.
7. Promueva una discusión general acerca de las necesidades que se derivan de las características de los personajes típicos.
8. Con el apoyo de los participantes, elabore una síntesis buscando establecer algunas categorías generales que ordenen los grupos de necesidades planteados. (Por ejemplo: actitudinales, comunicacionales, informativas, organizativas, etc.).

Actitudes	Comunicación	Información	Organización

9. Retome los puntos más importantes señalados por los equipos y señale aquellos que no hayan sido mencionados.
10. Indique que es importante que reconozcan dos aspectos: primero, las expectativas sociales acerca de su rol en materia de salud sexual; y segundo, las habilidades y conocimientos que deben desarrollar y fortalecer para poder responder a esta exigencia de una manera adecuada. Si bien es cierto que estas se revisarán a lo largo del taller, es importante que cada quien identifique aquellas sobre las que requiere trabajar.

Paso 2	Fortaleciendo los conceptos
Actividad 9	Presentación
Material educativo	PPT®3: Para una atención de la diversidad sexual en el primer nivel de atención
Equipo	Hojas Cinta adhesiva (tirro)

DESARROLLO

1. Presente algunas de las características que deben estar presentes en los servicios de atención primaria cuando existe la intención y la decisión de abordar en forma adecuada las necesidades de los grupos LGBTI. Utilice como apoyo el PPT® 3 (**Para una atención de la diversidad sexual en el primer nivel de atención**).
2. Asegúrese que cada uno de los factores queden claros. Si es necesario presente ejemplos.

Paso 3	Me queda claro que...
Actividad 10	Lluvia de ideas en subgrupos

DESARROLLO

1. Divida al grupo en 4 subgrupos. A los grupos 1 y 2 pida que en una hoja de papelógrafo identifiquen que es lo que como individuos ya tienen para resolver las necesidades mencionadas; a los grupos 3 y 4 solicite que identifiquen lo que como individuos necesitan para resolver sus necesidades.

2. Solicite que escriban sus respuestas en una hoja de papelógrafo o rotafolios o respondiendo a dos preguntas planteadas: grupos 1 y 2 **qué tenemos** y grupos 3 y 4 **qué nos falta**.
3. Invite a los grupos a que presenten sus conclusiones y pida al grupo que complemente cuando sea necesario.

MATERIALES SESIÓN 2

Actividad	Material educativo
8. Construcción de un personaje típico	
9. Presentación	PPT® 3: Para una atención de la diversidad sexual en el primer nivel de atención
10. Lluvia de ideas en subgrupos	

PPT® 3: Para una atención de la diversidad sexual en el primer nivel de atención

<p>Para una atención de la diversidad sexual en el primer nivel de atención</p> <p><small>(Existencia de servicios)</small></p> <p>PPT® 3, Sesión 3, Anexos 1-5</p> <p>1</p>	<p>Todos los miembros del equipo de salud, incluyendo el personal administrativo son esenciales para asegurar un servicio de calidad en el cuidado de la salud de los usuarios/as.</p> <p>2</p>	<p>La atención en el primer nivel de atención es la puerta de entrada a los servicios de salud de los grupos LGBTI cuyas necesidades se han visto desatendidas.</p> <p>PRIMER NIVEL Características Ideales</p> <p>3</p>	<p>El personal de salud cuenta con formación sobre: Marcos culturales locales, valores y actitudes de los grupos locales, lenguajes y conceptualizaciones sobre diversidad sexual, género y derechos. Atención específica a la salud integral desde un enfoque de diversidad sexual, género y derechos humanos.</p> <p>4</p>
<p>Al haber, en el personal de salud, empatía y comprensión junto a un lenguaje y ambiente inclusivo se abre el acceso a la salud y a una atención integral, eficaz, humana, oportuna y resolutoria.</p> <p>5</p>	<p>En los servicios se garantizan los derechos a la confidencialidad, a la privacidad y al consentimiento informado explicando al usuario/a, con lenguaje claro y sencillo, lo que esto significa.</p> <p>6</p>	<p>Al visibilizarse y respetarse la diversidad sexual el sistema de salud garantiza el derecho al acceso a la salud de todos los ciudadanos y ciudadanas.</p> <p>7</p>	<p>Contar con un habitus comunicacional que permita una actitud abierta, profesional, empática, comprensiva, confidencial y privada en relación con las diversas identidades, comportamientos y prácticas sexuales es fundamental para la eficacia en la resolución de las consultas.</p> <p>8</p>
<p>Cuando se indague sobre la pareja, se considerarán múltiples posibilidades evitando presupuestos de heterosexualidad.</p> <p>9</p>	<p>Es necesario tener en cuenta que la atracción y los comportamientos sexuales no siempre son asociados con la orientación sexual y/o identidad sexual y de género, por ejemplo: algunos hombres que tienen sexo con hombres (prácticas sexuales) no se identifican como gays o bisexuales (orientación sexual). Asimismo, que hay personas que aun conformando una pareja heterosexual, mantienen relaciones bisexuales.</p> <p>10</p>	<p>Se recomienda en la atención de mujeres no partir de presupuestos de heterosexualidad y considerar que las mujeres lesbianas tienen derecho a elegir respecto a si tener o no tener hijos/as.</p> <p>11</p>	<p>El personal de salud debe tener presente que el examen físico implica una exposición que pone en juego la intimidad corporal, lo cual puede estar acompañado por sentimientos de pudor. En el caso de las personas trans, esto puede resultar más perturbador aún, y este aspecto deberá ser tenido en cuenta por el profesional a la hora de orientarlas.</p> <p>12</p>
<p>Es importante conocer la estructura del sistema de salud y los procedimientos de referencia para brindar una atención integral.</p> <p>13</p>	<p>Se debe tener información sobre instituciones que brindan contención y apoyo emocional y social para los integrantes de la diversidad sexual.</p> <p>14</p>		

RECURSOS

Bernal, M. (2010). *Provisión de servicios afirmativos de salud para personas LGBT*. Colombia Diversa. Bogotá. Disponible en:

http://colombiadiversa.org/colombiadiversa/images/stories/que/CAPACITACION/salud/Provision_de_servicios_afirmativos_de_salud_para_personas_LGBT.pdf

SESIÓN 3

En esta sesión, se busca que los trabajadores de la salud revisen situaciones de discriminación y exclusión hacia las personas LGBTI por parte de los servicios de salud. Al hacerse visibles algunas de esas situaciones, se desprende que el derecho a la salud, y muchos otros, le están siendo arrebatados a esta población, contraviniendo todas las normas internacionales de los derechos humanos.

En esta sesión es importante que la persona que facilita incluya datos sobre el estado de los derechos humanos, sexuales y reproductivos en su propio país y que estimule a los participantes a compartir sus propias experiencias.

Sesión 3 Los derechos humanos como elementos nucleares del trabajo del equipo de salud		Tiempo: 1.5 horas
Objetivos <ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar conocimientos actuales sobre diversidad sexual y promover la eliminación de prejuicios asociados a la misma, que ayude al personal de salud a ser garante de los derechos sexuales, como le corresponde. 2. Facilitar la comprensión de las diferentes expresiones de la sexualidad en el marco del respeto a los derechos humanos y sexuales. 		
Pasos	Actividades	Minutos
Observando las circunstancias	11. Al revés y al derecho. Revisión de situaciones	30
Fortaleciendo los conceptos	12. Presentación: Los derechos sexuales como parte de los DDHH	30
Me queda claro que...	13. Discusión plenaria: La importancia de los derechos sexuales	30
¿Qué necesita disponer con anterioridad?	Material 5: Tarjetas con situaciones PPT® 4: Los derechos humanos, sexuales y reproductivos Material 6: Declaración de los Derechos Sexuales de la WAS Material 7: Resumen <i>Nacidos libres e iguales</i>	

Para saber más	Decálogo de derechos de las y los pacientes LGTB
-----------------------	--

Paso 1	Observando las circunstancias
Actividad 11	Al revés y al derecho
Material educativo	Material 5: Tarjetas con situaciones

DESARROLLO

1. Recorte y distribuya, de manera aleatoria, las **tarjetas con situaciones** (material 5) entre algunos participantes.
2. Solicite que lean en voz alta el contenido de las mismas.
3. Pida al grupo que comenten acerca de las situaciones planteadas y que revisen la situación de los derechos humanos en cada caso: ¿Hubo violación de derechos? De ser así, ¿de cuáles?
4. Promueva que los participantes compartan otros casos similares que conozcan.
5. Retome los aportes de los participantes e invítelos a analizar más ampliamente el tema en la actividad siguiente.

Paso 2	Fortaleciendo los conceptos
Actividad 12	Presentación: Los derechos sexuales como parte de los DDHH
Material educativo	PPT® 4: Los derechos humanos, sexuales y reproductivos

DESARROLLO

1. Haga una presentación acerca de los derechos humanos y de los derechos sexuales y reproductivos, enfocando algunas de las situaciones que viven los grupos LGBTI. Señale, especialmente, de qué manera se relacionan los derechos con algunos lineamientos emitidos por los gobiernos y los ministerios tales como los que se refieren a la prevención de la discriminación. Utilice, como apoyo, el PPT® 4 (**Los derechos humanos, sexuales y reproductivos**).

2. Amplíe el contenido de las láminas y relacione los temas con las discusiones de la actividad anterior.
3. Use ejemplos locales que le permitan contextualizar el tema de una mejor manera.
4. Evite los monólogos y promueva la participación del grupo.

Paso 3	Me queda claro que...
Actividad 13	Discusión plenaria: La importancia de los derechos sexuales
Material educativo	Material 6: Declaración de los Derechos Sexuales de la WAS
Equipo	Papelógrafo Marcadores de colores

DESARROLLO

1. Después de la discusión general sobre los derechos humanos, señale que ha habido importantes esfuerzos para “aterrizar” tales derechos en un código o compendio de los derechos sexuales. Mencione que aunque hay quienes dicen que tales derechos no están oficialmente reconocidos, lo cierto es que no son nada nuevo puesto que se derivan de la Declaración Universal de los Derechos Humanos signada por todos los países.
2. Haga referencia a la existencia de varias declaraciones o enunciados de los derechos sexuales, que no varían en su fundamento de respeto a los derechos humanos, pero que pueden poner algún énfasis particular en la situación de algún grupo vulnerable, por ejemplo: adolescentes, mujeres, LGBT, personas que viven con el VIH/SIDA, migrantes y otros. Para este efecto se han redactado algunas declaraciones o códigos de derechos sexuales.
3. Indique que una de las declaraciones más conocida e incluyente es la de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS, por sus siglas en inglés).
4. Entregue a cada participante una copia de la **Declaración de la WAS** (material 6) para que la lean y comenten posteriormente.
5. Organice una discusión plenaria sobre cómo pueden los servicios de salud contribuir a que los derechos sexuales de los grupos LGBT se ejerzan.
6. Solicite a un cofacilitador o participante que escriban en el papelógrafo una síntesis de las sugerencias de los participantes.
7. Identifique, con la ayuda del grupo, qué tareas están pendientes para poder poner en práctica sus sugerencias.

8. Haga énfasis en que los derechos sexuales y reproductivos son tanto de las personas adultas como de los grupos de adolescentes y niños.
9. Si es posible, distribuya copias a los participantes del resumen del documento **Nacidos libres e iguales** (material 7).

MATERIALES SESIÓN 3

Actividad	Material educativo
11. Al revés y al derecho	Material 5: Tarjetas con situaciones
12. Presentación	PPT® 4: Los derechos humanos, sexuales y reproductivos Material 6: Declaración de los Derechos Sexuales de la WAS
13. Discusión plenaria	Material 7: Resumen <i>Nacidos libres e iguales</i>

Material 5: Tarjetas con situaciones

Un hombre relató que una vez que se identificó como gay, se vio obligado a esperar largos periodos de tiempo antes de recibir tratamiento.
Una mujer transgénero expresa: “No quiero ni ir al centro de salud porque desde la entrada, los guardias de seguridad nos hostigan e intimidan”.
Una activista de la comunidad LGBTI expresa: “Tenemos que ocultar nuestra identidad para que nos traten bien, si no lo hacemos, nos ofenden, nos hacen esperar más, e incluso nos niegan la atención”.
El Director de un programa de VIH/SIDA, informó que en alguna ocasión, cuando los usuarios se identificaban como homosexuales en un formulario para recibir medicamentos antirretrovirales, se colocaban en la lista de espera para los medicamentos, mientras que las personas que se identificaban como heterosexuales no.
Una enfermera que le administró medicamentos a una mujer lesbiana para una infección de transmisión sexual, aconsejó a la paciente que se arrepintiera de sus pecados.
Las personas transgénero, imposibilitados de cambiar legalmente su nombre o sexo en los documentos de identidad para reflejar su identidad de género, reportan que el personal de salud se dirigía a ellas por el nombre y sexo en su documento, en lugar del nombre y el sexo con el que se identifican. Un hombre transgénero comentó: “Cuando asistes a las unidades de salud, te miran y frente a todos dicen en voz alta ‘Señora Fernández, venga’. Una vez que me levanto, todos miran y automáticamente apuntan y empiezan a estigmatizar. O te dejan hasta el último turno”.
Un hombre transgénero indicó la falta de acceso a ciertos tipos de atención sanitaria especializada. Por ejemplo, señaló que se rieron de él cuando preguntó por una cita con el ginecólogo y se le negó el acceso a dicho proveedor de atención sanitaria.
Una mujer al llenar la ficha de admisión mencionó que vivía con otra mujer. La trabajadora social le dijo que antes que nada la pasaría con el psiquiatra, “para que él la ayude a curarse”.
Activistas de la comunidad LGBTI han denunciado que, en algunos centros de salud, las tarjetas de citas para tratamiento del VIH están marcadas con la sigla “VIH” y con color rojo. Así, cuando los usuarios entraban en clínicas y hospitales eran hostigados por los guardias de

seguridad. Una mujer explicó: “¿Qué interés es del guardia, lo que yo voy a hacer en el hospital?... No es un médico... no tiene nada que ver con el sector de la salud”.

PPT® 4: Los derechos humanos, sexuales y reproductivos

Los derechos humanos, sexuales y reproductivos

- PPT 1 a
- Sesión 3
- Actividad 12

1

Derechos humanos

Don los facultades, libertades y obligaciones inherentes a cada persona por el solo hecho de su condición humana.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) reconoce todos los derechos que las personas deben tener, a que se relacionan en la carta internacional de los derechos humanos. La Declaración señala que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos.

2

Características

- Inalienables
- Independientes
- Irrevocables
- Intransferibles
- Irrenunciables

3

Inalienables

Toda persona posee ciertos derechos que no puede perderlos, a los que no puede renunciar.

4

Independientes

De cualquier factor externo de raza, sexo, religión, edad, origen, profesión o estado.

5

Irrevocables

No pueden quitarse.

6

Intransferibles

Una persona no puede ceder sus derechos a otros.

7

Irrenunciables

Nadie puede renunciar a sus derechos básicos.

8

Titulares

- TITULARES de derechos: 17.000.000.000 de personas
- Carta Internacional de Derechos Humanos, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y Declaración Universal.

9

Garantes

- Son quienes garantizan los derechos humanos.
- Independientemente de su función.
- En algunos casos, deben actuar como intermediarios.
- Algunos y en otros países, pueden ser organismos internacionales, como la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

10

Obligaciones de los garantes

PROTEGER PROMOVER RESPECTAR

Garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Proteger a las personas de la discriminación.

Asesorar y promover prácticas saludables y responsables.

11

¿QUÉ SON LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS?

12

Salud Sexual

La salud sexual es un estado de bienestar físico, psicológico y social en relación con la sexualidad. No es simplemente la ausencia de enfermedades, disfunciones o perturbaciones. La salud sexual requiere que el individuo goce de la capacidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre es necesario que los individuos se relacionen y se comuniquen libremente, sin coacción, sin violencia y sin discriminación.

13

Salud reproductiva

La salud reproductiva es un estado de bienestar físico, psicológico y social en relación con el sistema reproductivo. No es simplemente la ausencia de enfermedades, disfunciones o perturbaciones. La salud reproductiva requiere que el individuo goce de la capacidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para que la salud reproductiva se logre es necesario que los individuos se relacionen y se comuniquen libremente, sin coacción, sin violencia y sin discriminación.

14

Los derechos sexuales y reproductivos

Protegen que todas las personas tengan:

- Acceso a toda la gama de servicios de atención a la salud sexual y reproductiva.
- Acceso al máximo estándar de salud sexual y reproductiva.

15

Derechos sexuales

Protegen los derechos de todas las personas a:

- Tener relaciones sexuales y relaciones íntimas con consentimiento y sin violencia.
- Ser libres de discriminación, violencia y coacción en sus relaciones íntimas.
- Que sus decisiones sobre reproducción sean respetadas, sin discriminación, violencia y coacción.

16

Los derechos sexuales deben estar reconocidos en los lineamientos del Estado y Ministerios

17

MINSALUD (El Salvador)

Lineamientos técnicos para el abordaje en salud de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero.

- 1. Reconocer y validar la diversidad sexual y de género.
- 2. Promover la igualdad de género y la no discriminación.
- 3. Garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- 4. Promover la participación activa de las personas LGBTI en la toma de decisiones.

18

Coloque aquí textos que corresponden a su país

19

Recomendaciones de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2012)

1. Proteger a las personas contra la violencia sexual y física, tanto en el ámbito público como en el privado, como en el ámbito laboral, y garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

20

3. Promover la salud y los bienestar, incluyendo el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, para las personas LGBTI que están discriminadas, excluidas o marginadas por su orientación sexual y su identidad de género.

21

4. Promover la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género, incluyendo la violencia sexual y la discriminación en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

22

Identidades diversas, los mismos derechos. Primera Jornada Nacional de Diagnóstico Participativo. Buenos Aires, 2012.

23

55

Material 6: Declaración de los Derechos Sexuales

Declaración de Derechos Sexuales de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS)⁴

La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico.

Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales siguientes deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales:

1. El derecho a la libertad sexual

La libertad sexual abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Sin embargo, esto excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexuales en cualquier tiempo y situación de la vida.

2. El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo

Este derecho incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. También están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.

3. El derecho a la privacidad sexual

Este involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otros.

4. El derecho a la equidad sexual

Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.

⁴ Declaración del 13avo. Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, WAS, el 26 de agosto de 1999, en el 14º Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China.

5. El derecho al placer sexual

El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.

6. El derecho a la expresión sexual emocional

La expresión sexual va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.

7. El derecho a la libre asociación sexual

Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.

8. El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables

Esto abarca el derecho a decidir tener o no hijos, el número y el espacio entre cada uno, y el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad.

9. El derecho a información basada en el conocimiento científico

Este derecho implica que la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.

10. El derecho a la educación sexual integral

Este es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.

11. El derecho a la atención de la salud sexual

La atención de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

Los derechos sexuales son derechos humanos fundamentales y universales.

Material 7: Resumen

Nacidos libres e iguales⁵

La obligación jurídica de los Estados de salvaguardar los derechos humanos de las personas LGBT e intersexuales está bien establecida en las normas internacionales de derechos humanos, con fundamento en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los tratados internacionales de derechos humanos concertados posteriormente. Todas las personas, cualquiera sea su sexo, orientación sexual e identidad de género, tienen derecho a disfrutar de la protección establecida en las normas internacionales de derechos humanos, incluido el respeto al derecho a la vida, seguridad de la persona e intimidad, el derecho a estar libre de tortura, arresto y detención arbitrarios, a estar libre de discriminación y a la libertad de expresión, de asociación y de reunión pacífica.

La protección de las personas sobre la base de su orientación sexual e identidad de género no exige la creación de nuevos derechos ni que se concedan derechos especiales a las personas LGBTI. En realidad, solo es necesario que se cumpla la garantía aplicable universalmente de no discriminación en el goce de todos los derechos. La prohibición contra la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género no se limita a las normas internacionales de derechos humanos. Los tribunales de muchos países han decidido que ese tipo de discriminación infringe no solo el derecho internacional sino también sus normas constitucionales internas. La cuestión ha sido abordada asimismo por los sistemas regionales de derechos humanos, más notablemente la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y el Consejo de Europa.

Se recomienda a los Estados:

1. Proteger a las personas contra la violencia homofóbica y transfóbica. Incluir la orientación sexual y la identidad de género como características protegidas en las leyes sobre delitos motivados por prejuicios. Establecer sistemas eficaces para registrar los actos de violencia motivados por prejuicios e informar sobre ellos. Asegurar una investigación y enjuiciamiento de los autores y dar una reparación a las víctimas de ese tipo de violencia. En las leyes y políticas de asilo se debe reconocer que la persecución en razón de la orientación sexual o identidad de género de la persona puede constituir un fundamento válido de la solicitud de asilo.
2. Prevenir la tortura y los tratos crueles, inhumanos y degradantes contra las personas LGBTI que estén detenidas, prohibiendo y sancionando este tipo de actos y asegurando que se ofrezca una reparación a las víctimas. Investigar todos los actos de maltrato cometidos por agentes estatales y hacer comparecer ante la justicia a los responsables.

⁵ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2012). *NACIDOS LIBRES E IGUALES. Orientación sexual e identidad de género en las normas internacionales de derechos humanos*. Nueva York-Ginebra.

Ofrecer capacitación adecuada a los oficiales encargados del cumplimiento de la ley y de asegurar una supervisión eficaz en los lugares de detención.

3. Derogar las leyes que tipifican penalmente la homosexualidad, incluidas todas las que prohíben la conducta sexual privada consentida entre adultos del mismo sexo. Asegurar que no se arreste ni detenga a las personas sobre la base de su orientación sexual o identidad de género ni se las someta a exámenes físicos infundados y degradantes con la intención de determinar su orientación sexual.
4. Prohibir la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género. Promulgar leyes amplias que incluyan la orientación sexual y la identidad de género como fundamentos prohibidos de discriminación. En particular, asegurar que no haya discriminación en el acceso a los servicios básicos, incluso en el contexto del empleo y de la atención de la salud. Ofrecer educación y capacitación para prevenir la discriminación y la estigmatización de las personas LGBT e intersexuales.
5. Salvaguardar la libertad de expresión, de asociación y de reunión pacífica de las personas LGBT e intersexuales. Toda limitación de esos derechos debe ser compatible con el derecho internacional y no discriminatoria. Proteger a las personas que ejercen sus derechos de libertad de expresión, asociación y reunión contra actos de violencia e intimidación cometidos por partes del sector privado.

RECURSOS

Ciudadanías Activismo Cultural y Derechos Humanos. En:

<http://www.ciudadaniasx.org/?Campanas>

Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans. *Ley de Identidad de Género*. Buenos Aires.

Disponible en:

<http://www.lgbt.org.ar/00-derechos,09.php>

Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. (2012). *NACIDOS LIBRES E IGUALES*.

Orientación sexual e identidad de género en las normas internacionales de derechos humanos. Naciones Unidas. Nueva York-Ginebra. Disponible en: <http://acnudh.org/2013/02/nacidos-libres-e-iguales-orientacion-sexual-e-identidad-de-genero-en-las-normas-internacionales-de-derechos-humanos/>

Universidad de California (2012). *Diversidad Sexual en El Salvador. Un informe sobre la situación de los derechos humanos de la comunidad LGBTI*. Clínica Legal de Derechos Humanos Internacionales.

Universidad de California, Berkeley, Facultad de Derecho. Disponible en:

http://www.law.berkeley.edu/files/LGBT_Report_Spanish_Final_I20705.pdf

SESIÓN 4

En esta sesión, se cuestionan situaciones de rechazo y aversión hacia personas LGBT, poniendo al descubierto que este repudio es la consecuencia de una ideología que al ser interiorizada se traduce en prejuicios que atribuyen características negativas a las personas LGBT y se expresa mediante diversas formas de violencia (física, moral o simbólica), ligadas a la orientación sexual o a la identidad de género.

Sesión 4 El profesional de la salud como miembro de una cultura		Tiempo: 2 horas
Objetivos <ol style="list-style-type: none"> 1. Adquirir conocimientos básicos para la identificación del estigma y acciones discriminatorias. 2. Comprender la relación entre estigma y discriminación y el impacto negativo que ambos tienen en el derecho a la salud. 3. Revisar que todos/as somos parte del problema y estamos involucrados en la estigmatización aun cuando no nos demos cuenta. 4. Considerar vías para el establecimiento de espacios libres de fobias. 		
Pasos	Actividades	Minutos
Observando las circunstancias	14. Discusión dirigida sobre el video ¿Dónde está la diferencia?	30
Fortaleciendo los conceptos	15. Construcción colectiva - análisis FODA	60
Me queda claro que...	16. Elaboración de carteles “Espacios libres de discriminación”	30
¿Qué necesita disponer con anterioridad?	Video <i>¿Dónde está la diferencia?</i> Parte 1 y 2 (21 minutos) Conexión a internet http://www.youtube.com/results?search_query=colombia+diversa&oq=colombia+diversa&gs_l=youtube.3..0.2305.5270.0.5611.16.11.0.5.5.0.129.1181.2j9.11.0...0.0...1ac.1.CPTf34Gz8H4 Diagrama de una matriz FODA	
Para saber más	“Hay discriminación cuando negamos a otros individuos o grupos de personas la igualdad de trato que ellos pueden desear” (ONU, 1949).	

Paso I	Observando las circunstancias
Actividad I4	Discusión dirigida
Material educativo	<p>Video ¿Dónde está la diferencia? Partes I y 2.</p> <p>Disponible en:</p> <p>http://www.youtube.com/results?search_query=colombia+diversa&oq=colombia+diversa&gs_l=youtube.3.0.2305.5270.0.5611.16.11.0.5.5.0.129.1181.2j9.11.0...0.0...1ac.1.CPTf34Gz8H4</p>
Equipo	<p>Pantalla</p> <p>Cañón</p> <p>Conexión a internet</p> <p>Computadora</p> <p>Papelógrafo</p> <p>Marcadores de colores</p>

DESARROLLO

1. Introduzca la actividad indicando que el video que van a observar fue realizado por una ONG que se llama *Colombia Diversa*.
2. Pida al grupo que tengan presente el título del video a lo largo de la presentación y que al final van a tener la oportunidad de presentar sus opiniones en una discusión.
3. Presente el video *¿Dónde está la diferencia?* (Partes I y 2).
4. Antes de iniciar la discusión, encuadre el tema y proponga algunas pautas generales: hablar de uno a la vez, no repetir lo ya dicho, dejar que todos se expresen, limitar el tiempo de cada intervención.
5. Tenga preparadas algunas preguntas abiertas. Deben evitarse las preguntas que puedan contestarse con sí o un no ya que la discusión se corta y no se propicia el análisis. Algunos ejemplos de preguntas abiertas, son:
 - En sus comunidades, ¿qué ideas acerca de la diversidad sexual prevalecen? ¿Cómo se ven afectados todos: personas LGBT, familias, instituciones?
 - ¿Por qué la sociedad marca diferencias?
 - ¿Por qué creen que el estigma se asocia tan fuertemente con la identidad de género y la orientación sexual?
 - ¿Por qué el estigma y la discriminación ocurren sin que haya mucha conciencia acerca de esto?
 - En una sociedad que discrimina ¿qué problemas se generan?

- ¿En qué grupos recaen con más fuerza el estigma y la discriminación relacionados con la diversidad sexual?
 - ¿Cuáles son los efectos de estas prácticas discriminatorias en las personas afectadas?
 - ¿Qué hay detrás de estas ideas y manifestaciones?
 - ¿Qué consecuencias tienen para la vida de las personas aludidas?
 - ¿De qué manera afectan o dañan la libertad de las personas?
 - ¿Qué sienten las personas al ser discriminadas?
6. Si la discusión se desvía conviene hacer un breve resumen de lo tratado y reencausar la actividad mediante alguna nueva pregunta.
 7. Anote en el papelógrafo las ideas centrales que se plantean para llegar a una síntesis final.
 8. No se comprometa con los puntos de vistas de los participantes; sólo aporte elementos de información, estimule y sintetice cada tanto. Mantenga una actitud cordial y no rechace ninguna opinión.
 9. Tenga presente que es importante llegar a una conclusión de lo discutido.
 10. Elabore una síntesis e invite al grupo a hacer un acercamiento de esta situación en un contexto más acotado como son los servicios de salud.

Paso 2	Fortaleciendo los conceptos
Actividad 15	Construcción colectiva - análisis FODA
Material educativo	Diagrama de una matriz FODA
Equipo	Papelógrafo Marcadores de colores

DESARROLLO

1. Inicie mencionando que se van a analizar, por una parte, las fortalezas y debilidades que el sistema de salud tiene para abordar estos temas, y por otra, las oportunidades y amenazas que a nivel personal se presentan en este mismo sentido.
2. Forme cuatro subgrupos y asígneles una tarea de la siguiente manera:
 - Grupo 1 - Fortalezas del sistema
 - Grupo 2 - Oportunidades personales
 - Grupo 3 - Debilidades del sistema

Grupo 4 - Amenazas personales

3. Solicite a cada subgrupo que identifique al menos tres factores, dentro de su rubro, que afectan las posibilidades de realizar un trabajo sólido y decidido que aborde las necesidades de salud sexual de los grupos LGBT.
4. Entregue a cada subgrupo algunas tarjetas en blanco y pídale que escriban en ellas los factores identificados para que las coloquen en la matriz, similar a la siguiente, que habrá preparado previamente:

Del sistema	Personales
Fortalezas	Oportunidades
Debilidades	Amenazas

5. Invite a todo el grupo a observar el conjunto de respuestas y a expresar sus comentarios.
6. Elabore un resumen.

Paso 3	Me queda claro que...
Actividad 16	Elaboración de carteles - Espacios libres de discriminación
Equipo	Cartulinas Marcadores de colores Cinta adhesiva (tirro)

DESARROLLO

1. Mencione que la sesión anterior permitió ver que los derechos sexuales deben ser la base para proteger contra la homofobia, la lesbofobia y la transfobia; sin embargo, estos se institucionalizan y se viven en el diario acontecer de los servicios.
2. Invite al grupo a considerar la importancia de contar con espacios libres de este tipo de fobias. Con tal fin, se organizan en cuatro subgrupos y elaboran un cartel con algún mensaje que haga frente a los fenómenos antes vistos.
3. Cada grupo presenta su cartel y explica su contenido.
4. Algún miembro del grupo hace una síntesis de todas las propuestas.

MATERIALES SESIÓN 4

Actividad	Material educativo
14. Discusión dirigida	Video <i>¿Dónde está la diferencia?</i> Partes 1 y 2.
15. Construcción colectiva - análisis FODA	Diagrama matriz FODA
16. Elaboración de carteles - Espacios Libres de Discriminación	

RECURSOS

Gender and Health. En:

<http://www.genderandhealth.ca/en/portfolio/index.jsp>

International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association, ILGA. En:

<http://ilga.org>

Red por la despatologización de las identidades trans del Estado español. (2010). *Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a personas trans en el marco del Sistema Nacional de Salud*. Disponible en:
<http://stp2012.files.wordpress.com/2010/10/stp-propuesta-sanidad.pdf>

SESIÓN 5

Esta sesión, busca que el personal de salud, especialmente el de atención primaria, revise la construcción de la sexualidad en la etapa de la infancia y la niñez, aclare dudas al respecto y tomen conciencia acerca de la responsabilidad de estar bien informados y de desarrollar actitudes abiertas por la influencia que pueden ejercer en otras personas dada la credibilidad con que cuentan.

Sesión 5 Los profesionales de la salud y la sexualidad en el ciclo de vida. Infancia y niñez		Tiempo: 2 horas
Objetivos <ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar las principales características del desarrollo sexual infantil en la infancia. 2. Analizar el papel de los proveedores de salud en el ámbito de la salud sexual infantil. 3. Favorecer una visión integrada de la sexualidad infantil como un conjunto de procesos continuos en el que los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales no constituyan dimensiones separadas sino complementarias. 		
Pasos	Actividades	Minutos
Observando las circunstancias	17. Cuentos y verdades	45
Fortaleciendo los conceptos	18. Presentación: Sexualidad en la infancia y la niñez	30
Me queda claro que...	19. Juego de roles Identifiquemos oportunidades para enseñar sobre la diversidad sexual	45
¿Qué necesita disponer con anterioridad?	Cuento para una niñez al borde. En: http://www.mujeresalborde.org/spip.php?article109 PPT® 5: Sexualidad infantil Material 8: El papel de los proveedores de salud en el ámbito de la salud sexual infantil	
Para saber más	Desarrollo de la sexualidad en la infancia y la niñez	

Paso I	Observando las circunstancias
Actividad I7	Cuentos y verdades
Recursos educativos	Cuento para “una niñez al borde”. En: http://www.mujeresalborde.org/spip.php?article109
Equipo	Conexión a internet Cañón Computadora, pantalla Papelógrafo Marcadores de colores

DESARROLLO

1. Introduzca la sesión mostrando el cuento para “una niñez al borde”.
2. Señale, como anteriormente se había mencionado, que la sexualidad está presente a lo largo de todo el ciclo vital y que es importante conocer sus manifestaciones en las primeras etapas puesto que la sexualidad en la infancia y la niñez establece los cimientos de la sexualidad adolescente y adulta.
3. Forme cuatro subgrupos y distribúyales, al azar, un rango de edad:
 - De 0 a 2 años
 - De 2 a 4 años
 - De 5 a 8 años
 - De 9 a 12 años
4. Solicite que en hojas de papelógrafo escriban algunas de las manifestaciones de la sexualidad en el rango de edad que les corresponde. Pídales que señalen si hay diferencias entre niños y niñas.
5. Después de 15 minutos, invite a los participantes a que presenten, en orden cronológico, sus conclusiones.
6. Comente las conclusiones con el grupo, aclarando las ideas cuando sea necesario. Señale que el siguiente paso abundará aún más sobre esta etapa.

Paso 2	Fortaleciendo los conceptos
Actividad 18	Presentación
Recursos educativos	PPT 5: Sexualidad infantil Material 8: El papel de los proveedores de salud en el ámbito de la salud sexual infantil

DESARROLLO

1. Explique que el objetivo de esta charla es presentar un panorama general acerca del desarrollo sexual en la infancia y la niñez.
2. Para complementar la reflexión que el grupo viene realizando, revise con anterioridad la información en la sección *Para saber más*.
3. Mencione que, dada la amplitud del tema, el énfasis va a estar en aspectos relacionados con el desarrollo de la identidad sexual.
4. Utilice, para su exposición, el PPT® 5: **Sexualidad infantil**.
5. Durante la exposición intervenga para hacer preguntas que ayuden al grupo a aclarar las ideas. Como complemento y cuando sea pertinente, solicite ejemplos.
6. Para terminar, entregue a cada participante una copia del material 8: **El papel de los proveedores de salud en el ámbito de la salud sexual**. Pida que se tomen 5 minutos para leerlo, y cerciórese de que todas las dudas queden aclaradas.

Paso 3	Me queda claro que...
Actividad 19	Juego de roles Identifiquemos oportunidades para enseñar sobre la diversidad sexual

DESARROLLO

1. Organice cuatro subgrupos y asigne a cada uno un segmento etario de la etapa de la niñez: de 0 a 2 años, de 3 a 5 años, de 6 a 8 años, y de 9 a 12. Solicite a los subgrupos que elijan alguna duda, inquietud o temor que padres y madres les hayan expresado en torno a la sexualidad de un hijo o hija.

2. Exprese que, de acuerdo al tema seleccionado, deben organizar un sociodrama o juego de roles (dramatización) en el que interactúan con padres y/o madres de niños o niñas como proveedores de servicios. Esto puede ocurrir en la consulta, la sala de espera o en la comunidad.
3. Indique al grupo que elaboren un guion corto (no más de tres minutos) y que se distribuyan los roles según les parezca.
4. Pida a los subgrupos que hagan sus representaciones y después de cada representación invite al grupo en general a comentar, haciendo usted la conclusión final con las aclaraciones pertinentes.

MATERIALES SESIÓN 5

Actividad	Material educativo
17. Cuentos y verdades	Cuento para “una niñez al borde”. En: http://www.mujeresalborde.org/spip.php?article109
18. Presentación	PPT® 5: Sexualidad infantil Material 8: El papel de los proveedores de salud en el ámbito de la salud sexual infantil
19. Juego de roles	

Material 8

El papel de los proveedores de salud en el ámbito de la salud sexual infantil

A menudo, los padres buscan la guía y consejo de los profesionales (cuidadores infantiles, psicólogos y psiquiatras, pediatras, orientadores, etc.) para tratar de resolver sus dudas e inquietudes en relación con la sexualidad infantil y generalmente, averiguar si determinados comportamientos sexuales que observan en sus hijos se sitúan dentro de los límites de la “normalidad”, o por el contrario, deben generar sospechas o alarma. Las recomendaciones y opiniones que proporcionan los profesionales en respuesta a estas consultas, por lo tanto, pueden determinar en buena medida cuál es la reacción de los padres ante la conducta sexual de sus hijos; si tales valoraciones, por ejemplo, no están fundamentadas y etiquetan erróneamente una conducta sexual como problemática o “desviada”, pueden fomentar una respuesta inapropiada o desmesurada.

Además, debe advertirse, que las controversias existentes a nivel científico y social sobre el abuso sexual pueden alimentar la indecisión de los profesionales a la hora de asesorar a los padres o llegar a favorecer, incluso, la adopción de posturas extremas de efectos muy perniciosos: de un lado, los profesionales que exageren la frecuencia y consecuencias de los abusos sexuales pueden considerar sospechosa cualquier referencia a lo sexual en un niño y por ende, fomentar la negación y persecución de la sexualidad infantil saludable; de otro, los profesionales que ignoren o minimicen la incidencia y gravedad de los abusos pueden considerar apropiadas todas las conductas sexuales de los niños y ser incapaces por ello de identificar casos abusivos incluso en presencia de señales alarmantes.

Por lo tanto, a la hora de desempeñar este tipo de tarea, las creencias y opiniones de los profesionales cobran gran relevancia, ya que las conductas sexuales de los niños suelen ser un fiel reflejo de los valores y las creencias que ponen de manifiesto los adultos de su entorno próximo en relación con la sexualidad infantil.

Es importante, sobre todo, que los profesionales sean conscientes de sus propios sesgos y prejuicios en cuestiones de sexualidad infantil y traten de evitar, en todo momento, que éstos puedan contaminar la labor de asesoramiento que realizan con los menores.

También es conveniente, que los profesionales tengan en cuenta el peso que la moral sexual imperante, las costumbres sociales y los medios de comunicación pueden ejercer sobre la sexualidad de algunos menores, y adopten una postura crítica cuando las pautas y valores transmitidos por estos poderes ideológicos y sociales promuevan conductas sexuales que son claramente incompatibles con la salud.

PPT® 5 – Sexualidad infantil

[illegible]

RECURSOS

Sexuality Information and Education Council of the United States, SIECUS. En:

www.siecus.org/

SESIÓN 6

En esta sesión, se busca que haya una conversación informal pero que siga un desarrollo coherente y ordenado sin derivar en disquisiciones ajenas o alejadas del tema, ni en apreciaciones demasiado subjetivas. La persona que facilita deberá fomentar una amplia comunicación entre los y las panelistas a través de una conversación que toque las principales inquietudes del grupo siempre dentro de un ambiente de respeto y cordialidad.

A partir de historias individuales, se busca interpelar algunos determinismos sobre la identidad de género y ahondar sobre la necesidad de que los servicios de salud y el personal de dichas instituciones desarrolle nuevas herramientas, ideológicas y metodológicas, para la inserción e inclusión de sexualidades excluidas, que contribuyan a una atención integral y sobre todo a la recuperación de derechos conculcados por acciones discriminatorias.

Sesión 6		Tiempo:
En primera persona		1 hora
Objetivos <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprender la letra T de la sigla LGBT. 2. Lograr una aproximación directa, de viva voz, a las necesidades más apremiantes de salud de las personas trans. 3. Allanar el terreno para una comunicación directa entre los servicios y los grupos trans que permitan dejar atrás prejuicios y recelos en la interacción y abogar por una participación más amplia de estos grupos en las decisiones que conciernen a su salud sexual. 		
Pasos	Actividades	Minutos
Observando las circunstancias	20. Recopilación de preguntas	10
Fortaleciendo los conceptos	21. Panel	30
Me queda claro que...	22. Es pertinente considerar	20

¿Qué necesita disponer con anterioridad?	<p>Contactar personas trans que quieran expresar sus necesidades en el ámbito de la salud.</p> <p>El facilitador, junto con el equipo organizador, deben buscar que las personas que inviten:</p>
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> - tengan facilidad de expresión y no se “inhiban” con la argumentación profesional; - puedan aportar ideas más o menos originales y diversas; - enfoquen los distintos aspectos del tema; - posean juicio crítico y un cierto sentido del humor para amenizar una conversación que podría tornarse en algunos momentos un poco cansada. <p>Es conveniente una reunión previa del coordinador con todos los miembros que intervendrán en el panel, para cambiar ideas y establecer un plan aproximado del desarrollo de la sesión, compenetrarse con el tema, ordenar los subtemas y aspectos particulares, fijar tiempo de las intervenciones, etc.</p> <p>Aunque el Panel debe aparecer luego como una conversación espontánea, requiere para su éxito ciertos preparativos como los expuestos.</p>
--	---

Paso I	Observando las circunstancias
Actividad	20. Recopilación de preguntas
Equipo	Tarjetas en blanco Plumones de colores Rotafolios

DESARROLLO

1. Refiérase al propósito de la sesión y presente a los panelistas.
2. Explique, brevemente, la estrategia que se va a seguir: tiempo para preguntas, exposiciones y conclusiones; características de las intervenciones por parte de los panelistas y de los participantes.
3. Invite a los participantes a pasar **por escrito** sus preguntas, en los siguientes minutos. Podrán continuar pasando preguntas durante la mayor parte del desarrollo del panel.
4. Entretanto, la persona que facilita y los panelistas pueden organizar las preguntas por temas, examinar las inquietudes más frecuentes, e identificar de mejor manera los énfasis que van a dar a sus presentaciones.

Paso 2	Fortaleciendo los conceptos
Actividad	21. Panel

DESARROLLO

1. Inicie la sesión, presentando a los miembros del panel y formulando la primera pregunta acerca del tema que se va a tratar.
2. Cualquiera de los miembros del panel inicia la conversación, aunque puede estar previsto quien lo hará, y se entabla el diálogo que se desarrollará según el plan previsto.
3. Intervenga para efectuar nuevas preguntas sobre el tema, orientar el dialogo hacia aspectos no mencionados, centrar la conversación en el tema cuando se desvíe demasiado de él, superar una eventual situación de tensión que pudiera producirse, etc.
4. Estimule el diálogo si este decae, pero sin intervenir con sus propias opiniones.
5. Unos cinco minutos antes de la terminación del diálogo, invite a los miembros a que hagan un resumen muy breve de sus ideas.

Paso 3	Me queda claro que...
Actividad	22. Es pertinente considerar
Equipo	Tarjetas en banco Plumones de colores Rotafolios

DESARROLLO

1. Destaque las conclusiones más importantes, basándose en notas que haya tomado.
2. Si el tiempo lo permite, invite al grupo a intercambiar ideas sobre lo expuesto, de manera informal, al estilo de un foro.
3. En esta etapa no es indispensable la presencia de los miembros del panel, pero si éstos lo desean, pueden contestar preguntas del grupo, en cuyo caso el facilitador actuará como moderador de dichas preguntas, derivándolas al panelista que corresponda.

SESIÓN 7

En esta sesión se revisa el papel que los trabajadores de la salud pueden tener para ayudar a los y las adolescentes a proteger su salud sexual, a comprender su sexualidad, a responsabilizarse activamente y a tomar decisiones informadas, basadas en orientaciones claras y oportunas. Dicha intervención no sólo permite la discusión, sino que es indispensable para que los y las adolescentes puedan asumir su identidad de género y su orientación sexual sin discriminación, y gozar de sus derechos sexuales.

Sesión 7 Los profesionales de la salud y la sexualidad en el ciclo de vida. Adolescencia y juventud		Tiempo: 1.5 horas
Objetivos <ol style="list-style-type: none"> 1. Abordar la realidad de los y las adolescentes desde una perspectiva de cambio histórico y cultural. 2. Conocer algunos de los problemas y desafíos que plantea el abordaje de la salud sexual en la adolescencia y la juventud, en la realidad actual. 3. Considerar la importancia de revisar estrategias de promoción de la salud sexual en adolescentes en el primer nivel de atención, desde una perspectiva de género y de derechos. 		
Pasos	Actividades	Minutos
Observando las circunstancias	23. La adolescencia, ayer y hoy	40
Fortaleciendo los conceptos	24. Exposición: Desarrollo sexual en la adolescencia	20
Me queda claro que...	25. Priorizando los problemas de la adolescencia hoy	30
¿Qué necesita disponer con anterioridad?	Material 9: Preguntas sobre adolescencia PPT® 6: Desarrollo sexual en la adolescencia Material 10: Cartilla de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes. Revisar las últimas encuestas nacionales sobre la juventud del país en donde se realizará el Taller, e integrar datos relevantes al tema, en la exposición y otras actividades de esta sesión.	

Para saber más	La construcción de la sexualidad en la adolescencia
Paso I	Observando las circunstancias
Actividad 23	La adolescencia, ayer y hoy
Material educativo	Material 9: Preguntas sobre adolescencia
Equipo	Hojas de papelógrafo Marcadores de colores

DESARROLLO

1. Divida al grupo, por género, en dos o cuatro grupos dependiendo del número total de participantes.
2. Entregue a cada grupo una hoja de rotafolios con las preguntas del material 9: **Preguntas sobre adolescencia**. Con anterioridad prepare las hojas que va a requerir.
3. Pida a los grupos que en 10 minutos recuerden su adolescencia y respondan a las preguntas consignadas en las hojas que se les entregó. También solicite a cada grupo que canten una canción que corresponda a “su tiempo”.
4. Solicite a los grupos que presenten sus hojas de respuestas e indique que cada grupo dispone de 5 minutos máximo. Pida que digan porque eligieron su canción.
5. Observe y compare los trabajos expuestos y trate de identificar puntos de acuerdo y de desacuerdo.
6. Solicite algunos comentarios o reacciones de parte del grupo.
7. Cierre la actividad comentando las diferencias entre los géneros, y entre los participantes y los adolescentes actuales. También, señale que las conclusiones grupales dependen del lugar y el momento que tienen como referencia.
8. Insista en que los adolescentes que fueron, no son un grupo homogéneo como tampoco lo es el de los adolescentes de hoy.

Paso 2	Fortaleciendo los conceptos
Actividad 24	Exposición
Recursos educativos	PPT® 6: Desarrollo sexual en la adolescencia

DESARROLLO

1. Explique que el objetivo de la exposición es presentar un panorama general referente a la adolescencia. Utilice el PPT® 6 como apoyo.
2. Mencione que, dada la amplitud el tema, el énfasis va a estar en aspectos relacionados con el desarrollo de la identidad sexual (incluyendo identidad de género y orientación sexual).
3. Utilice como guía la información para el facilitador que aparece en la sección *Para saber más*.
4. Invite al grupo a preguntar y cerciórese de que todas las dudas queden aclaradas.

Paso 3	Considerando las implicaciones
Actividad 25	Priorizando los problemas de la adolescencia hoy
Recursos educativos	Material 10: Cartilla de los derechos sexuales y reproductivos
Equipo	Puntos pegantes de tres colores

DESARROLLO

1. Señale que según la OPS, “el derecho a la salud de los jóvenes es el mismo que para otros grupos, como los adultos; sin embargo en ocasiones los jóvenes se ven limitados en su ejercicio solamente por el hecho de ser jóvenes, por ejemplo con respecto al *consentimiento*”.
2. Retome las conclusiones del inciso del ejercicio anterior referentes a los **temas de salud y generales que más les preocupan a los y las adolescentes de hoy**, y arme una lista en una hoja grande (de rotafolios o papelógrafo). Pida la ayuda del cofacilitador o de algún miembro del grupo.
3. Asegúrese de que los siguientes temas estén incluidos en la lista:
 - Embarazos no deseados

- Acceso a condones
 - Acceso a anticonceptivos
 - ITS (VIH)
 - Diversidad sexual
 - *Bullying* homofóbico
 - Violencia de género
 - Violencia entre novios
4. Entregue a los participantes tres “puntos” (etiquetas pegantes de fácil adquisición en las papelerías) de tres colores diferentes. Indique que a cada color corresponde un valor. Por ejemplo, los puntos rojos se refieren al problema más importante a juicio del participante, el azul al que ocupa el 2º lugar, y el verde al del 3er lugar.
 5. Solicite a los participantes que coloquen los puntos en los problemas que son de mayor importancia en su comunidad. Esto no quiere decir que los otros problemas no sean importantes.
 6. Al finalizar, los participantes habrán construido un mapeo de los problemas que identifican como los más importantes. Señale que, sin embargo, hay problemas que son menos visibles, pero que afectan de manera grave a los adolescentes y jóvenes, como puede ser la imposibilidad de asumir una identidad de género distinta a la de su apariencia física o el percatarse que su orientación sexual no corresponde a la heterosexualidad. También mencione que los problemas son distintos para hombres y mujeres.
 7. Entregue, de ser posible a cada participante, una copia del material 10: **Cartilla de los derechos sexuales y reproductivos**, e insista en que tales derechos hacen parte del conjunto de los derechos humanos.

MATERIALES SESIÓN 7

Actividad	Material educativo
23. La adolescencia - ayer y hoy	Material 9: Preguntas sobre adolescencia
24. Exposición	PPT® 6: Desarrollo sexual en la adolescencia
25. Priorizando los problemas de la adolescencia hoy	Material 10: Cartilla de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes

Material 9

Preguntas sobre adolescencia	
Mujeres	Hombres
Las adolescentes (mujeres) de “mis tiempos”: Nuestra relación con la familia: Nuestra vida sexual: Nuestras relaciones con el otro sexo: Nuestras actitudes ante las personas LGBTI Qué nos gustaba: Los temas de salud que más nos preocupaban: Sus preocupaciones generales son:	Los adolescentes (hombres) de “mis tiempos”: Nuestra relación con la familia: Nuestra vida sexual: Nuestras relaciones con el otro sexo: Nuestras actitudes ante las personas LGBTI Qué nos gustaba: Los temas de salud que más nos preocupaban: Sus preocupaciones generales son:

Las adolescentes (mujeres) de hoy:

Su relación con la familia:

Su vida sexual:

Sus relaciones con el otro sexo:

Sus actitudes ante las personas LGBTI

Qué les gusta :

Los temas de salud que más nos preocupan:

Sus preocupaciones generales son:

Los adolescentes (hombres) de hoy:

Su relación con la familia:

Su vida sexual:

Sus relaciones con el otro sexo:

Sus actitudes ante las personas LGBTI

Qué les gusta :

Los temas de salud que más nos preocupan:

Sus preocupaciones generales son:

PPT® 6: Desarrollo sexual en la adolescencia

Desarrollo sexual en la Adolescencia

- 1. Pubertad
- 2. Adolescencia

Pubertad y adolescencia

Pubertad

- Cambios sexuales secundarios
- Maduración física

Adolescencia

- Proceso psicosocial
- Desarrollo mental y social
- Sensaciones eróticas y románticas
- Hábitos interpersonales y de relación

Definiciones o criterios

- Cronológico
- Biológico
- Psicológico
- Sociocultural

Criterio cronológico

- Adolescencia temprana: de 10 a 14 años
- Adolescencia media: de 15 a 16 años
- Adolescencia tardía: de 17 a 19 años
- Juventud: de 20 a 25 años

Logros de la etapa adolescente

- Estructuramiento de la capacidad de pensamiento abstracto
- Establecimiento de la identidad. La persona sabe quién es
- Autonomía e independencia económica y emocional de la familia
- Establecimiento de un sistema personal de valores
- Capacidad para mantener relaciones duraderas y para una relación sexual con la ternura y el afecto, el respeto

Los jóvenes son sexualmente activos, y a una edad temprana

- Aproximadamente un 60% de los adolescentes menores de 17 años de la Región son sexualmente activos
- Entre 50% y 71% de las mujeres en la Región Latinoamericana son sexuales antes de los 20 años
- El momento de estar del primer año es de aproximadamente 15-16 años para las jóvenes en muchos países de América Latina y el Caribe, para los varones el promedio es de aproximadamente 14-15 años. Los jóvenes en ciertos países del Caribe están en esta sexual a una edad tan temprana como los 10 y 12 años

Los jóvenes son sexualmente activos, y a una edad temprana (cont.)

- Un número significativo de adolescentes mujeres están casadas o en unión. Entre el 18% (Perú), 20% (El Salvador) y 34% (Trinidad y Tobago) de los adolescentes están casadas a los 18 años
- La mayoría de las relaciones sexuales entre las mujeres jóvenes se producen dentro del matrimonio

Los niveles de conocimiento son altos pero todavía existen brechas

- En general, los niveles de conocimiento sobre anticoncepción y la concepción del riesgo de VIH son altos, pero los adolescentes saben menos sobre otras ITS y sobre las formas de transmisión del VIH
- Entre una cuarta parte y la mitad de los adolescentes entre 15 y 19 años de edad en Guatemala, Perú, Perú y Brasil no saben que una persona con SIDA puede parecer saludable

La conducta sigue sin cambiar

- Solamente el 30% de los jóvenes en el Caribe se preocupan del embarazo; el 26% utiliza anticonceptivos de forma constante
- Las encuestas en el Caribe sugieren que el 40% de las adolescentes y el 50% de los adolescentes varones no tienen acceso a anticonceptivos durante su primera relación sexual

Problemas y preocupaciones de la salud sexual en la adolescencia

La salud sexual es la experiencia de un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen a la armonía personal y al bienestar social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones y/o enfermedades.

La salud sexual es la experiencia de un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen a la armonía personal y al bienestar social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones y/o enfermedades.

La sexualidad y el bienestar sexual del adolescente son componentes integrados de su salud y desarrollo. Todos los seres humanos son intrínsecamente sexuales y el desarrollo sexual evoluciona durante la infancia y la adolescencia, sentando las bases para la salud sexual del adulto. Adaptarse a los cambios sexuales y proteger su salud, incluyendo su salud reproductiva, es uno de los mayores retos de los adolescentes. Identificar al adolescente es un momento oportuno para abordar la salud sexual y las inquietudes sobre la sexualidad con el fin de mejorar la salud general del joven.

Un desarrollo sexual saludable depende de la satisfacción de las necesidades básicas humanas como son el deseo de contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, la ternura y el amor. La salud sexual incluye la salud reproductiva, pero se extiende más allá de la atención relacionada con la reproducción.

El término salud sexual implica un sentido de control sobre el propio cuerpo, un reconocimiento de los derechos sexuales y está fuertemente influenciado por las características psicológicas de un individuo, como su autoestima y su bienestar emocional y mental (KPS/UNA, 2000; Teul y cols., 1997; Nelder, 1984), además de la cultura y el ambiente donde vive.

Preocupaciones frecuentemente mencionadas por los adolescentes y jóvenes

- Dificultad para relacionarse efectivamente (psicología)
- Deseo de prevenir embarazos no deseados
- Deseo de evitar ITS
- Identidad de género y orientación sexual "diversa"
- Miedo de las nuevas tecnologías
- ¿Qué datos conocen de las encuestas de jóvenes de su país?

"En la actualidad diversos derechos de las niñas, niños y adolescentes de la Diversidad están siendo vulnerados, no permitiendo un pleno desarrollo de sus potencialidades y capacidades, sin ningún tipo de restricción. Debido a esto es la violación sistemática del derecho a la identidad de las niñas, niños y adolescentes transgénero, transexual y transgénero. Esta vulneración de los derechos a la identidad es el inicio de una cadena de exclusiones que impide su pleno desarrollo"

Marta Pacheco, Presidenta de la Federación Argentina LGBT

Material 10⁶

• Cartilla - Los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes	
1.	<i>Derecho a decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad.</i> Se deben respetar las decisiones que tomes sobre tu cuerpo y tu vida sexual, sin que nadie te presione, condicione ni imponga sus valores particulares.
2.	<i>Derecho a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual.</i> Nadie puede presionarte, discriminarte, inducirte al remordimiento o castigarte por ejercer o no actividades relacionadas con el disfrute de tu cuerpo y tu vida sexual.
3.	<i>Derecho a manifestar públicamente mis afectos.</i> Puedes expresar tus ideas y afectos sin que por ello nadie te discrimine, limite, cuestione, chantajee, lastime, amenace o agrede verbal o físicamente.
4.	<i>Derecho a decidir con quién compartir mi vida y mi sexualidad.</i> Eres libre de decidir con quién compartir tu vida, tu sexualidad, tus emociones y afectos. Nadie debe obligarte a contraer matrimonio o a compartir tu vida y tu sexualidad con alguien que no desees*.
5.	<i>Derecho al respeto de mi intimidad y vida privada.</i> Tienes derecho al respeto de tus espacios privados y a la confidencialidad en todos los ámbitos de tu vida, incluyendo el sexual. Ninguna persona debe difundir información sobre los aspectos sexuales de tu vida, sin tu consentimiento.
6.	<i>Derecho a vivir libre de violencia sexual.</i> Cualquier forma de violencia hacia tu persona afecta el disfrute pleno de tu sexualidad. Ninguna persona debe acosar, hostigar, abusar o explotarte sexualmente.
7.	<i>Derecho a la libertad reproductiva.</i> Tienes derecho a decidir el tener o no hijos, cuántos, cuándo y con quien tú decidas*.
8.	<i>Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad.</i> Las mujeres y los hombres, aunque diferentes, son iguales ante la ley.
9.	<i>Derecho a vivir libre de toda discriminación.</i> No te pueden discriminar por edad, género, sexo, preferencia, estado de salud, religión, origen étnico, forma de vestir, apariencia física o por cualquier otra condición personal.
10.	<i>Derecho a información completa, científica y laica sobre sexualidad.</i> Debes recibir información veraz, no manipulada o sesgada. El Estado debe brindar información laica y científica.
11.	<i>Derecho a educación sexual.</i> La educación que recibas debe estar libre de prejuicios, fomentar la toma de decisiones libre e informada, la cultura de respeto a la dignidad humana, la igualdad de oportunidades y la equidad.
12.	<i>Derecho a servicios de salud sexual y salud reproductiva.</i> El personal de los servicios de salud pública no puede negarte información o atención bajo ninguna condición y éstas no deben estar sometidas a ningún prejuicio*.
13.	<i>Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad.</i> Puedes participar en el diseño, implementación y evaluación de programas sobre sexualidad, salud sexual y salud reproductiva*.
* Si eres menor de edad consulta el Código Civil de tu estado.	

6 Cartilla de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes y jóvenes, respaldada por: Comisión Nacional de Derechos Humanos, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Elige Red de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos, Red Democracia y Sexualidad (Demysex), Balance, Equidad de Género, Mexfam, Sipam, Sisex, Católicas por el Derecho a Decidir, Ave de México y 109 organizaciones más. En: <http://www.cndh.org.mx/node/594>.

RECURSOS

Advocates for Youth. Creo que tal vez sea transexual. ¿Qué hago ahora? En:

http://www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/Spanish/spanish_trans_web.pdf

Advocates for Youth. Recursos para padres de jóvenes LGBT. En:

<http://www.bidstrup.com/spardata.htm>

<http://www.advocatesforyouth.org/topics-issues/glbqt?task=view>

Advocates for Youth. Otras publicaciones. En:

<http://www.advocatesforyouth.org/library/919?task=view>

<http://www.advocatesforyouth.org/publications/424?task=view>

<http://www.advocatesforyouth.org/component/customproperties/tag?tagId=45>

IPPF, GTZ. (2011). Young People Implementing a Sexual and Reproductive Health and Rights Approach. Resource Pack.

WHO (2011). The Sexual and Reproductive Health of Younger Adolescents. Research Issues in Developing Countries. Background paper for a consultation. Genève. En:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501552_eng.pdf

SESIÓN 8

En esta sesión, se revisan algunas situaciones de la práctica cotidiana en los servicios de salud, que al estar mediadas por una construcción cultural heterocéntrica, invisibiliza e ignora las necesidades de atención de personas adultas de diversas orientaciones sexuales. Si bien, las características de un servicio incluyente requiere que se integren cambios de diversa índole, revisar el interrogatorio y el trato a los pacientes, es un buen comienzo.

Sesión 8 Los profesionales de la salud y la sexualidad en el ciclo de vida. Adulthood		Tiempo: 1.5 horas
Objetivos <ol style="list-style-type: none"> 1. Reflexionar sobre la necesidad de la aceptación de la diversidad en los adultos, como aspecto fundamental para quien trabaja la salud desde una perspectiva de género y derechos humanos. 2. Reflexionar sobre la importancia del contacto y abordaje iniciales, sugiriendo aspectos que deben tomarse en cuenta. 3. Sensibilizar sobre algunos prejuicios, entre los trabajadores de la salud, acerca de la orientación y la identidad sexual que llevan a un abordaje inadecuado de la consulta y/o a desestimar las oportunidades de dar resolución a problemas que afectan la salud de personas adultas. 4. Cuestionar prejuicios en relación con la diversidad sexual que permita modificar prácticas en salud violatorias de la dignidad de las personas e ir eliminando diferencias para que nadie requiera un “trato especial”. 		
Pasos	Actividades	Minutos
Observando las circunstancias	26. Fuera de las casillas	20
Fortaleciendo los conceptos	27. Presentación	30
Me queda claro que...	28. Estamos haciendo pero necesitamos hacer	40

¿Qué necesita disponer con anterioridad?	Material II: Formulario de datos personales Video: <i>¿Cuál es la diferencia?</i> Disponible en: http://youtu.be/doyf6m79ZIs Nota: aunque el nombre es similar al de la sesión 4 no es el mismo. Debe identificar los segmentos de video que se van a analizar (Facundo y Ana María) a partir de los 10 minutos y 25 segundos.
---	--

	PPT® 7: Primer encuentro y evaluación clínica inicial
Paso I	Observando las circunstancias
Actividad 26	Fuera de las casillas
Material educativo	Material II: Formulario de datos generales Video: <i>¿Cuál es la diferencia?</i>
Equipo	Rotafolios Marcadores de colores Computadora Cañón Conexión a internet

DESARROLLO

1. Reparta a cada participante una copia del **formulario de datos generales** (material II).
2. Después de tres minutos, pida que le entreguen los formularios y revise si hubo dificultades.
3. Si el grupo expresa que su nombre no está incluido, comente que esos son los nombres más comunes de acuerdo con los registros de estadística del país; si dice que ninguna de esas nacionalidades es la suya, mencione que la mayoría de la población mundial tiene alguna de esas nacionalidades y que son las categorías más amplias; si alguien expresa que su ocupación tampoco es alguna de las que aparecen, reitere que los registros censales indican que estos grupos representan a la mayor parte de la población.
4. Pregunte al grupo:
 - a. ¿Qué dificultad ven?
 - b. ¿Qué se siente cuando “no cabemos” o nos quieren encasillar en lo más común? Mencione que una de las características de la adultez es el tener una claridad y certeza en cuanto a la identidad (nacional, profesional, sexual).
 - c. ¿Qué hay que hacer?
 - d. Si esto ocurre con el nombre, la nacionalidad y la ocupación ¿qué pasa con la casilla de sexo?
 - e. ¿Caben todas las personas en alguna de las dos categorías de hombre o mujer?
 - f. Con base en todo lo que se ha visto hasta ahora, ¿qué cambios harían en los formatos de datos clínicos o en la forma de identificar a los consultantes?

- g. ¿Prevén alguna resistencia? ¿Por parte de quién?
- 5. Haga una breve recapitulación e invite al grupo a tener en cuenta esta experiencia en el análisis que van a realizar del siguiente video.
- 6. Invite al grupo a observar la segunda parte del video *¿Cuál es la diferencia?* Después de revisar los casos de Facundo y Ana María, haga las siguientes preguntas sobre las actuaciones del personal de salud en las diferentes secciones:
 - a. ¿Replantearían la manera como se hicieron las intervenciones y/o preguntas del personal de salud? ¿Qué ocasionaron? ¿Por qué?
 - b. ¿Qué aspectos consideran que tendría que haber cuidado el personal de salud? ¿Por qué?
 - c. ¿Ocurre con frecuencia?
 - d. ¿En qué condiciones quedó el o la usuario/a?
- 7. Al finalizar el video, abra la discusión a fin de poder comparar distintas formas de llevar a cabo la entrevista con un paciente y las consecuencias de hacerlo de una manera u otra.
- 8. Retome las conclusiones del grupo y valide cualquier planteamiento que pueda surgir sobre la importancia de que existan, además de un clima de confianza en la interacción médico-paciente, pautas claras que deben seguirse según las diferentes necesidades.
- 9. Refuerce la idea de que la primera entrevista constituye un momento definitivo no sólo para poder atender adecuadamente una necesidad puntual sino para que se desarrolle una confianza hacia el sistema de salud y los usuarios permanezcan.
- 10. Haga el enlace con la siguiente actividad.

Paso 2	Fortaleciendo los conceptos
Actividad 27	Presentación
Material educativo	PPT® 7: Primer encuentro y evaluación clínica inicial
Equipo	Computadora Cañón Pantalla

DESARROLLO

1. Invite al grupo a reflexionar acerca de la necesidad de que los servicios de salud incluyan a la población LGBTI y dejen de lado visiones simplistas y etiquetas que impiden una real apertura hacia la diversidad sexual.
2. Haga referencia a situaciones, a veces parte de la rutina de los servicios, que tienen efectos deletéreos en las personas consultantes.
3. Siga los contenidos del PPT® 7: **Primer encuentro y evaluación clínica inicial**, y haga pausas para que el grupo intervenga bien sea con dudas o ejemplos.
4. Antes de cerrar, pida al grupo que exprese sus comentarios e invítelo a continuar con la siguiente actividad para poder puntualizar algunos asuntos pendientes sobre este tema.

Paso 3	Me queda claro que...
Actividad 28	Estamos haciendo pero necesitamos hacer
Equipo	Rotafolios Marcadores de colores

DESARROLLO

1. Forme dos subgrupos y entregue a cada uno de ellos una hoja de papelógrafo. Uno de los subgrupos, de lo **que ya estamos haciendo**, y el segundo **sobre lo que necesitamos hacer** en los servicios de salud para que las personas consultantes, pertenecientes a la diversidad sexual, puedan acercarse con confianza y seguridad y obtener la atención que requieren.

2. Mencione algunos ejemplos de acciones que ya realizan: se hace una historia clínica, se hace un examen físico; también, dé otros ejemplos de actividades que se necesitan hacer; por ejemplo, como capacitar a los miembros de su equipo, revisar lenguaje, etc.
3. Pida al grupo que, de manera conjunta, identifique acciones para remediar, en el corto plazo, algunas de las tareas pendientes que mencionaron.
4. Puntualice, junto con el grupo, las principales conclusiones de la sesión.
5. Antes de cerrar, mencione que las necesidades de salud de los grupos LGBT no son diferentes a las del resto de la población aunque, ciertamente, sí tienen necesidades específicas. Por otra parte, insista en que la presunción de heterosexualidad universal, o de una identidad congruente con datos como el nombre, aparte de ser ofensiva, ocasiona distorsiones en el abordaje clínico de muchos casos.

MATERIALES SESIÓN 8

Actividad	Material
26. Fuera de las casillas	Material I I: Formulario de datos personales Video: <i>¿Cuál es la diferencia?</i>
27. Presentación	PPT [®] 7: Primer encuentro y evaluación clínica inicial
28. Estamos haciendo pero necesitamos hacer	

Material II: Formulario de datos personales

Estimado participante:

A fin de llevar un registro de los y las asistentes a este taller le solicitamos, por favor, que nos proporcione algunos datos generales marcando las casillas correspondientes a continuación:

Nombre

- ☐ Juan/a
- ☐ Mario/a
- ☐ Carla/os
- ☐ Luis/a
- ☐ Fernando/a

Nacionalidad

- ☐ China
- ☐ Hindú
- ☐ Estadounidense
- ☐ Rusa

Oficio o profesión

- ☐ Ciencias jurídicas
- ☐ Administración de empresas
- ☐ Contaduría
- ☐ Ingeniería
- ☐ Educación

Sexo

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer

De antemano, agradecemos sus respuestas

[illegible]

RECURSOS

Institute of Medicine. (2011). *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People. Building a Foundation for Better Understanding*. Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities. Washington (D.C.): National Academies Press (US).
En: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64806/>

SESIÓN 9

En esta sesión, se revisa el abordaje diagnóstico y terapéutico de las personas trans. Se examina una propuesta que define las líneas de actuación a seguir para garantizarles una atención sanitaria de calidad, segura y eficiente. Para cualquier ciudadano, una atención digna y profesional es un derecho; sin embargo, la falta de directrices y el abordaje inadecuado ha originado, en muchos casos, la búsqueda de soluciones alternativas de dudosa calidad, con los consabidos riesgos para la salud. Estas circunstancias se hacen especialmente patentes en determinados colectivos, como es el caso de las personas trans.

Sesión 9 Los profesionales de la salud y la atención de la salud sexual. Necesidades especiales de poblaciones clave		Tiempo: 3 horas
Objetivos <ol style="list-style-type: none"> 1. Adquirir conocimientos básicos sobre las necesidades de salud de las personas trans. 2. Identificar y analizar factores asociados a los servicios y a la percepción de las personas trans sobre éstos que limitan las posibilidades de una atención integral de estos grupos. 3. Revisar estrategias para atender integralmente a personas trans y derivar recomendaciones para los servicios respectivos. 		
Pasos	Actividades	Minutos
Observando las circunstancias	29. Lluvia de ideas	30
Fortaleciendo los conceptos	30. Exposición comentada	110
Me queda claro que...	31. La noticia	40
¿Qué necesita disponer con anterioridad?	PPT [®] 8: Los profesionales de la salud y la atención de la salud sexual. Necesidades especiales de poblaciones clave. Material 12: Algoritmos (una copia de cada uno) Datos acerca de la salud de la población trans, correspondientes al país en donde se realiza el taller.	
Para saber más	Caracterización de los problemas más frecuentes de salud en personas trans. Problemas asociados a las y los prestadores de servicios. Problemas asociados con la conducta y percepción de	

	los servicios que tienen las personas trans. Componentes de un protocolo para la prevención general.
--	---

Paso I	Observando las circunstancias
Actividad 29	Lluvia de ideas
Equipo	Rotafolios Plumones de colores

DESARROLLO

1. Inicie la actividad mencionando que, con frecuencia, la atención de los problemas de salud antes vistos, se ve obstaculizada tanto por la manera como las personas trans perciben a los servicios de salud como por deficiencias reales al interior de los servicios.
2. Organice una lluvia de ideas y pida a los participantes que identifiquen factores familiares, culturales, médicos, sexuales y económicos, generalizables al contexto que viven las personas trans en su comunidad, y que resultan en un menor acceso a los servicios de salud y a la atención preventiva para estas personas.
3. Insista sobre la necesidad de que se contextualicen la promoción y oferta de los servicios de salud y haga énfasis en los siguientes aspectos:
 - Los problemas de salud que afectan a las personas trans son similares a los que afectan al resto de la población, pero algunas condiciones tienen mayor extensión dentro de estos grupos porque enfrentan situaciones que aumentan su vulnerabilidad o el riesgo de exposición a agentes patógenos.
 - Además de problemas de salud que afectan desproporcionadamente a grupos de personas trans, como VIH, sífilis, gonorrea, hepatitis o herpes genital por mencionar algunos ejemplos, existen demandas en materia de afirmación o construcción de género que requieren ser atendidas por el sector salud.

Paso 2	Fortaleciendo los conceptos
Actividad 30	Exposición comentada
Recursos educativos	<p>PPT® 8: Atención, prevención y apoyo integrales con poblaciones trans</p> <p>Material 12: Ocho algoritmos (cuatro copias de cada uno)</p>
Equipo	<p>Computadora</p> <p>Cañón</p> <p>Pantalla</p>

DESARROLLO

1. Indique al grupo que a continuación se van a enfocar en la atención, prevención y apoyo integrales con poblaciones trans.
2. Explique que las herramientas que se van a presentar son tomadas de un trabajo realizado por la OPS y consultado con amplios sectores de los países latinoamericanos. Dicho trabajo es: *Elementos para el desarrollo de la Atención Integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe*.
3. Presente, con la ayuda del PPT® 8, algunas herramientas disponibles para el manejo integral de algunas de las problemáticas que se han analizado en esta sesión.
4. Pida a los participantes que se reúnan en los cuatro subgrupos que antes trabajaron.
5. Presente los **ocho algoritmos** (material 12) con el texto bocabajo y solicite a representantes de cada grupo que elijan 2 al azar.
6. Pida al grupo que para cada uno de los algoritmos elabore UNA recomendación de cómo usar este material para el equipo como prestadores de servicios y UNA recomendación para los servicios de salud y que las escriban en una hoja de rotafolios.
7. Pida a cada subgrupo que presente sus conclusiones en plenaria (5 minutos por grupo).
8. Esté receptivo a los comentarios de los participantes y motíuelos a que expresen sus dudas, preguntas y comentarios.
9. Cierre la actividad, invitándolos a leer el documento completo de la OPS, antes mencionado.

Paso 3	Me queda claro que...
Actividad 31	La noticia
Equipo	Papelógrafo Plumones de colores

DESARROLLO

1. Invite a los participantes a sintetizar el tema antes visto y a identificar acciones que se comprometen a echar a andar en el corto plazo.
2. Organice cuatro subgrupos y pídales que elaboren un informe con formato de *noticia* acerca de las actividades para brindar una atención integral a la población trans.
3. Cada subgrupo puede establecer si su noticia es para la prensa escrita, la radio o la televisión.
4. Organice las presentaciones de las noticias y deje los comentarios para el final.
5. Haga un registro en el papelógrafo de los aspectos destacados por la mayoría de los participantes.

MATERIALES SESIÓN 9

Actividad	Material
29. Lluvia de ideas	
30. Exposición comentada	PPT® 8: Los profesionales de la salud y la atención de la salud sexual. Necesidades especiales de poblaciones clave Material 12: Ocho algoritmos (cuatro copias de cada uno)
31. La noticia	

PPT® 8 - Los profesionales de la salud y la atención de la salud sexual. Necesidades especiales de poblaciones clave

LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL. NECESIDADES ESPECIALES DE POBLACIONES CLAVE

CEPPI
Salud y
Atención Sexual

Condiciones de Salud Oral

Conocimiento sobre VIH/SIDA (El Salvador)

- 80% sabe dónde acudir para recibir atención en salud especializada en VIH
- 99% de los participantes contestaron correctamente la mayoría de preguntas sobre conocimientos de VIH/SIDA

Logo de la Organización de las Naciones Unidas para la Salud Mundial y el Ministerio de Salud de El Salvador

Lugar donde se realiza la prueba de VIH (El Salvador)

Pruebas y consejería de VIH

Diagnóstico y manejo de ITS

Problemas Reportados por Ser Trans (El Salvador)

- 40% de los participantes relata discusiones o desacuerdos con sus padres, hermanos, otros familiares, profesores o jefes, y compañeros de estudio o trabajo
- Aproximadamente 50% ha tenido problemas con la policía

Manejo Clínico del Estrés por pertenecer a minorías

Frecuencia de Eventos de Victimización en Términos Absolutos (El Salvador)

Manejo de la Violencia Física

Cuidado de la piel, maquillaje y accesorios

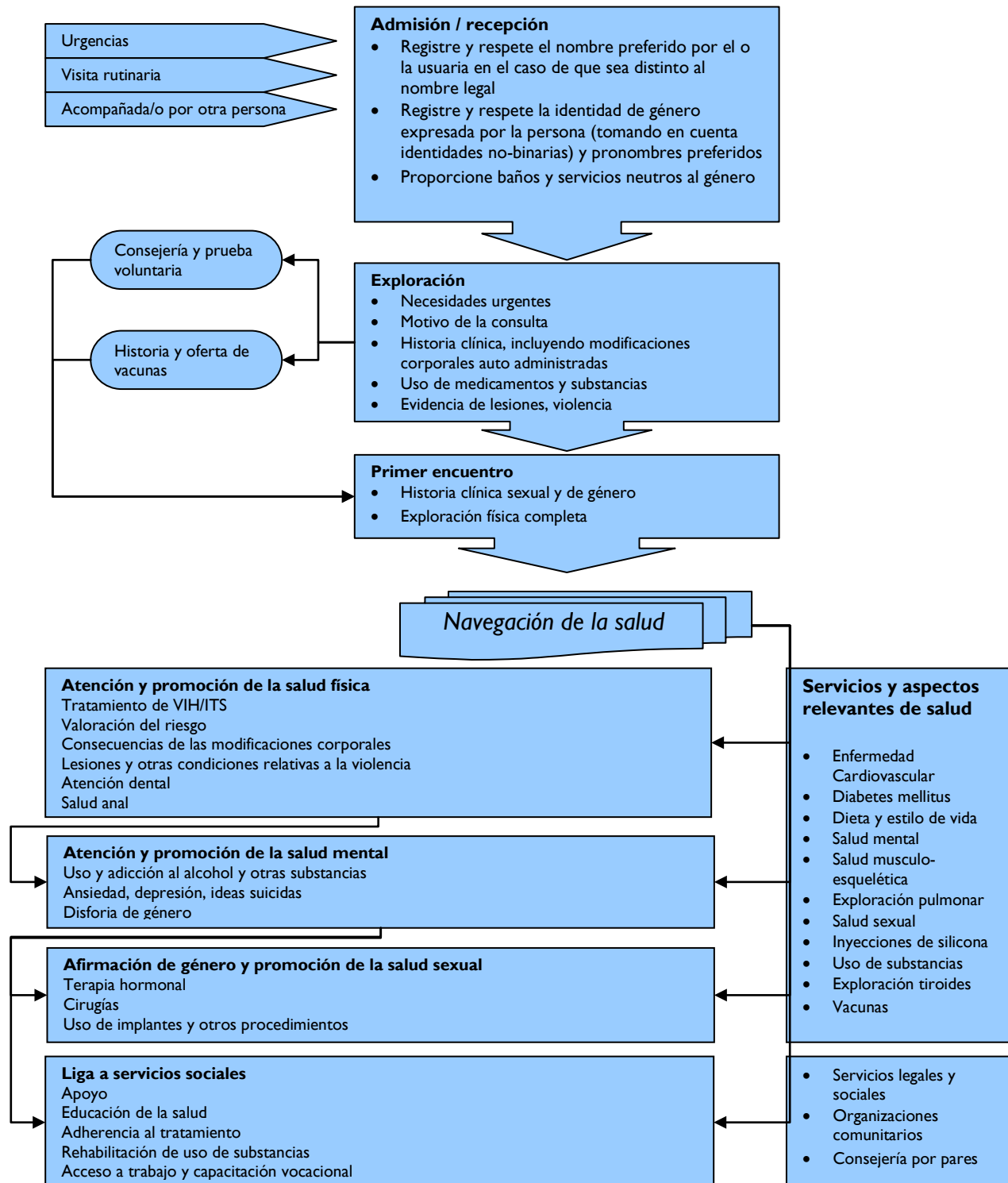
Utilización de hormonas (El Salvador)

- 61% de los participantes ha usado hormonas en algún momento de su vida
- Ninguno de los participantes utilizan hormonas actualmente
- 65% de los participantes que han usado hormonas fueron asesorados por una amiga para el proceso de utilización de hormonas. Solo 8% recibió orientación de un médico

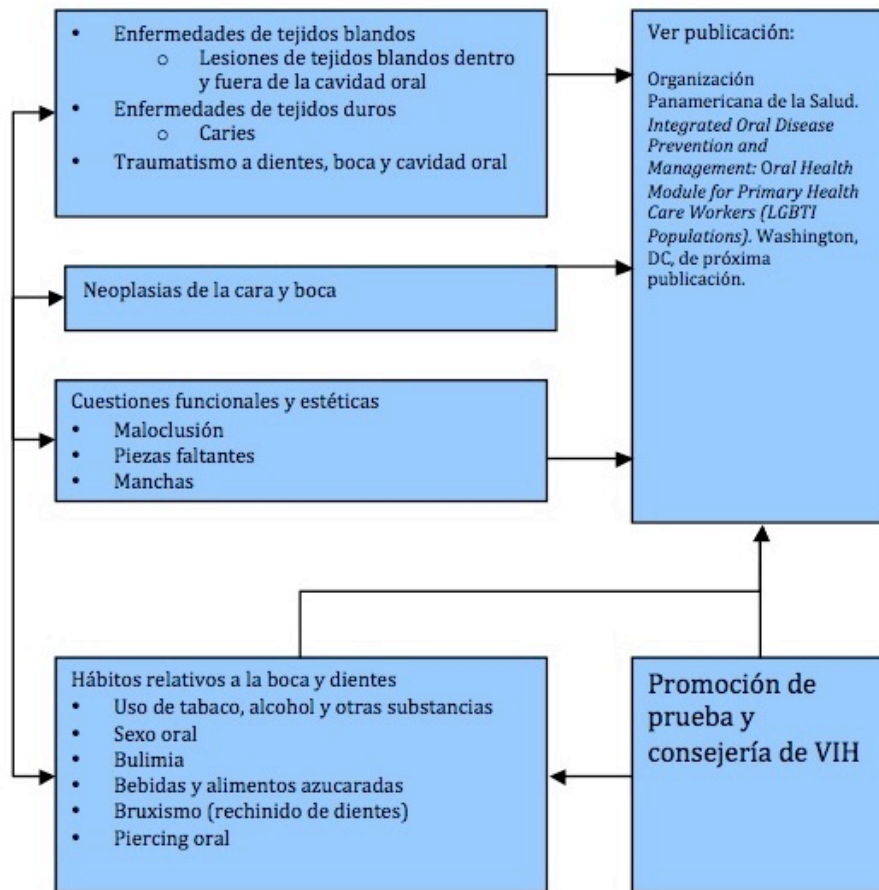
Administración de Hormonas

Material 12: Ocho algoritmos

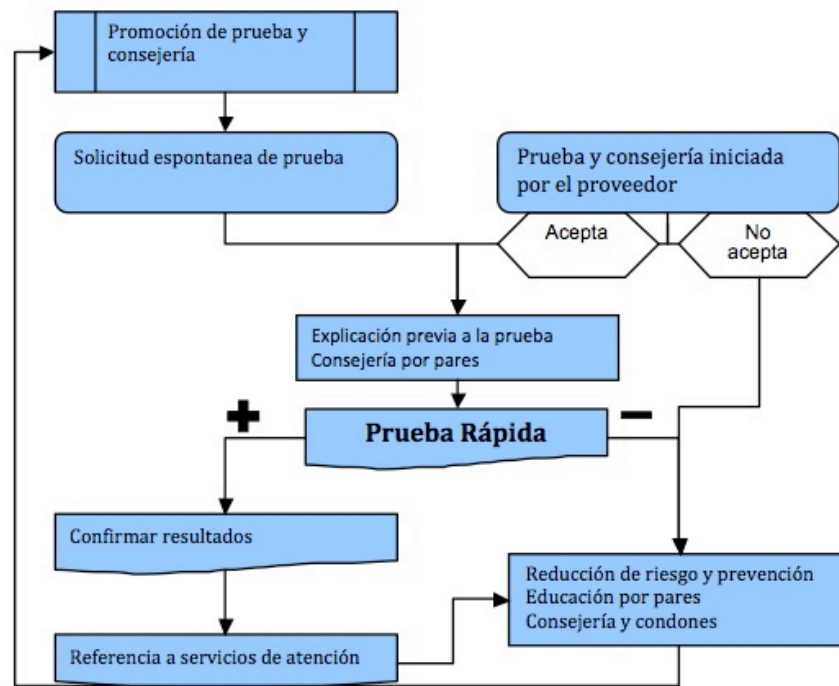
Recepción, primer encuentro y evaluación clínica inicial



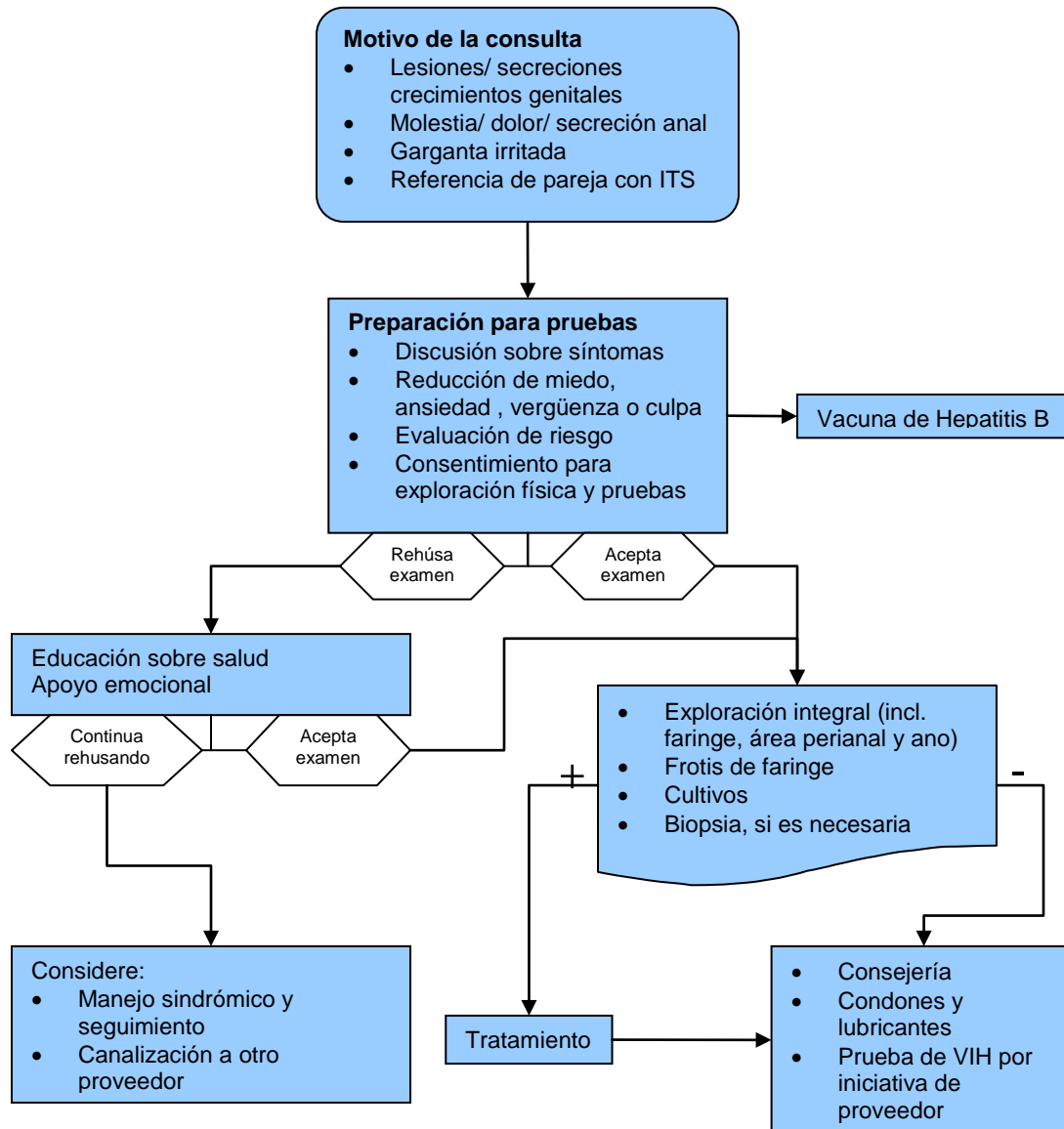
Cuestiones de Salud Oral



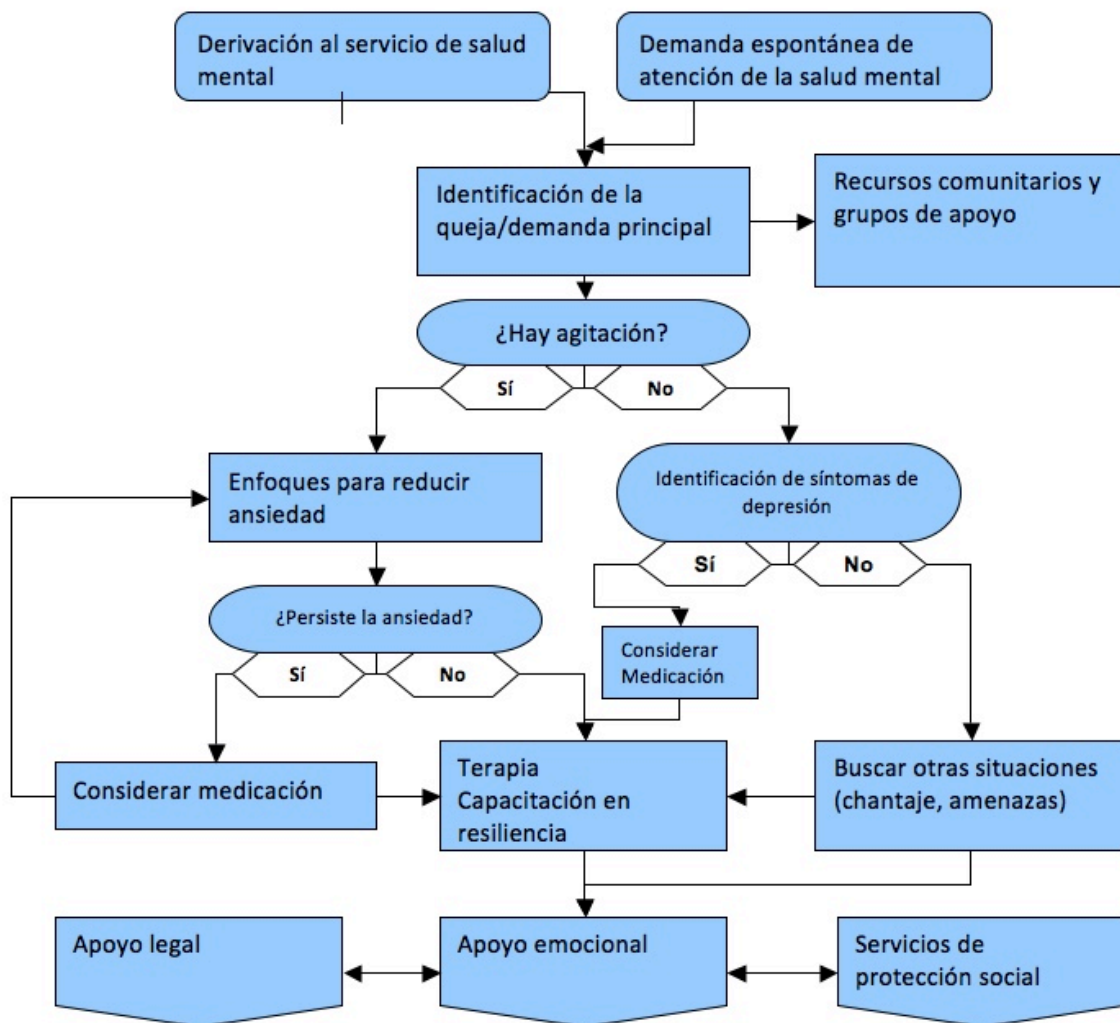
Prueba y consejería de VIH



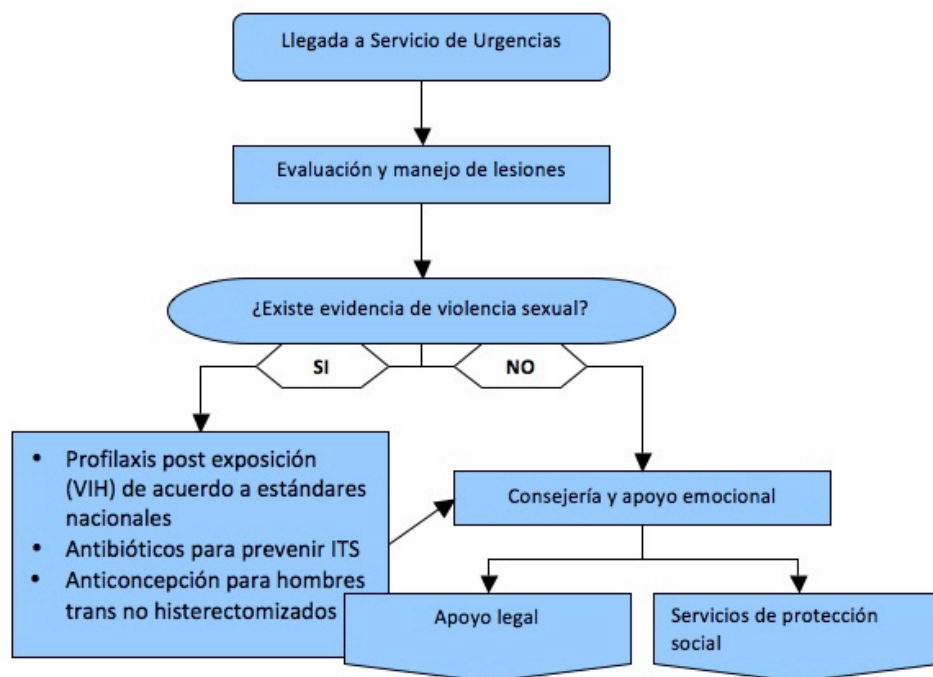
Diagnóstico y manejo de ITS



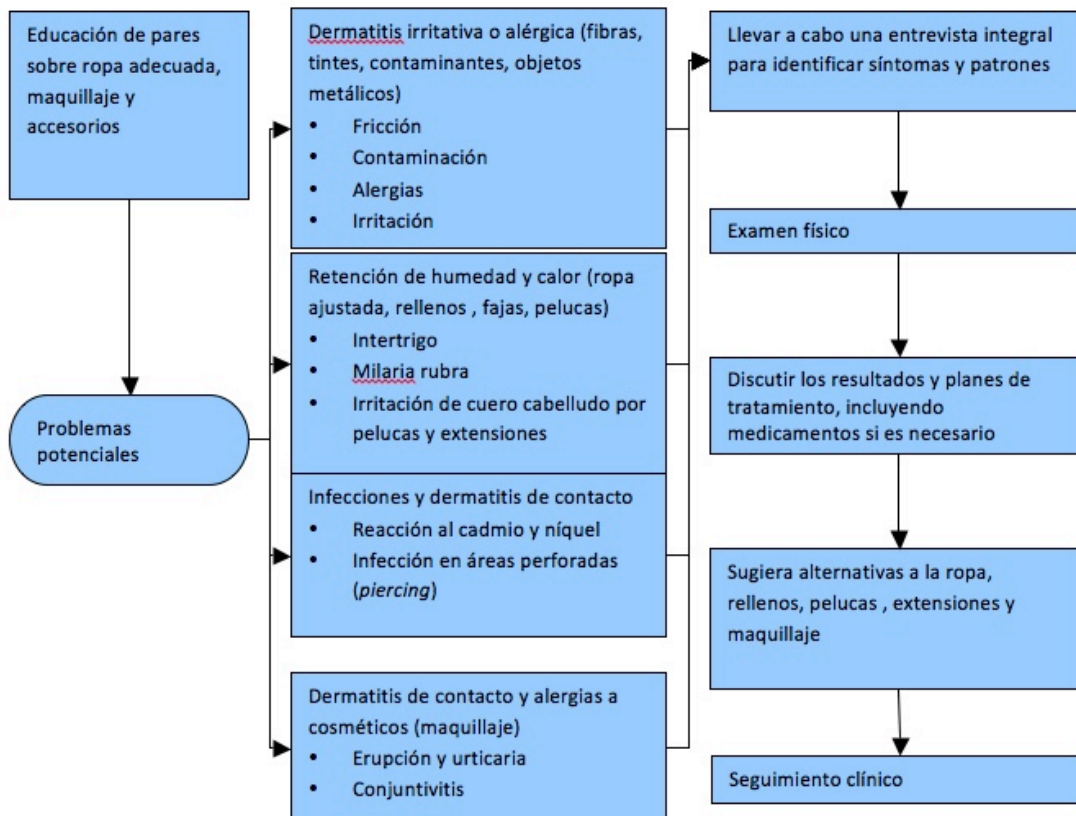
Manejo Clínico del Estrés por pertenecer a minorías



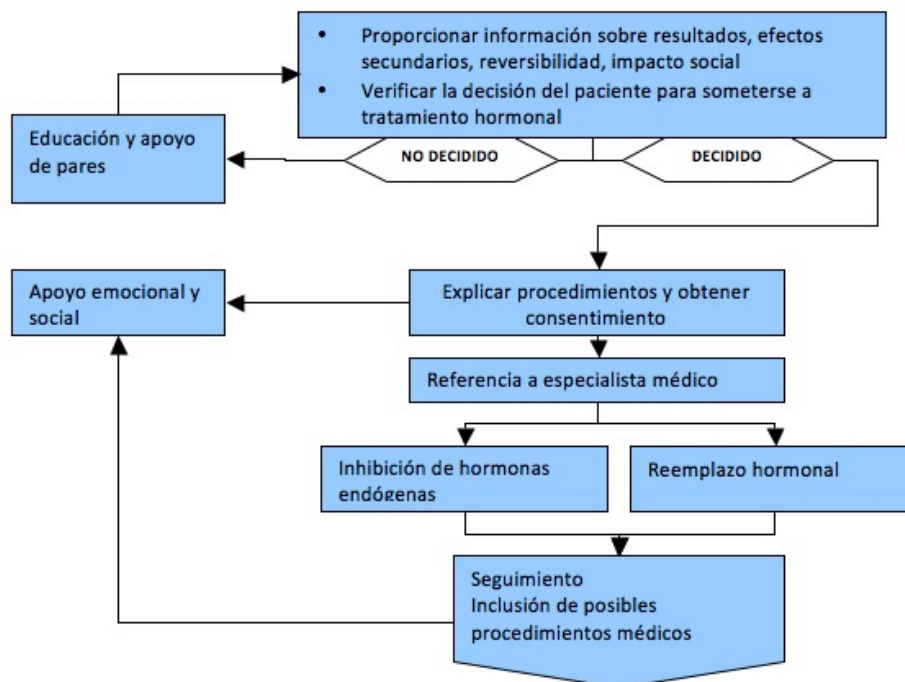
Manejo de la Violencia Física



Cuidado de la piel, atuendo y accesorios



Administración de Hormonas



RECURSOS

Coleman, E. y cols. (2011). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People*, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13:165–232, 2011. World Professional Association for Transgender Health. En:
<http://www.wpath.org/documents/IJT%20SOC,%20V7.pdf>

(La versión en español estará disponible próximamente).

Allison, R. (2012). *Ten Things Transgender Persons Should Discuss with Their Health Care Provider*. Gay and Lesbian Medical Association (GLMA). En:
<http://www.glma.org/index.cfm?fuseaction=Page.viewPage&pageID=692>

Ministerio de Salud (2008). *Salud, VIH-sida y sexualidad trans. Atención de la salud de personas travestis y transexuales. Estudio de seroprevalencia de VIH en personas trans*. Buenos Aires. pp. 29-41.

OPS (2012). *Elementos para el desarrollo de la Atención Integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe. Versión definitiva en impresión. Capítulo 7*.
https://www.dropbox.com/s/prg7qeluofkz9s/DEFINITIVO%20FINAL%20FINAL%20Por_la_salud_de_las_personas_trans-version_digital%281%29.pdf

Tallada, J (2013). *Diagnóstico de necesidades de salud y servicios disponibles para mujeres trans de El Salvador*. Disponible en: http://www.aidstarone.com/resources/reports/el-salvador_assessment_spanish

SESIÓN 10

En esta sesión, se busca poner en claro los alcances y las limitaciones de la actuación del personal de salud del primer nivel de atención. Se destaca la importancia de este nivel como puerta de entrada al sistema, se revisan las funciones educativas y preventivas que puede realizar, y su rol en el proceso de canalización hacia otros niveles más complejos del sistema de salud y hacia otros recursos de apoyo comunitario.

Sesión 10 Los profesionales y la salud sexual especializada		Tiempo: 1.5 horas
Objetivos <ol style="list-style-type: none"> 1. Destacar las acciones de los profesionales de atención primaria para responder a las necesidades de salud LGBTI. 2. Analizar los alcances y limitaciones de la atención primaria en el marco de una atención integral de personas LGBTI. 3. Revisar en qué situaciones es procedente referir y de qué manera debe hacerse. 4. Identificar acciones a seguir que permitan poner en práctica los aprendizajes logrados en este taller. 		
Pasos	Actividades	Minutos
Observando las circunstancias	32. Construcción colectiva - Hacia adentro y hacia afuera	30
Fortaleciendo los conceptos	33. Charla interactiva	30
Me queda claro que...	34. Mi tarea es	30

¿Qué necesita disponer con anterioridad?	PPT® 9: Revisión de roles Material 13: Ideas para organizar y llevar a cabo una charla de sensibilización sobre sexualidad y diversidad. (Copias para cada participante o bien, para cada institución)
---	---

Para saber más	Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a personas trans en el marco del sistema nacional de salud
-----------------------	--

Paso I	Observando las circunstancias
Actividad 32	Construcción colectiva - Hacia adentro y hacia afuera
Equipo	Hojas de papelógrafo Marcadores de colores Etiquetas adhesivas (<i>Post-it</i>) Cinta adhesiva (tirro)

DESARROLLO

1. Mencione que la atención integral de las necesidades de salud de las personas LGBTI necesitan compromisos y acciones en las que intervengan todos los sectores de la sociedad. En este contexto, el papel del primer nivel es clave pero requiere completarse con acciones dentro y fuera del sector salud.
2. Organice una lluvia de ideas para que los participantes, considerando las posibilidades del primer nivel de atención, expresen cuáles son sus límites y sus posibilidades para actuar.
3. Tenga preparado una hoja de papelógrafo lo más grande posible con un gráfico con dos círculos concéntricos.
4. Distribuya *Post-its* de dos colores diferentes y pida que en ellos escriban en forma legible en un color (que usted debe indicar) cuáles son las acciones que cada participante puede hacer hacia dentro de su unidad de salud y en otro color, las acciones que están en condiciones de hacer hacia afuera, es decir hacia su comunidad, las autoridades, etc.
5. Solicite que coloquen las actividades que pueden realizar en su unidad en el círculo interior y las que van a hacer “hacia afuera” en el círculo exterior.
6. Pida a un participante que elimine las repeticiones y que lea los aportes del grupo. Aclare cualquier duda.
7. Para cerrar, reitere que el primer nivel es una puerta de entrada al sistema de salud para personas trans y el papel estratégico de los proveedores de servicios para prestarles atención y conectarlas con otros servicios dentro y fuera del sector salud.

Paso 2	Fortaleciendo los conceptos
Actividad 33	Charla interactiva
Recursos educativos	PPT® 9: Revisión de roles

DESARROLLO

1. Haga una presentación corta, apoyada en el PPT® 9: **Revisión de roles** que permita al grupo considerar la función de los proveedores de atención del primer nivel de atención.
2. Destaque el significado y alcance de sus intervenciones.
3. Promueva la participación, el intercambio de comentarios y la utilización de ejemplos.

Paso 3	Me queda claro que...
Actividad 34	Mi tarea es...
Recursos educativos	Material 13: Guía para acciones de sensibilización

DESARROLLO

1. Explique al grupo la necesidad de que el taller, ya próximo a concluir, se pueda continuar con las acciones de todos los participantes en sus ámbitos de trabajo.
2. Mencione que las tareas por realizarse son muchas y de diversa índole, pero que siempre se empieza por generar un clima de sensibilización hacia las necesidades que están pendientes.
3. Explique al grupo que una manera de aplicar los elementos adquiridos en este taller es organizando sesiones de sensibilización en sus instituciones y comunidades. No obstante, para ello requieren del apoyo de autoridades y grupos clave, y deben ser convincentes.
4. Señale que como parte del proceso de capacitación se les invita a realizar por lo menos una charla de sensibilización a sus colegas o a grupos comunitarios.
5. Entregue una copia de la **guía para acciones de sensibilización** (material 13) a cada participante o a cada institución representada en el grupo para que la revisen. Indique que el tema y ejercicio que se presentan son sólo ejemplos, pero que pueden elegir otros temas y formas de abordarlos.

MATERIALES SESIÓN 10

Actividad	Material
32. Construcción colectiva - Hacia adentro y hacia afuera	
33. Charla interactiva	PPT® 9: Revisión de roles
34. Mi tarea es	Material 13: Guía para acciones de sensibilización

PPT® 9 – Revisión de roles

[illegible]

Material 13

Ideas para organizar y llevar a cabo una charla de sensibilización sobre sexualidad y diversidad

Uno de los propósitos principales del Taller “Ampliándonos hacia lo diverso” es ofrecer a los participantes la posibilidad de que organicen una charla con sus colaboradores de su centro de trabajo y, eventualmente, con miembros interesados de la comunidad.

Esta charla utiliza una metodología participativa que parte de las experiencias, las opiniones y las percepciones de los participantes, para después presentar información que pueda sensibilizar a los equipos de salud y miembros de la comunidad sobre el derecho a la salud integral de la población incluyendo a miembros de la diversidad sexual.

Para realizar esta charla es necesario considerar algunos pasos previos, tales como planear la actividad:

- Establecer una alianza con las autoridades institucionales para marcar los objetivos de la charla.
- Revisar, junto con las autoridades la conveniencia de atender las necesidades de salud integral de la población LGBT.
- Observar las necesidades y obstáculos que existen en la institución para la atención de personas LGBT.
- Organizar la logística del evento: lugar, horario, anuncios y otros.

Duración: Una charla de sensibilización requiere de al menos 60 minutos para realizarse, pero podría extenderse si el tiempo de los participantes y el facilitador lo permiten.

Número de participantes: Para que haya una buena comunicación y que los participantes puedan intervenir con facilidad, se recomienda que el número no sea superior a las 30 personas.

Secuencia de la charla

Paso 1: Presentación de la actividad. (Si hay tiempo, presentación de los participantes).

Paso 2: Ejercicio

- a. Coloque en los extremos de una pared dos carteles, uno con la palabra ACUERDO, otro con la palabra DESACUERDO.
- b. Informe que va a leer algunas afirmaciones y que los participantes deberán colocarse en el letrero que considere pertinente o quedarse en medio si están indecisos.

c. Lea cada una de las afirmaciones y cuando los participantes se hayan colocado cerca del letrero correspondiente, invite alternativamente a dos o tres personas (dependiendo del tiempo disponible) a que expongan la razón de su elección. Lo importante es que se escuchen mutuamente y no que entren en polémicas o discusiones sin salida. Pregunte si después de escuchar los argumentos hay personas que desearían cambiarse de lugar.

- Las personas LGBT están enfermas y deben acudir a los servicios de salud para que se curen.
- Por lo general, el personal de salud cree que las personas LGBT son peligrosas, y sus hábitos y conductas les infunde desconfianza.
- Por lo general, el personal de salud se siente incómodo con pacientes no heterosexuales y no sabe qué decirles, cómo preguntar, ni cómo abordar asuntos de índole sexual.
- En mi servicio todo el personal sabe cómo actuar con las personas LGBT.
- Lo que más necesitamos es respeto.

d. Concluya el ejercicio señalando que puede haber opiniones diversas al respeto, pero que la atención de la salud de la población en general y de los miembros de la diversidad deben estar basados en derechos. Esto es especialmente importante para la salud sexual que según la OMS es:

“la experiencia del proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural en relación con la sexualidad. La salud sexual se hace evidente en la libre y responsable expresión de las potencialidades sexuales que favorecen el bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es solo la ausencia de enfermedad o disfunción. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen”.

Paso 3: Haga la presentación sugerida tomando en cuenta los aspectos discutidos en el Taller en el que usted participó. Solicite comentarios, aclare dudas y responda preguntas.

Paso 4: Cierre la charla preguntando: ¿Cómo modifica esta presentación las ideas que usted tiene en referencia a la atención integral de los miembros de la diversidad sexual y particularmente la población trans en los servicios de salud? Haga un resumen de las conclusiones y agradezca la participación del grupo.

SESIÓN FINAL

Evaluación y clausura del taller

Tiempo:
1.5 horas

Objetivos:

1. Disponer de información acerca de la eficacia del taller.
2. Recabar elementos y sugerencias para mejorar capacitaciones futuras.
3. Agradecer formalmente a todos aquellos que se involucraron en la capacitación expresándoles sus mejores deseos y clausurado la actividad.

Actividad	Material
35. Evaluación general	Material 14: Evaluación general del taller
36. Pruebas post	Material 1: Escala de Riddle Material 2: Listas para aparear términos y definiciones. Material 3: Caso
37. Planeación a futuro	Material 15: Formato para seguimiento
38. Cierre	

¿Qué necesita disponer con anterioridad?

Copias para cada participante del material 14.
Copias de los materiales **1, 2 y 3**.

DESARROLLO

1. Solicite a los participantes, que de manera individual, respondan al cuestionario de **evaluación general del taller** (material 14), así como a los materiales 1, 2 y 3 que completaron en la sesión inicial: **Escala de Riddle, listas para aparear términos y definiciones, y el caso**.
2. Cerciórese que cada participante utilice la misma identificación que usó en las pruebas pre.
3. Mencione que sus respuestas ayudarán a poder incorporar cambios para mejorar futuros talleres.
4. Recoja los formularios.

5. Haga circular una copia del material 15: **Formato para seguimiento**, para que todos consignen sus datos e invite a los participantes a mantenerse en contacto después de la actividad para apoyarse mutuamente conforme aplican sus nuevos conocimientos y habilidades. Comprométase a enviar una copia con los correos de todos, a cada participante, en un plazo breve.
6. Dedique un tiempo para que el grupo exprese las conclusiones que hayan podido obtener del taller.
7. Proceda a la **clausura** del taller y agradezca a todos su participación.
8. En caso de que las autoridades así lo hayan acordado, proceda a entregar los certificados de asistencia.

MATERIAL 14: EVALUACIÓN GENERAL DEL TALLER

Instrucciones

Nos interesa conocer sus opiniones y comentarios sobre las sesiones de capacitación para poder mejorarlas. Por favor, responda a todas las secciones de esta evaluación utilizando el reverso de las hojas, de ser necesario, para agregar o extenderse en sus comentarios. Agradecemos su colaboración.

Evaluación general

1. Favor de encerrar en un círculo la opción que refleje mejor la evaluación general que le merece esta capacitación:

- ☐ Muy bien
- ☐ Bien
- ☐ Regular
- ☐ Deficiente
- ☐ Mala

2. Logro de los propósitos. Marque la casilla correspondiente para cada propósito.

PROPÓSITOS Que el personal de salud del primer nivel de atención:	Totalmente	En su mayoría	De alguna forma	Difícilmente	No se logró
1) Enfoque y atienda la salud sexual en toda su diversidad de una manera informada, libre de prejuicios y en un marco de respeto por los derechos humanos.					
2) Obtenga una visión amplia y científica acerca de algunos de los aspectos fundamentales de la salud sexual					
3) Adquiera herramientas para realizar mejores intervenciones en la salud sexual de sus consultantes.					
4) Conozca los problemas de salud que afectan a personas LGBTI y obtengan recursos para atenderlos de manera positiva y respetuosa.					
5) Otorgue los servicios tomando en consideración las necesidades de salud sexual de las poblaciones que viven una sexualidad diversa y que se constituyan en garantes de los derechos sexuales de estos grupos.					
6) Adquiera la capacidad para replicar algunos de los elementos del Manual actuando como facilitadores en talleres en su ámbito profesional.					

Otros aspectos de la capacitación

Para cada una de las siguientes preguntas encierre en un círculo la respuesta que mejor represente su opinión. Por favor, agregue cualquier comentario que pudiera tener.

1. ¿Qué tan bien cubrieron sus expectativas los contenidos del taller?

- ☐ Muy bien
- ☐ En su mayoría
- ☐ De alguna forma
- ☐ No muy bien
- ☐ Nada bien

Para las dos siguientes preguntas, favor consultar en su agenda el nombre de las sesiones del taller.

2. De todas las sesiones ¿cuáles le parecieron las dos MÁS útiles y por qué?

- a. _____

- b. _____

3. ¿Considerando todas las sesiones cuáles le parecieron las dos MENOS útiles y por qué?

- a. _____

- b. _____

4. ¿Qué tan bien contribuyeron los métodos de capacitación a lograr los objetivos del taller?

- ☐ Muy bien
- ☐ En su mayoría
- ☐ De alguna forma
- ☐ No muy bien
- ☐ Nada bien

5. Por favor marque el o los rubros que considere que pudieron haber mejorado el taller.

- ☐ Uso de ejemplos y aplicaciones más reales
- ☐ Más tiempo para familiarizarse con la teoría y los conceptos
- ☐ Más tiempo para poner en práctica destrezas y técnicas
- ☐ Integración grupal más efectiva
- ☐ Actividades de capacitación más efectivas
- ☐ Concentrarse en un tópico más limitado y específico
- ☐ Considerar un tema más ampliamente
- ☐ Otros

Comentarios:

MATERIAL 15

Nombre	Correo electrónico	Fecha en que efectuará la charla de sensibilización

VII. ANEXO: PARA SABER MÁS

SESIÓN I

INTERPRETACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA ESCALA DE RIDDLE

Las respuestas se colocan en una gama que va desde la repulsión hasta el cuidado físico y emocional.

Repulsión	Compasión	Tolerancia	Aceptación	Apoyo	Admiración	Aprecio	Cuidado físico y emocional
-----------	-----------	------------	------------	-------	------------	---------	----------------------------

De acuerdo con la escala desarrollada por la psicóloga Dorothy Riddle, estas son sus percepciones, opiniones y sentimientos en relación con las personas LGBTI.

		Respuestas
Repulsión	La homosexualidad y la transexualidad son vistas como “crímenes contra la naturaleza.” Las personas LGBT son enfermas, locas, inmorales, pecaminosas o malas. Todo se justifica para cambiarlas, incluyendo: la prisión, la hospitalización, las terapias de aversión, y la terapia de electroshock.	1-2
Lástima	Se considera que la heterosexualidad es la orientación más madura y la que se prefiere. Cualquier posibilidad de "volverse hetero" debe ser reforzada; y los que parecen haber nacido <i>así</i> merecen compasión	3-4
Tolerancia	La homosexualidad es simplemente una fase del desarrollo de los adolescentes por las que muchas personas pasan pero que la mayoría supera. Por lo tanto, las personas LGBT son menos maduros que los heterosexuales y deben ser tratadas con la indulgencia que se usa con los niños.	5-6
Aceptación	Implica que hay algo que aprobar. Se caracteriza por afirmaciones como "Tú no eres lesbiana, para mí eres una persona", o "Lo que hagas en la cama es asunto tuyo" o "Eso está bien conmigo, siempre y cuando no hagas alarde!"	7-8
Apoyo	Aboga para salvaguardar los derechos de lesbianas, gays, bisexuales y personas trans. Las personas en este nivel son conscientes del clima homofóbico y transfóbico y la injusticia.	9-10
Admiración	Reconoce que el ser LGBT en nuestra sociedad requiere fuerza. Las personas en este nivel están dispuestas a examinar realmente su homofobia, las actitudes, valores y comportamientos.	11-12
Aprecio	Valora la diversidad de la gente y ver a las personas LGBT como una parte válida de esa diversidad. Estas personas están dispuestas a luchar contra la homofobia en sí mismos y en los demás.	13-14
Cuidado físico y emocional	Asume que las personas LGB son indispensables en nuestra sociedad. Ellos los ven con afecto y alegría genuinos y están dispuestos a ser aliados y defensores.	15-16

SESIÓN 2

PANORÁMICA DE LA SEXUALIDAD⁷

La sexualidad: una definición

Consideramos a la sexualidad como una vivencia subjetiva y una manifestación social, dentro de un contexto sociocultural concreto, del cuerpo sexuado. Es parte integral de la vida humana y eje de su desarrollo. Se articula a través del potencial reproductivo de los seres humanos, de las relaciones afectivas y la capacidad erótica, enmarcada siempre dentro de las relaciones de género.

Los diversos componentes de la sexualidad se integran para conformar un complejo sistema de significados. Una definición de la sexualidad, que resulta muy eficiente para capturar su complejidad, se produjo como resultado de una la consulta de la Organización Mundial de la Salud al enunciar que:

*La sexualidad en un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad 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.*⁸

El contexto social

Del concepto arriba mencionado se desprende que la sexualidad está influenciada por factores contruidos socialmente, tales como nuestros conocimientos, actitudes, significados y prácticas. Es bien conocido el papel que las fuerzas sociales y los desequilibrios de poder juegan como determinantes de la salud sexual de las comunidades y las sociedades. Asimismo, existen otros factores de igual importancia que influyen sobre ella, tales como la pobreza, la migración y la globalización. Por otra parte, no es posible entender la sexualidad sin el conocimiento de cómo es modelada por instituciones como la familia, las iglesias, los sistemas educativos y de salud, entre otros.

Weeks⁹, prominente historiador de la sexualidad, señala que la clase social es uno de los principales ejes organizadores de la sexualidad. Este factor resulta de extrema importancia para los países latinoamericanos que presentan altas tasas de población en extrema pobreza.

⁷ Adaptado de: Corona E. y Ortiz G. (2004). Hablemos de Salud Sexual. México.

⁸ Definición de trabajo del Grupo de Consulta Internacional de la Organización Mundial de la Salud.

En: http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html#4

⁹Weeks, J. Sexuality. Tavistock Publications, London and New York,. 1986.

La pobreza se liga a la sexualidad de modos diferentes; por ejemplo, hay muchas personas que se relacionan en situaciones que implican prácticas sexuales de explotación sólo para intentar resolver sus situaciones económicas. Este es el caso de muchas de las trabajadoras sexuales comerciales que existen en nuestros países.

Otro ejemplo se presenta en los denominados niños de la calle, que pueden estar especialmente predispuestos a conductas sexuales de riesgo. Un estudio realizado por organismos no gubernamentales en la región¹⁰ muestra que la transmisión de VIH/SIDA en este grupo ocurre principalmente a través del contacto sexual y no por intercambio de jeringas contaminadas. La mayor parte de estos niños y jóvenes han sido sexualmente activos desde tempranas edades, han sufrido abuso sexual o se han relacionado sexualmente con adultos o entre ellos como un mecanismo de supervivencia económica.

El papel de las familias es enfatizado por el Programa de Acción de la CIPD,¹¹ que reitera en su párrafo 5.1 que la familia es la unidad básica de la sociedad. Las familias, cualquiera que sea su composición y estructura, son el ámbito más amplio en donde nuestras relaciones son más extensas en el tiempo, más intensivas y profundas emocionalmente. La familia es el lugar donde el género inicia su construcción, las identidades se forman y los patrones de comportamiento son observados y replicados. También es la esfera en la que se transmiten las normas sociales y donde se inicia el control social de la sexualidad.

Las familias están experimentando grandes cambios en todo el mundo, y Latinoamérica no es la excepción. Las transformaciones demográficas y socioeconómicas, la urbanización y la migración han generado considerables cambios en la composición y estructura familiares. Las familias nucleares están reemplazando en número a las familias multigeneracionales y extensas. También están aumentando la cantidad de los hogares encabezados por mujeres.

La familia también puede ser el caldo de cultivo de la violencia. Los resultados de 50 encuestas en población abierta en diferentes partes del mundo, muestran que desde un 10% y hasta un 60% de las mujeres entrevistadas informaron haber sufrido agresión física por parte de sus compañeros íntimos. Estas agresiones físicas incluían todo tipo de abuso sexual y también violación. La violencia sexual dentro del matrimonio puede tener una gran gama de consecuencias que van desde la baja autoestima y depresión hasta consecuencias fatales como la mortalidad materna, el homicidio y el suicidio.¹²

Las instituciones religiosas también juegan un papel fundamental en definir cómo se vive la sexualidad en una sociedad específica. Las grandes religiones, como sistemas que contribuyen a normar la sexualidad, influyen en mayor o menor grado, en sus enseñanzas, creencias y reglamentaciones sobre la conducta sexual de los individuos.

Esto ocurre aún en sociedades secularizadas a través de las estructuras culturales.

¹⁰ Birch, A.L., Report on the work of Casa Alianza's Luna project. Prepared for The United Nations Committee on the Rights of the Children, September 1998.

¹¹ ICPD Program of Action

¹² Heise, Lori, Ellsberg, Mary y Goetemoller, Megan, Ending Violence Against Women. Population Reports. Series L, no. 11, Population Information Program. The Johns Hopkins University. School of Public Health, 1999.

En el caso de América Latina, desde la época de la conquista, la Iglesia Católica ha actuado como una de las más importantes fuerzas en el modelaje de la sexualidad como forma de control social.

Aún hoy en día, las creencias de esta Iglesia en referencia a algunos temas como la diversidad sexual, el autoerotismo, la anticoncepción, la utilización del condón han intervenido en la definición de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva en algunos países latinoamericanos.

Sin embargo, a pesar de la gran influencia religiosa en muchas sociedades y del hecho que hay muchas personas que sostienen creencias religiosas profundas, en muchas ocasiones se desarrollan resistencias y prácticas alternativas. Un claro ejemplo, es el extendido uso de la anticoncepción en la mayor parte de los países latinoamericanos que, en los censos, se proclaman como católicos practicantes. De hecho, como lo menciona Amunchástegui¹³, la moral y las prácticas parecen pertenecer a dos universos diferentes que pueden “coexistir pacíficamente”.

Otras instituciones, tales como los sistemas de salud los educativos también juegan un papel importante en la conformación de la sexualidad.

Distinguiremos cuatro potencialidades básicas de la sexualidad:

La reproductividad

Nuestra sexualidad está íntimamente asociada con nuestra naturaleza reproductiva. El primer componente de nuestra sexualidad es la reproductividad. Preferimos pensar en reproductividad y no en reproducción, pues lo que existe en los seres humanos es la potencialidad. Si bien ésta no siempre se concreta en la forma de tener hijos o hijas, ya sea por enfermedad, por decisión personal o porque no es congruente con el estilo de vida que se desarrolla, pero la potencialidad la tenemos todos. La reproductividad no se limita al hecho biológico de poder embarazarse o ser embarazada; de hecho, es una dimensión humana mucho más compleja y sofisticada.

La reproductividad no se limita a los eventos biológicos de la concepción, el embarazo y el parto, ya que también tiene manifestaciones psicológicas y sociales de gran importancia.

El género

A partir de las diferencias corporales que nos hacen ser hombres o mujeres, las vivencias personales y la interacción con los demás van conformando un determinado autoconcepto y una concepción del mundo usualmente diferenciados en función del sexo al que se pertenece. Esta serie de ideas dan origen al género, la segunda de las potencialidades que vamos a considerar. Convencionalmente se denomina sexo a las características biológicas que constituyen las diferencias entre lo masculino y lo femenino, y género a las diferencias y categorías que resultan de las edificaciones mentales que a su vez son producto, sobre todo, de los procesos de construcción social.

La construcción social asigna responsabilidades y papeles específicos a hombres y mujeres en una sociedad dada. Estos papeles son influenciados por percepciones y expectativas emanadas

¹³ Amunchástegui, A. *Virginidad e iniciación sexual en México. Experiencias y significados*. The Population Council, México / Edamex, 2000.

de factores culturales, políticos, ambientales, económicos, sociales y religiosos, así como la costumbre, la ley, la clase, la etnicidad y los prejuicios individuales y/o institucionales. El género es aprendido y cambia a través del tiempo.

Los humanos somos una especie sexuada, cualidad de la que se deriva algo mucho más complejo que una ventaja evolutiva. Desde los primeros meses de vida, según los destacados sexólogos Money y Eckhardt, se adquiere una dimensión psicológica muy compleja llamada identidad de género o genérica. La identidad de género es un marco referencial de ideas y conceptos que todos tenemos respecto a lo que somos (en tanto hombres o mujeres), a lo que son los demás y a lo que debemos (o deberíamos) ser en función de nuestro sexo: masculino o femenino. Estos conceptos son producto de las ideas compartidas que las sociedades han desarrollado históricamente.

La intensidad de los sentimientos ante nuestra sexualidad casi siempre está asociada a otro de sus componentes. Mencionemos palabras aisladas como: pasión, deseo, amor, amante, entrega, posesión, compromiso, ruptura, impotencia, frigidez, fidelidad, infidelidad, satisfacción, placer, dolor. Todas son palabras sexuales o mejor dicho, palabras con connotación sexual, que nos hablan de los otros dos componentes de nuestra sexualidad: el erotismo y el afecto.

El erotismo

Por erotismo entendemos la dimensión humana que resulta de la potencialidad de experimentar placer sexual. Es decir: ***es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, y, que por lo general, se identifican con placer sexual.***

Todos los seres humanos nacemos con esa potencialidad sin embargo, no todos, la desarrollan, la viven y la gozan.

Si bien existe la potencialidad, estamos expuestos a experiencias en nuestro crecimiento que regulan su aparición, su desarrollo, su expresión y también su disfunción; es decir, la aparición del erotismo en una forma indeseada por nosotros o por el grupo social al que pertenecemos.

El placer sexual es una experiencia única en la vida. Si bien es cierto que la mayoría asocia la experiencia placentera erótica con el deseo por otra persona, esto no siempre es así, especialmente durante las etapas de nuestra vida en las que descubrimos el erotismo. Para experimentarlo necesitamos que nuestro cuerpo esté sano; es decir, que no existan interferencias de tipo biológico con los mecanismos fisiológicos del erotismo.

El placer erótico empieza a ser una realidad en el momento en el que nuestro cuerpo experimenta cambios de tipo neurobioquímico, vascular, sanguíneo y muscular que son a su vez resultado de que aceptemos las experiencias que nos resultan estimulantes. Todas las culturas le otorgan a la vida erótica un lugar importante. Siempre que un grupo humano se organiza, entre las primeras cosas que se regulan, norman, prescriben y/o prohíben están las experiencias eróticas.

Como anotamos arriba, dada la importancia que los grupos humanos le conceden a la experiencia erótica, ésta adquiere muchísimos matices y puede expresarse en gran cantidad de formas. Resulta interesante preguntarse cuál es su finalidad; y la respuesta más satisfactoria proviene de los estudiosos de la biología y la evolución de las especies, quienes afirman que es

una manera muy sofisticada y desarrollada de incrementar las posibilidades de éxito evolucionario.

El vínculo afectivo

Nos queda por considerar el cuarto componente básico de nuestra sexualidad: el afecto. El primer vínculo con alguna otra persona que tenemos los seres humanos es físico, se llama cordón umbilical, lo tenemos todos durante más o menos ocho meses de vida intrauterina y nos une a la mujer que nos lleva en su vientre. Este vínculo (que por cierto implica un sentido más complejo que sólo un cordón), se rompe de manera brusca al nacer el nuevo ser humano. Éste nace en tales condiciones que necesita el cuidado de otros seres humanos durante mucho tiempo o se muere. Entre las dos personas involucradas, usualmente la madre y el bebé, aparece muy rápido otro vínculo; es decir, otra unión, ya no sólo física, compuesta de tejidos y células, sino que está integrada por respuestas afectivas evocadas por la presencia de ese otro ser humano. Lo que cada uno de los dos involucrados siente respecto a la presencia o a la ausencia de ese otro ser humano —no de cualquier ser humano, sino de ese en especial— es el hilo con el que se teje el vínculo afectivo.

El afecto y los vínculos, incluyendo el conjunto de sentimientos denominados amor ciertamente y de alguna manera interactúan con las otras potencialidades para construir la sexualidad.

TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES¹⁴

La adopción del marco de la terminología presentada a continuación fue guiada por los objetivos pragmáticos de formular recomendaciones de políticas y de prevenir malos entendidos que puedan crear obstáculos para una implementación exitosa de las mismas. De ninguna manera tiene por objeto negar la autenticidad de las experiencias e identidades que pueden extenderse más allá de las limitaciones de los términos y conceptos utilizados. En el caso de que estos términos y conceptos no alcancen a reflejar adecuadamente las experiencias y las identidades de las personas cuyas necesidades y demandas el documento trata de abordar, los términos y conceptos deben interpretarse de manera flexible.

Para los efectos de este documento, y según lo acordado por las y los participantes en las consultas celebradas en Washington, D.C., San Salvador, Ciudad de México y Santiago de Chile, la palabra “trans” se usará como un término general para referirse a **personas cuya identidad y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer**. Como tal, el término “trans” puede ser contrastado con el término “cis” o “cisgénero”, que a veces se utiliza de manera complementaria para referirse a personas cuya identidad y/o expresión de género se corresponde con su sexo asignado al nacer.

Es necesario aclarar que muchos de los conceptos relativos al género que utilizamos en las culturas occidentales se basan en una concepción binaria del sexo, que considera que existen básicamente dos polos opuestos: hombre-mujer, masculino-femenino, hembra-macho. La literatura reciente explora el género y, de hecho, también el sexo, como continuos conceptuales. Al respecto, Weeks (2011) concluye que “los recientes pensamientos teóricos tanto sobre el género como la sexualidad han demostrado que el gran edificio del género no puede considerarse ya plausiblemente como una emanación de la Naturaleza, sino que es construido en la necesidades y deseos siempre cambiantes y las prácticas sociales de millones de personas”.

Los conceptos que se presentan a continuación provienen de instrumentos de consensos internacionalmente aceptados.

¹⁴ Tomado de OPS. (2012) Elementos para el desarrollo de la Atención Integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe.
[https://www.dropbox.com/s/prg7qelu0fkz9s/DEFINITIVO%20FINAL%20FINAL%20Por la salud de las personas trans-version digital%281%29.pdf](https://www.dropbox.com/s/prg7qelu0fkz9s/DEFINITIVO%20FINAL%20FINAL%20Por%20la%20salud%20de%20las%20personas%20trans-version%20digital%281%29.pdf)

Sexo

Características biológicas (genéticas, endócrinas y anatómicas) empleadas para agrupar a los seres humanos como miembros ya sea de una población masculina o femenina. Si bien estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes, [ya que existen gradientes en la forma en que se manifiestan] en la práctica son utilizados para establecer una diferenciación de los humanos dentro de un sistema binario polarizado

Por lo general, se hace una distinción entre características sexuales primarias, es decir, los órganos reproductores de un individuo, y las características sexuales secundarias, es decir, otros rasgos físicos no genitales que diferencian a los machos de las hembras.

Sexualidad

“La sexualidad es un aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa por medio de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, funciones y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se vivencian o expresan siempre. La sexualidad recibe la influencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, así como religiosos y espirituales.” (*World Health Organization, 2002*)

Sexo asignado al nacimiento (o sexo natal)

“Por lo general, el sexo se asigna al nacer como hombre o mujer, basado en la apariencia de los genitales externos. Cuando los genitales externos son ambiguos, otros componentes del sexo (genitales internos, sexo cromosómico y hormonal) se consideran con el fin de asignar el sexo.” (*Grumbach, Hughes, y Conte, 2003; McLaughlin y Donahoe, 2004; Money y Ehrhardt, 1972; Vilain, 2000*). Para la mayor parte de las personas, la identidad y expresión de género son consistentes con su sexo asignado al nacer; para los individuos transexuales, transgénero, y con no conformidad de género, la identidad o la expresión de género es diferente del sexo asignado al nacer.” (*Coleman et al., 2011, p. 97*)

Estados o Condiciones de Intersexo

En ciertos contextos se les denomina también “Trastornos del desarrollo sexual” (TDS). Condiciones congénitas en las que el desarrollo del sexo cromosómico, gonadal o anatómico es atípico. Algunas personas objetan intensamente la etiqueta “trastorno” y consideran estas condiciones como una cuestión de diversidad (*Diamond, 2009*), prefiriendo denominarlas con los términos intersexo o intersexualidad.” (*Coleman et al., 2011, p. 95*)

Identidades de género(s)

La percepción de una persona de ser hombre, mujer, o alguna alternativa de género o

combinación de géneros. La identidad de género de una persona puede o no corresponder con su sexo asignado al nacer.

Expresiones de género(s)

Maneras en que una persona comunica su identidad de género a través de su apariencia física (incluidos el atuendo, los estilos de cabello y el uso de cosméticos), los gestos, modos de hablar y patrones de comportamiento en la interacción con los demás.

Papel (también llamado rol) de género

Conjunto de normas sociales y de comportamiento, y las expectativas relacionadas con las diferentes categorías de identidades sexuales y de género en una determinada cultura y periodo histórico. El comportamiento de una persona puede ser diferente del rol de género tradicionalmente asociado con su sexo asignado al nacimiento o su identidad de género, así como trascender por completo del sistema de roles de género culturalmente establecido.

Identidad sexual

La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales. (PAHO; WAS, 2002)

Comprende las características físicas, la identidad de género, la expresión de género y la orientación sexual. La identidad sexual abarca una constelación de posibilidades, por ejemplo mujer trans homosexual; hombre cis (es decir, no-trans) heterosexual, hombre trans heterosexual, etc.

Orientación Sexual

La capacidad de una persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual, y de establecer relaciones íntimas y sexuales con individuos de un género diferente al propio (heterosexual), del mismo género (homosexual), con más de un género (bisexual) (*The Global Fund, 2009, p. 29*) o con independencia del género (pansexual). La orientación sexual representa una característica personal que es independiente de la identidad y de la expresión de género. Por lo tanto, la identidad o expresión de género de una persona no permite hacer inferencias con respecto a la orientación sexual de la misma.

No conformidad de género

Medida en que la expresión de una persona de género difiere de las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con ella o su sexo asignado al nacer o su identidad de género.

Transición

“Período durante el cual los individuos cambian del papel de género asociado con el sexo asignado al nacer a un papel de género diferente. Para muchas personas, esto implica vivir socialmente en ‘otro’ papel de género, para otras esto significa la búsqueda del papel y de la expresión de género que les resulte más cómoda. La transición puede o no puede incluir feminización o masculinización del cuerpo (y modificación de caracteres sexuales) a través de hormonas y otros procedimientos médicos. La naturaleza y duración de la transición es variable e individualizada.”
(Coleman et al., 2011, p. 97)

Como se señaló anteriormente, el término “trans” cubre una variedad de concepciones de la identidad y formas de expresión de género. La siguiente lista, no exhaustiva, refleja esta diversidad, explicando los términos más comunes utilizados para describir las identidades trans. Existen diferencias significativas, a través de contextos culturales y regionales, así como a nivel individual, con respecto a la aceptación de estos términos, así como su definición exacta. Esto significa que hay alternativas a cada una de las definiciones que figuran a continuación y que, de acuerdo con algunas de ellas, pueden no ser mutuamente excluyentes.

Es importante tener en cuenta que el sexo físico, la identidad de género, la expresión de género y la orientación sexual de una persona representan cuatro características individuales diferentes. Son conceptualmente independientes una de otra y pueden ocurrir en una amplia gama de posibles combinaciones. Existe una creencia cultural generalizada referente a la necesaria coincidencia del sexo masculino, la identidad de género masculina, la expresión de género masculino, y la atracción sexual hacia a las mujeres por un lado, y el sexo femenino, la identidad de género femenina, la expresión de género femenino, y la atracción sexual hacia los hombres por otro lado. Sin embargo, en contraste con esta suposición, la posición de una persona en una de las características mencionadas puede estar acompañada por cualquier posición en las otras características. Por ejemplo, independientemente de su sexo asignado al nacer, una persona puede identificarse como mujer, mientras que adopta formas masculinas de la expresión de género, o como un hombre, en tanto que la persona puede adoptar formas femeninas de expresión de género. Además, la no conformidad de género, ya sea a nivel de identidad de género o de expresión de género, no está intrínsecamente ligada a una orientación sexual específica. Cualquiera que sea su expresión y su identidad de género, y si corresponden o no con las normas y expectativas sociales asociadas a su sexo asignado al nacer, una persona puede sentirse atraída por individuos de un género diferente, del mismo género, o más de un género o independientemente del género.

Al mismo tiempo, los modelos predominantes de auto-concepto y la inclusión social en todas las culturas tienden a reflejar las diferentes formas de acomodar la identidad de género, la expresión de género y la orientación sexual de una persona. De hecho, en Latinoamérica y el Caribe (LAC), la identidad de género y la orientación sexual parecen, en cierta medida, culturalmente más entrelazadas que, por ejemplo, en América del Norte y Europa. Así, la investigación cualitativa en Brasil (*Kulick, 1998*) y México (*Prieur, 1998*) revela que el sexo con los hombres era un tema importante en la vida y el discurso de las personas travestis. El comportamiento sexual, en lugar de la anatomía genital, es lo que le daría significado al género: para que un hombre sea considerado como capaz de afirmar la feminidad de la travesti, el comportamiento sexual de este hombre tendría que limitarse a asumir el papel de penetración en el coito anal. Esto es lo que las travestis suelen requerir de sus parejas hombres principales y compañeros casuales que no pagan, en contraste con los clientes (es decir, los compañeros que ofrecen dinero u otros bienes a cambio de sexo) con los que son más versátiles (de acuerdo con *Kulick, 1998*, el 27% del tiempo). Las parejas masculinas primarias pueden ser conocidas como cacheros (*Schifter, 1999*), maridos (o bofes, homens, machos, *Kulick, 1998*), mayates [escarabajos] (*Prieur, 1998*) o chacales. Los compañeros casuales que no pagan pueden denominarse como vicios (caprichos) (*Kulick, 1998*) o “cachuchazos” (un servicio gratuito por el puro gusto o placer). Las parejas comerciales pueden denominarse mariconas (aquellos que disfrutaban de ser penetrados analmente, *Kulick, 1998*). La estrecha relación entre la identidad de género y la conducta sexual (denominada en español como “activo” / “pasivo”) puede ser

contrastado con modelos alternativos de relaciones entre los hombres gay que son más similares en la identidad y expresión de género.

El término “trans” y sus conceptos asociados señalados anteriormente deben ser diferenciados del concepto de *intersexualidad*, que se refiere a las variaciones en las características sexuales físicas que se producen independientemente de la identidad de género de una persona. Más concretamente, el término “intersexual” se utiliza para referirse a personas cuyas características sexuales congénitas son ambiguas de acuerdo a las características sobre las cuales se suelen asignar comúnmente el sexo masculino o femenino. En la literatura médica, el término “trastornos del desarrollo sexual” (TDS) se utiliza para referirse a las diferentes formas (cromosómica, gonadal o anatómica) que tal condición puede tomar. Oponiéndose a la connotación normativa del término “trastorno”, los críticos subrayan la condición de la intersexualidad como variantes naturales y abogan por conceptos más descriptivos como “diferencia”, “divergencia” o “variación del desarrollo sexual”.

Si bien las diferencias en el desarrollo sexual no equivalen a que una persona sea trans, las personas con diferencias en el desarrollo sexual (intersexo o DDS), al igual que las personas trans, pueden experimentar altos niveles de angustia en relación con sus características físicas. Este malestar, sin embargo, puede diferir significativamente de la angustia que sufren las personas trans en su presentación fenomenológica, epidemiología, trayectorias de vida, y etiología (Meyer-Bahlburg, 2009). En algunos casos, la angustia se asocia directamente con las características sexuales al nacimiento de la persona. En otros casos, las personas experimentan angustia y sufrimiento como resultado de las cirugías de asignación de sexo, a menudo realizadas sin el consentimiento de la persona poco después del nacimiento, creando una apariencia física con la que la persona no se identifica. La situación específica de las personas con diferencias en el desarrollo sexual se refleja en la categoría de “disforia de género” del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) que establece una subcategoría específica para la disforia de género en las personas con DDS.

Aquellos profesionales de la salud que atienden a personas que presentan tanto DDS como disforia de género tienen que ser conscientes de que el contexto médico en el que estas personas han crecido suele ser muy diferente a la de las personas sin DDS. Los historiales médicos relacionados con el género de las personas con DDS son, a menudo, complejos. Sus historias pueden incluir una gran variedad de elementos atípicos innatos de orden genético, endocrino y somático, y también pueden haber sido sujetos de diversos tratamientos médicos hormonales, quirúrgicos y de otra índole. Por esta razón, muchas cuestiones adicionales deben ser consideradas en la atención psicosocial y médica de estas personas, independientemente de la presencia de disforia de género. La discusión de estos temas excede los límites de este documento. El lector interesado puede consultar publicaciones existentes (por ejemplo, Cohen-Kettenis y Pfafflin, 2003; Meyer-Bahlburg, 2002, 2008). A algunas personas y sus familiares les resulta útil para consultar o trabajar con grupos comunitarios de apoyo. La literatura médica

sobre en el manejo médico de las personas con DDS es muy amplia. Gran parte de esta literatura ha sido elaborada por especialistas de alto nivel en endocrinología y urología pediátricas, con la colaboración de profesionales especializados en salud mental, especialmente en el área de género. Recientes reuniones y consultas de consenso internacionales han discutido lineamientos y guías de atención basados en la evidencia (incluidas las cuestiones de género y de cirugía genital) de los DDS en general (*Hughes et al., 2006*) y específicamente para la Hiperplasia Suprarrenal Congénita (*Grupos de trabajo conjuntos LWPE/ESPE CAH et al., 2002; Speiser et al, 2010*). Otros se han ocupado de las necesidades de investigación de DDS en general (*Meyer-Bahlburg y Blizzard, 2004*) y de síndromes seleccionados, tales como 46,XXY (*Simpson et al., 2003*).

SESIÓN 3

CONCEPCIONES DE CALIDAD DE ATENCIÓN¹⁵

EJEMPLOS DEL PERÚ

La concepción de calidad de atención varía según los proveedores de salud y los usuarios o usuarias involucrados. Algunos de los primeros, en particular los médicos que brindan la Atención Médica Periódica, de acuerdo con su formación profesional, tienen una visión más medicalizada de la salud, que se expresa en la idea de calidad de atención, la cual se centra en la posibilidad de ser eficaces, es decir, examinar a los usuarios y usuarias, dar un buen diagnóstico y un tratamiento adecuado, y otorgar las medicinas gratuitas que el servicio contempla, de modo que el usuario o usuaria sienta que se le está atendiendo eficientemente.

Calidad, ¿qué incluye? La atención completa, la atención, el examen físico, la toma de muestra, es decir, hacerle todo a la vez y que el paciente se vaya conforme: “Me han atendido, he recibido mi tratamiento, no he tenido nada o he tenido y me están dando el tratamiento gratuito.” ¿No? El tratamiento para todo es gratuito, salvo algunas enfermedades virales, el tratamiento es ya por su cuenta.
(Médico, Jaime, 79 años, Lima)

La idea de calidad es un poco más amplia entre los profesionales de salud mental o aquellos vinculados de manera más directa con aspectos educativos y de educación de pares, quienes parecen estar en mayores posibilidades de valorar otros aspectos del bienestar de usuarias y usuarios, como el buen trato que posibilite una mayor satisfacción de la atención, además de brindar la información que requieran, así como un tratamiento adecuado.

Implicaría primero buen trato, calidad de información, poder despejar todas las dudas del usuario y, sobre todo, en este tipo de población que se está trabajando, pueda ser tratada y ver que realmente está recibiendo un tratamiento, que se está solucionando una dificultad, o sea, no solo la consulta, sino hacerle el seguimiento completo.
(Psicóloga, Carmela, 27 años, Lima).

En los casos de las regiones de Iquitos y Arequipa, se encontró que para las obstetrices, quienes constituyen el personal de salud que se encuentra en mayor contacto con la

¹⁵ PROMSEX. (2011). *La igualdad en la lista de espera. Necesidades, barreras y demandas en salud sexual, reproductiva y mental en población trans, lesbiana y gay*. Capítulo 2. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX. Lima, Perú.

población TLG y que, por lo general, son más jóvenes, el buen trato y la no discriminación son los aspectos más importantes para ofrecer una atención de calidad a la población TLG. No obstante, señalan que existen otros factores que merman la calidad que brindan, principalmente el corto tiempo que tienen para dedicar a cada usuario, debido a la escasez de personal con que cuenta el servicio.

Por su parte, los/as usuarios/as TLG entrevistados también valoran la eficacia en las atenciones que reciben para solucionar sus problemas de salud, pero definitivamente colocan en primer lugar el tema del buen trato, la calidez y la no discriminación, reclaman un trato que sea equitativo, respetuoso y que considere sus necesidades particulares como personas TLG. Incluso, la gran mayoría señaló preferir ser atendidos en establecimientos de salud donde se les garantice estos aspectos, antes que en establecimientos que cuenten con un equipamiento, infraestructura y medicamentos completos, pero que no puedan garantizar el buen trato y la no discriminación. Solo tres personas que no tuvieron buenas experiencias con el manejo de análisis médicos señalaron que optarían por establecimientos con mejor infraestructura y equipamiento antes que aquellos donde se prioriza el buen trato.

En este sentido, los CERITS¹⁶ son vistos como servicios con ventajas comparativas frente a otros servicios de atención del mismo Ministerio de Salud y del seguro social ESSALUD. Los/as usuarios/as prefieren acudir a ellos porque consideran que, por lo general, la atención no es discriminatoria ni estigmatizante en relación con sus orientaciones sexuales y/o identidades de género, con el estrato social al que pertenecen ni con las actividades laborales a las que se dedican. Resaltan que el personal que los/as atiende está acostumbrado a trabajar con población TLG.

Sin embargo, la mayoría también tiene una visión crítica de la atención brindada, principalmente en relación con la demora en la atención por la falta de personal y la infraestructura deficiente de los establecimientos de salud, así como con la falta de personal especializado en salud mental que atienda no solo mediante consejerías pre y post test, sino la diversidad de problemas de orden afectivo y emocional por los que atraviesan.

Esta evaluación crítica de la calidad de atención que ofrecen los establecimientos de salud del Estado es mayor entre los promotores educadores de pares. En el caso de Lima e Iquitos, ellos no dudan del buen trato y la no discriminación en la atención del personal de salud. Sin embargo, en Lima se resalta la escasez de recursos humanos y en Iquitos, principalmente, las pocas posibilidades de mejorar la infraestructura. En el caso de Arequipa, los promotores de pares mantienen una mayor crítica a la atención que brinda el personal de salud. Ellos resaltan que, si bien no existe una discriminación abierta ni maltrato evidente, hay cierta frialdad en la atención, falta de compromiso y poco

¹⁶ Centros Especializados de Referencias de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/sida.

conocimiento sobre los problemas de salud sexual. Esta actitud crítica también puede ser en parte explicada por cierto deterioro de las relaciones entre promotores educadores de pares y el personal profesional en los últimos tiempos. Por otra parte, los especialistas en atención a población TLG entrevistados resaltaron que en el sistema de salud actual se mantienen problemas básicos, como los prejuicios de los proveedores, para brindar una atención de calidad libre de estigmas y que sea sensible a las necesidades específicas de la comunidad TLG, considerando el tiempo y las precauciones técnicas que requiere cada usuaria y usuario.

La realidad también es que los profesionales de salud tienen prejuicios y estos prejuicios llevan a limitar el tipo de atención idónea que debe darse. Además de eso, también debe haber cierta infraestructura. Una mujer lesbiana que quiere ser atendida y tiene mayor reparo para una revisión ginecológica, debiera saberse que eso toma su tiempo y que toma ciertas precauciones; igual para el resto de la diversidad sexual, ciertos mecanismos afinados a esta población, con profesionales sensibilizados, cautos y con ciertas técnicas para poder abordar a esta población.

(Médico, Ernesto, 52 años, especialista en temas de TLG).

En suma, se puede decir que pese a los matices regionales, las concepciones de calidad de atención entre los diferentes actores abordados para el estudio no necesariamente se contraponen, más bien se van acercando a medida que el contacto entre personal profesional y usuarios/as TLG es mayor. Lo primordial radica en el trato amable, no discriminatorio, que genere vínculos de confianza en el tiempo y que asegure la confidencialidad de la atención de cada persona.

Respecto a la eficacia en la atención, los usuarios y usuarias TLG resaltan la necesidad de contar con personal suficientemente capacitado y sensibilizado, con experiencia en población vulnerable, que pueda realizar los exámenes necesarios, brinde la medicación adecuada además de una consejería clara y pertinente. Asimismo, mencionan el tiempo de espera en el establecimiento y que se asegure la privacidad durante la atención.

Concepciones de derechos en salud

Pese a que, como se señaló anteriormente, gran parte de la población TLG tiene una concepción de la calidad de la atención centrada en el buen trato y la no discriminación, así como en la atención rápida, la asertividad y la eficacia en los diagnósticos y tratamientos, uno de los hallazgos importantes del estudio realizado en las tres regiones se refiere a la escasa posibilidad de la población TLG de demandar sus derechos en salud. Por un lado, los mismos proveedores de salud refieren muy pocos casos de quejas formales, solo en algunas ocasiones hacen reclamos verbales. Más aún, los promotores de pares de todas las regiones señalaron que, muchas veces, los usuarios y usuarias que derivan les expresan sus descontentos y molestias sobre diferentes aspectos de la atención, pero

generalmente se niegan a expresarlas frente al mismo personal de salud que los atendió.

Directamente nunca, nunca han expresado reclamos, ellos casi nunca se han acercado por decir a mi persona, por decir alguno de ellos a decir: “Doctor, ¿sabe qué?”, por alguna situación o problema.

(Médico, Alberto, 69 años, Arequipa).

Gran parte de las y los activistas de la comunidad TLG entrevistados resaltaron las escasas posibilidades de las personas TLG de manifestar un desacuerdo y exigir una mejor atención, en parte porque el personal de salud evidencia la jerarquía social frente a los usuarios/as.

No ven como que el servicio de salud es un derecho, sino lo ven como un favor y el personal de salud también tiene unas actitudes jerárquicas hacia la población y no creo que si, por ejemplo, el doctor no los atiende adecuadamente o no les da los medicamentos adecuados, ellos no tienen mucha posibilidad de presentar algún reclamo.

(Gay, Ángel, 42 años, Lima).

La posibilidad de ejercer, demandar y vigilar los derechos en salud parece ser mucho menor entre la comunidad TLG que no forma parte de las organizaciones activistas, especialmente de las personas trans dedicadas al trabajo sexual de la región de Arequipa, donde el trabajo del personal de salud es asumido como una ayuda especial, por lo que no tienen derecho a reclamar ni a pedir cambios en la atención.

No creo que fuera capaz de eso (de reclamar), es gente que me está apoyando, por ejemplo, con los preservativos y creo que eso es mucho y creo que hacen mucho en apoyarme y no tendría un derecho de quejarme. (...) Yo pasaría normal (con un médico hombre) pero me sentiría un poquito incómodo, o sea, no tendría mucha confianza.

“¿Pedirías a la señorita que por favor te haga la revisión?” No porque, no sé, no me siento con derecho, siento que me están apoyando, se supone que me están apoyando y yo no les puedo decir, sabes qué, quiero esto, quiero esto, me están apoyando.

(Trans, Valeria, 20 años, Arequipa).

Piensen muchas veces que van al establecimiento y que los profesionales de salud y el servicio mismo les hacen un favor al atenderlos, por el hecho de que sea gratuito, creen que no les da más derecho a reclamar. Si van y salen de allí les dicen “espérate” o “regrésate” o los maltratan de repente verbalmente o con una mirada o un gesto, sencillamente ellos tienen que aguantárselas, porque creen lamentablemente que les están haciendo un favor al atenderlos, que ellos no tienen derecho a reclamar. Eso sucede en la mayoría, pero sí ha habido algunos casos que me han comentado y me han dicho: “¿Sabes qué? Ha pasado esto

y no quiero regresar más”.

(Pep gay, Samuel, 37 años, Arequipa).

El ejercicio de los derechos en salud por parte de las mujeres lesbianas mediante denuncias o reclamos formales por un servicio de calidad de acuerdo a sus necesidades también es muy escaso, principalmente por el temor a ser visibilizadas como lesbianas dentro del contexto local, al que pertenecen sus redes familiares y sociales, en los casos en los que acuden a los establecimientos de salud estatales.

Una de las grandes dificultades de nosotras las mujeres es que no tenemos ningún caso, de una denuncia así visible, como para decir: “¡Mire cómo existe esto!” No tenemos precisamente, porque hay mucho temor, mucho miedo a la visibilidad todavía EN las lesbianas. Te pongo un ejemplo, si yo vivo en el cono y mi área de salud está a tres cuadras, ¿crees que yo voy a ir allí? Me van a conocer y todo el mundo se va a enterar, cosa que no sería nada malo, pero para esa chica no sabemos qué dificultad tenga ella, si no les ha dicho a sus papás que es lesbiana, no va a ir allí, irá a otro lado.

(Lesbiana, Claudia, 55 años, Lima).

En las tres regiones, se encontró que en los servicios de salud no especializados para atender a personas TLG existe una mayor discriminación hacia ellos y ellas, estigmatizándolos como portadores del VIH y exhibiendo temor para atenderlos, especialmente en caso de necesitar cirugías. Pues aunque el protocolo de las cirugías incluye, dentro de las pruebas de rutina, la prueba de diagnóstico de VIH, la población entrevistada percibe este requisito como un procedimiento que solo se aplica a los TLG, lo que indica que la información que se les brinda no es suficiente o se aborda como un requisito dirigido solo a esta población, cuando en realidad se aplica a todas las personas. Como quiera que sea, esta percepción negativa del requisito de la prueba de VIH previa a la realización de cirugías contribuye a incrementar el estigma.

Si va una trans que necesita una intervención quirúrgica, definitivamente no la atienden ni la tocan por más que sea o esté en estado de gravedad y que tengan que atenderla, ni siquiera la tocan, hasta no hacerse la prueba de despistaje o prueba rápida de VIH, aunque la persona se esté muriendo no la tocan, porque tienen el temor. Obviamente todavía existe el estigma de que si la van a tocar, se van a contagiar, entonces le dicen: “Primeramente tienes que hacerte la prueba de VIH”, les exigen.

(Pep gay, Samuel, 42 años, Arequipa).

Fui a emergencia para que me pusieran la inyección y una doctora o interna, me dijo: “¿Te vas a poner una inyección?” “Sí” “¿De qué doctor has venido?” “De parte del doctor Juan.” Obviamente saben que él trabaja allí; me miró y de lo tan amable y tan conversadora que

estuvo, se movió como un metro más allá y se fue.

(Gay, Fausto, 22 años, Arequipa).

Es importante resaltar que, tanto en el caso de las personas trans entrevistadas como en el de las lesbianas, la percepción de visos de discriminación, ya sea con el silencio o la mirada sorprendida de un proveedor de salud o de las demás personas que esperan por una atención, en cualquier tipo de servicio médico, las hace sentir incómodas y limita la posibilidad de acudir a buscar atenciones.

Los promotores educadores de pares y activistas TLG, muchas veces, asumen el rol de defensores de los derechos de personas con alguna enfermedad o afección frente a esta discriminación explícita del personal de hospitales y, por eso, las acompañan para ser atendidas por emergencias o para ser sometidas a operaciones.

He llevado a varios amigos, los iban a operar, pero los obligan a que se tomen una prueba de VIH obligatorio, y es terrible y he logrado que no lo hagan.

(Gay, León, 42 años, Arequipa).

SESIÓN 4

DECÁLOGO DE DERECHOS DE LAS Y LOS PACIENTES LGTB¹⁷

1. Derecho a un conocimiento y abordaje científico de las necesidades y problemáticas de salud de lesbianas, gais, transexuales y bisexuales.

Reivindicamos que desde todos los ámbitos de la ciencia, y en particular desde las ciencias de la salud, se investiguen, conozcan y expliquen adecuadamente las necesidades y problemáticas de salud de la población LGTB, desde una concepción integral que comprenda sus aspectos biopsicosociales.

Asimismo, es importante que dicho conocimiento se traslade y revierta en la población LGTB para que conozcamos los problemas que más nos afectan o nos pueden llegar a afectar, así como lo que podemos hacer para prevenirlos y buscarles solución.

2. Derecho a la promoción y protección de la salud de la población LGTB.

Reclamamos que se estudien, y se aborden para minimizarlos, todos aquellos factores, de carácter individual y social, que facilitan nuestra vulnerabilidad a nuestros principales problemas de salud, y especialmente la influencia de la homofobia, lesbofobia, bifobia y transfobia.

Del mismo modo, se ha de investigar y promover aquellos factores protectores de la salud, o factores de resiliencia, que actúan como mecanismos adaptativos de afrontamiento en el contexto de los entornos generadores de estrés en los que solemos vivir en tanto que personas LGTB y que protegen o mejoran nuestra salud a lo largo de la vida.

Es necesario, pues, diseñar políticas y acciones desde una perspectiva de promoción de la salud que nos faciliten la adopción de estilos de vida saludable y nos permitan que todas y todos queramos, sepamos y podamos mantenernos lo más sanos posibles.

3. Derecho a recibir información sanitaria basada en la evidencia científica.

La información médica y sanitaria que recibamos los pacientes LGTB debe estar basada en las evidencias que aporta la ciencia, proporcionándose siempre en un lenguaje comprensible y de acuerdo a nuestras capacidades.

Es profesional y deontológicamente inaceptable que todavía hoy se nos informe y asesore por parte de profesionales de la salud en base a estereotipos y prejuicios y teorías desfasadas o refutadas, en vez de seguir criterios estrictamente científicos y profesionales y al servicio de nuestra salud.

¹⁷ Tomado de: FELGTB - Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales de Madrid. Disponible en: www.felgtb.org

4. Derecho a recibir una atención sanitaria de calidad.

Pedimos una atención sanitaria de calidad, y para ello es imprescindible que las autoridades y administraciones públicas habiliten una formación adecuada de las y los profesionales de la salud, tanto de atención primaria como especializada, que les permita conocer la realidad de la homosexualidad, la bisexualidad y la transexualidad, y nuestras necesidades y problemáticas de salud, de manera que puedan prevenirlas, detectarlas, diagnosticarlas y tratarlas eficazmente, así como disponer de orientaciones y recomendaciones de buena praxis con relación a la atención a nuestra salud y personas.

5. Derecho a recibir una atención sanitaria adaptada a nuestras necesidades.

Demandamos una atención sanitaria adaptada a las necesidades diferenciales que hay entre las mujeres lesbianas y bisexuales, los hombres gais y bisexuales, las mujeres transexuales y los hombres transexuales, que contemple asimismo las diferencias culturales de una sociedad multiétnica y multicultural como es la nuestra y que también se dan entre nosotros y nosotras. Asimismo, es necesaria una atención adecuada de nuestras necesidades con relación al ciclo vital, con una especial consideración hacia las y los adolescentes y los mayores LGTB.

6. Derecho a recibir una misma atención sanitaria básica en todo el territorio.

Es necesario garantizar que las personas LGTB recibimos una misma atención sanitaria básica, independientemente de la comunidad autónoma en la que residamos.

Asimismo, solicitamos la creación y divulgación de protocolos homologados de exploración, diagnóstico, tratamiento y atención de nuestras necesidades sanitarias, de manera que el cambio de residencia de una comunidad autónoma a otra no comporte desigualdades en el abordaje de nuestra salud.

7. Derecho a la implicación y participación activa de las y los pacientes LGTB en su salud.

Reclamamos nuestro derecho como pacientes a participar activamente en la solución a nuestras necesidades y problemas de salud, partiendo del principio de respeto a los papeles que el/la paciente y el/la profesional de la sanidad ocupamos, pero también en base a la capacidad de las y los pacientes, informados y formados, para corresponsabilizarnos y coestionar nuestra salud.

8. Derecho a un trato igualitario, digno y respetuoso de las personas LGTB.

Para abordar nuestras necesidades y problemas de salud es importante que el sistema sanitario, los servicios de salud, y el personal médico y sanitario faciliten que los pacientes LGTB podamos hablar abiertamente de nuestras preocupaciones y problemas de salud, sin miedo a enfrentarnos a sus prejuicios contra nuestra orientación sexual o identidad de género.

Es necesario posibilitar una relación abierta y de confianza entre los pacientes LGTB y el personal médico y sanitario que nos atienden, para lo cual es imprescindible que las y los

profesionales sanitarios mantengan siempre un trato igualitario, digno y respetuoso de la diversidad sexual, trato que deberá ser extensible a nuestra pareja y familia.

9. Derecho a la privacidad y confidencialidad.

Aunque este derecho está reconocido para todas las personas en numerosas normativas y directrices a veces se ve incumplido. En el caso de lesbianas, gais, transexuales y bisexuales es aún más necesario preservarlo habida cuenta los prejuicios y estigmatización que persisten en torno a nuestro colectivo. Asimismo, es necesaria una especial prudencia y reserva con relación a las personas de nuestro colectivo que vivimos con el VIH, doblemente vulnerables al estigma social.

Por ello, reclamamos una especial implicación y compromiso de las y los profesionales sanitarios para que el conocimiento de la orientación sexual y la identidad de género de sus pacientes, y de sus problemas de salud, se contemplen siempre desde el ámbito de la intervención estrictamente profesional, impidiendo su conocimiento por terceros ajenos a éste.

10. Derecho al reconocimiento de las organizaciones LGTB como agentes e interlocutores válidos en la política sanitaria.

Las asociaciones LGTB en tanto que organizaciones constituidas por personas LGTB que defienden nuestra dignidad, derechos, salud y vida, pueden y deben ser reconocidas como agentes e interlocutores válidos en las políticas sanitarias por parte de las distintas administraciones, en su ámbito competencial. Dicho reconocimiento debería verse apoyado no sólo en el ámbito institucional de la interlocución política sino también en el económico, como agentes promotores de salud que son.

SESIÓN 5

CAPÍTULO 2¹⁸

“Hay discriminación cuando negamos a otros individuos o grupos de personas la igualdad de trato que ellos pueden desear.”¹⁹

Por ser un término más generalizado, utilizaremos, en general, la palabra homofobia haciendo la salvedad que, si bien comparten muchas cosas en común, hay diferencias sobre la forma en que la misma se pone en acto según se trate de homosexuales en general, gays, lesbianas, bisexuales o de personas transgénero. Es por eso que conviene aclarar desde el vamos que homofobia y travestofobia, aunque, tal vez, casi equivalentes en algunos sentidos, no son lo mismo. Sin embargo suele usarse la primera para incluir las formas de intolerancia hacia todas las posibilidades sexuales que se diferencian de la norma heterosexual.

La homofobia no afecta a todos los homosexuales por igual, hace que los verdaderos HsH, los no asumidos, los del closet bien cerrado, los "casados", los ocultos, los que picotean cada tanto y otros, continúen siéndolo, y también dificulta acceder a ellos en los muestreos de investigación; pero, más importante, el uso del término HsH en relación a la homofobia hace que esta parezca inocua, cuando lo cierto es que la homofobia se dirige a personas concretas, con elecciones concretas y no a una práctica de tinte epidemiológico. Las identidades homo, lesbo, trans y la homofobia están profundamente unidas: las unas son el target de la otra.

La idea original del concepto de homofobia se refería a un temor hacia la homosexualidad, los homosexuales o cualquier persona percibida como tal, que provoca un comportamiento irracional de huida o de agresión hacia los homosexuales o cualquier cosa que los recuerde.

Es muy difícil definir algo tan complejo como la homofobia y esa idea originaria, si bien es un acercamiento, ubica la homofobia como una cuestión individual donde alguien, A, siente temor hacia otra persona, B, porque la percibe como homosexual. Entonces, un poco por convención y mucho por reducción y comodidad, se tiende a usar la palabra homofobia incluyendo en ella a todas las sexualidades, que si bien tienen muchos elementos en común, cada forma genera diferentes respuestas, por ejemplo hablar de homofobia al referirse a población trans es una forma de ponerla en acto puesto que invisibiliza, sin reconocer, una vez más, las elecciones de género, sin mencionar que la transfobia y aún más la travestofobia suelen ser mucho más virulentas que la homofobia.

Si la homofobia es un temor hacia la homosexualidad y/o sus representaciones, la transfobia es un temor hacia las personas cuya identidad de género no es coincidente con su sexo biológico y puede aplicarse a cualquier persona transgénero (travestis, transexuales, intersexuales, etc.). A su vez, las travestis, además de la trans y, más

¹⁸ Tomado de: Duranti, R. (2011). Diversidad sexual: Conceptos para pensar y trabajar en salud. Buenos Aires. En: http://www.cnm.gov.ar/generarigualdad/attachments/article/546/Diversidad_sexual_conceptos_para_pensar_y_trabajar_en_salud.pdf

¹⁹ Los principales tipos y causas de discriminación, Naciones Unidas, 1949, XIV, 3, pág. 2.

específicamente, la travestofobia, suman los efectos de la homofobia cuando se asocia automáticamente la identidad de género asumida por ellas con la homosexualidad y, en el mismo movimiento, se refuerza el pensamiento homofóbico al adscribir a la homosexualidad el sentido de una feminización.

Se asume que una mujer con características "masculinas" o un hombre con características "femeninas", según los parámetros culturales vigentes en cada lugar, deben ser, necesariamente, homosexuales; en función de eso las agresiones e insultos a los hombres homosexuales suelen usar expresiones de género, no sexuales, estableciéndose un corrimiento desde la elección de objeto sexual a la identidad de género como si ser homosexual implicara devenir trans.

En el mismo sentido ser travesti no significa que la persona sea gay u homosexual, al pensar esto se vuelve al binarismo biológico del sexo, negando el trayecto hacia el género elegido. Hay una superposición, sin embargo, porque muchas variaciones y juegos con la identidad de género suelen verse en el ambiente gay. A su vez, homofobia y transfobia son muy frecuentes entre HsH: el discriminado aprende a aplicar en otros la discriminación sufrida.

Lo importante es recordar que homofobia no es igual a transfobia: mientras la primera se basa en la elección de objeto, la transfobia lo hace en la elección de género y sus identidades consecuentes.

Como puede verse el principal mecanismo de la homo/transfobia es la aplicación de estereotipos sobre todo los que se relacionan con el género: que debe o puede ser masculino y que debe o puede ser femenino.

Las cuestiones relacionadas con la inclusión globalizada dentro de términos que quedaron chicos pueden verse, por ejemplo, en la aclaración que hace la OPS en la introducción a su escrito contra la homofobia: "Por el momento, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) utiliza la expresión hombres que tienen sexo con hombres dentro del marco de la vigilancia epidemiológica y de las estrategias de prevención y se refiere a hombres homosexuales, gays y transgéneros en el marco de la comunicación."

Un principio básico de la prevención es la comunicación, la prevención es, mayoritariamente, comunicación ¿Es posible escindir la prevención (donde se usaría la idea epidemiológica de HsH) de la comunicación (donde se aplicarían formas identitarias específicas como gay u hombre homosexual y transgéneros) y reconocer implícitamente que se esta hablando de lo mismo?

Sabemos que hay una gran distancia entre la vigilancia epidemiológica (basada en el reduccionismo a los números) y las estrategias de prevención que, si bien utilizan los datos proporcionados por aquella, involucran actitudes de las personas involucradas en los datos tanto hacia sí mismos como hacia terceros: formas de relación, manejo de espacios públicos y privados, calidad de vínculos afectivos, pertenencia a redes, estrategias de coping, etc.

Si la expresión "hombres que tienen sexo con hombres" deja por fuera las formas comunicacionales como estrategias de prevención, no se entiende la diferenciación que hace la OPS en términos de manejo de identidades. Por otra parte, incluir dentro de la cuestión HsH a las travestis, mencionadas como trans (que incluiría a su vez a

transexuales e intersex), es travestofobia pura con toques de transfobia, negando la dura lucha de las travestis por una identidad y un espacios propios así como las agendas de transexuales e intersex, con lo cual HsH deja de ser un concepto "útil" a la epidemiología para pasar a ser una velada expresión de desconocimiento donde se ve claramente la aplicación del estereotipo del homosexual como un hombre desmasculinizado donde la travesti sería su máxima expresión.

En la definición que da la OPS de HsH no se diferencia solo por sexo (hombres) con lo cual las travestis, cuya marca identitaria no es el sexo sino, precisamente, su elección de género, quedan invisibilizadas en un conglomerado que no les corresponde y, por otra parte, surge la pregunta ante la diferenciación establecida en la oscura aclaración entre "hombres homosexuales" y "gays" ¿Los gays no serían hombres? ¿No hay gays entre los hombres homosexuales? Muchxs trans se definen como hombres y muchas lesbianas se definen como gays: la definición cae en aquello que dice querer evitar, que la homosexualidad sea un término que abarca todo sin diferenciar nada.

Son estos descuidos los que se encuadran, precisamente, en una visión más amplia de la homofobia, tanto social como institucional, al ponerla en acto mediante lo que se quiere presentar como una herramienta que es luego tomada y repetida por todxs aquellxs que dependen de dicha institución, vía subsidios por ejemplo, o que toman estas definiciones sin cuestionarlas solo por el brillo de la organización que las enuncia.

Debido a la homofobia y transfobia imperantes, tanto HsH como Tv constituyen poblaciones ya vulneradas, no vulnerables. Los efectos de la homotransfobia son en acto no potenciales.

Dijimos que la homofobia es algo más complejo y amplio que la simple ideación anómala que una persona puede tener en relación a otra o a un grupo que ve como diferente, en tanto es un sistema ideativo que trasciende lo individual para imprimirse en el entramado social, del que luego volverá para marcar al individuo y vuelta otra vez.

Se llama "**Homofobia**" a los sentimientos negativos, actitudes y conductas dirigidos contra las personas homosexuales. (Weinberg, 1972). Esta es la definición más clásica.

Podríamos completarla agregando que también incluye a las personas heterosexuales percibidas como homosexuales y por extensión a toda práctica o conducta que se diferencie de los comportamientos relacionados con el género prescripto para las personas, basado en su biología. Para Daniel Borrillo (Borrillo, 2001), la homofobia es un problema que excede lo particular de cada persona constituyendo, por un lado, un problema epistemológico en tanto la cuestión ha dejado de ser pensar acerca de la homosexualidad en sí misma para centrarse en la hostilidad que produce esta y, por otro lado, también un problema político ya que es la cuestión homófoba la que debe ser vista como un trastorno social mas que como un problema individual.

Podemos considerar la homofobia como un sistema por el cual una sociedad, por diferentes mecanismos, rechaza aquellas formas de sexualidad no admitidas por las pautas tradicionalmente consensuadas en la misma. Tal como vimos en otro apartado, estas pautas son aprendidas desde el momento del nacimiento al incluirse a los recién nacidos o nacidas en el esquema cultural imperante de división por sexos (macho-hembra) el cual es reforzado a lo largo de la vida con todas las convenciones que clasifican situaciones,

conductas y objetos como masculinos o femeninos. Sin embargo, no debemos olvidar el aspecto individual, homosexuales" como veremos, ya que es a este nivel donde se efectiviza la internalización de este proceso cultural, y esta tras puede verse en los diferentes niveles en que actúa la homofobia.

I. Homofobia social o interpersonal (también llamada cultural) Es la homofobia que circula entre las personas a partir de creencias, transformando la potencialidad de los prejuicios acerca de la homosexualidad en acto. Esta puesta en acto puede expresarse siguiendo la escala del prejuicio de Allport (Allport, G. 1971):

- rechazo verbal
- evitar el contacto
- Discriminación
- rechazo físico
- ataque físico
- exterminación

Este tipo de homofobia afecta directamente las relaciones entre las personas: Como apodos que apuntan a señalar a otrxs como diferentes llegando a la difamación directa.

Como chistes, una de las formas más habituales y aceptadas, que en general están basados en el sostén de estereotipos y en la desvalorización. Muchos chistes se estructuran vinculando el ser homosexual con la femineidad. Expresando prácticas irreales, generalmente mal vistas socialmente, que se suponen corresponden al otro como diferente. Una mujer dice, en la época que se discutía el matrimonio entre personas del mismo sexo en la Argentina, durante un programa de televisión y con una oposición más formal que sentida: "el objetivo de los gays es contagiarnos el sida". La creencia en una supuesta hipersexualidad homosexual con la consecuente supuesta promiscuidad.

Aparece en el discurso cotidiano, en el intercambio habitual entre las personas cuando se denigra o disminuye valorativamente al otro por sus elecciones sexuales (sean de objeto, de género, etc.) o por determinadas prácticas imaginariamente ligadas a esas elecciones. Por ejemplo cuando un hombre hace tareas consideradas femeninas.

Mediante el aislamiento –en el trabajo, la escuela e incluso dentro de la propia familia de la persona supuesta diferente. Un paciente, al develar su homosexualidad ante la familia, fue obligado a vivir en un sector aparte de la casa con prohibición expresa de circular por ciertos sectores o de aparecer en eventos familiares o ante visitantes.

A través de la intimidación que puede tomar la forma de amenazas acerca del futuro laboral o personal e incluso físicas. La intimidación puede surgir del discurso homofóbico imperante en un lugar de trabajo, haciendo temer la estabilidad laboral o la imposibilidad de progreso si se develase la homosexualidad.

Hay formas potenciales de discriminación, en tanto no se llega a efectivizar ésta, bastando con la amenaza de una pérdida de derechos. No es infrecuente que en la tramitación de un divorcio se amenace al cónyuge homosexual con impedir el acceso a lxs hijxs.

Finalmente, por medio de la agresión verbal directa que puede llegar a la agresión física de

leve a grave, incluida la muerte.

También puede adoptar formas aparentemente positivas como cuando una persona al revelar su orientación sexual es puesta en un lugar particular o recibe beneficios especiales. Un paciente cuenta en una de sus sesiones que había realizado su coming out laboral, hecho bien recibido por sus compañerxs quienes empezaron a reclamarle detalles de su vida personal, incluidas sus performances sexuales, y exhortándole a exhibir su vida privada, todo en un clima de alegre "aceptación" que generaba en esta La homofobia social y la institucional están íntimamente relacionadas. Ambas pueden pensarse como las normas o códigos de conducta que, sin estar expresamente escritos o dichos, funcionan socialmente para legitimarla.

Los ejemplos son múltiples como vimos: negar espacios para congregarse, impedir el acceso a puestos de poder, problematización del acceso a los servicios de salud, restricción de la representatividad. Pero también formas discursivas más sutiles, teñidos de academicismo, como el médico o el psicoanalítico.

Al evitar mencionar la homosexualidad de figuras relevantes o históricas (por default siempre son heterosexuales, ni siquiera se encuentra un HsH distraído), pero sí hacerlo cuando se trata de noticias delictivas o escandalosas. Cuando un delito es cometido por un homosexual, o bien cuando un homosexual es víctima de un delito, se destaca inmediatamente su orientación sexual, nadie dice, en cambio, que fue asaltado un heterosexual o que los asaltantes lo eran.

Lo que más daño causa, sin embargo, es el temor a la visibilidad excesiva de las diferencias, presionando a lxs miembrxs de las minorías sexuales para que pasen desapercibidxs y supuestamente "integradx".

La creación y sostén de estereotipos funciona como una forma de control y de evitar el entendimiento social. Los estereotipos pueden ser desde los supuestos apetitos sexuales insaciables hasta los de la apariencia física, la búsqueda constante de causas biológicas, sociales o psíquicas.

Desde muchos lugares el cuerpo social (o sea todxs) alimenta en forma constante la diferencia entre y con las minorías sexuales, tanto hacia el interior de las mismas como con una supuesta normalidad heterosexual de la que nadie escapa. La imagen que se crea es negativa y estereotipada y los medios de comunicación distorsionan aún más esta imagen al relacionar la homosexualidad o el travestismo con el crimen, las drogas y una supuesta promiscuidad que es, en realidad, compartida por todxs .

2. la homofobia institucional En este tipo de homofobia son las instituciones y organizaciones sociales las que discriminan.

Aparece expresada en todas aquellas leyes, normas y reglamentos que establecen cualquier tipo de diferencia entre las personas basándose en sus preferencias sexuales, y se ponen en acto por medio de impedimentos y/o prohibiciones toda vez que una persona percibida por fuera de la norma sexual interactúa con una institución sea del tipo que sea: educativa, de salud, gubernamental, privada, etc.

En el inicio de la epidemia por VIH cuando una persona se presentaba a donar sangre identificándose como homosexual era rechazada, según las directivas del MSN, como

donadora, mientras que la misma persona identificándose como heterosexual no tenía mayores problemas en donar sangre.

Podemos encontrar ejemplos en los deportes (los cuestionamientos a deportistas gays en los equipos de fútbol, la exclusión de tenistas trans), en programas televisivos donde son habituales los estereotipos, en el cine (un ejemplo es la película *The Celluloid Closet* que narra la forma en que la industria del cine norteamericano invisibilizó, estereotipó o se burló de la homosexualidad), también en las opiniones vertidas por comentaristas, pero también en el sistema educativo, en el sistema de salud, sea público o privado, y en los espacios laborales.

Otro excelente ejemplo lo constituyen los discursos que se oponían a la aprobación de la ley de matrimonio para las minorías sexuales durante el debate en la Cámara de Diputadxs y luego en la de Senadorxs del Congreso Argentino.

Si pensamos que la discriminación se establece toda vez que se niega a individuos

o a grupos de personas igualdad en el trato o en sus derechos, la homofobia institucional es la forma más ajustada de expresión de aquella.

3. Homofobia personal u homofobia internalizada. Este tipo de homofobia se constituye a partir del sistema personal de valores, creencias, juicios, mandatos, actitudes, etc. que la persona va incorporando desde el momento en que nace, cuando se le asigna un sexo y se lx cría/ educa en función de esa asignación.

Podemos encontrar ejemplos en los Es transmitida por la familia, los educadores, el medio social, los grupos de pares y cualquier otra figura significativa, pero también por los discursos que hacen de la heterosexualidad la única opción, todos los mandatos de esta, los cuales, al no poder cumplirlos, reforzarán en la persona su sensación de anormalidad o inadecuación.

Una persona, cualquier persona, nace y crece en una sociedad que solo acepta una forma de sexualidad: la heterosexual. Pero aún dentro de la heterosexualidad tampoco se admiten variantes, es normativa, tiene sus reglas, que también afectan a lxs mismxs heterosexuales. Cualquier persona no heterosexual vivirá cada día de su vida sumergida en una red social que considera el no ser heterosexual como una minusvalía, algo no natural (una desviación) y, en esa línea, como algo inmoral.

Cada persona con una sexualidad diferente a la norma heterosexual suele expresar algún grado de disconformidad, infelicidad, poca o ninguna satisfacción con su sexualidad diferente 24 (lo que antes se conocía como homosexualidad egodistónica y/o disforia de género, diagnósticos ahora eliminados del DSM-IV-TR), ya que el proceso de socialización y subjetivación conlleva la incorporación (internalización) del prejuicio social acerca de esas sexualidades diferentes. Prejuicio que incluye no solo a la homosexualidad sino a cualquier variación de las formas coaguladas de ser hombre en una sociedad determinada.

Recordemos que el sexo de asignación presupone las formas sociales en que se debe ser hombre o mujer y presupone una heterosexualidad automática en lxs niñxs. Estas imágenes del ser hombre o mujer (donde se da por implícito que sexo biológico y género se ajustarán como un guante), sumada al presupuesto de heterosexualidad encuadran la forma en que lxs niñxs serán criadxs.

Es en este proceso de crianza (en el que luego intervendrá la escuela y sus narrativas asociadas) donde se impregna a lxs niñxs de todos los prejuicios acerca de una sexualidad no heterosexual partiendo de la siguiente secuencia:

- La normalidad es la heterosexualidad que es, por lo tanto, natural
- Todo desvío de la heterosexualidad es una anormalidad
- Toda anormalidad es una perversión (de la naturaleza)

"Los sentimientos negativos acerca de la propia orientación sexual pueden estar generalizados hasta extenderse sobre toda la personalidad. Los efectos de esto pueden abarcar desde una leve tendencia hacia la duda de sí mismo ante los prejuicios homófobos hasta el odiarse y aún desarrollar conductas auto destructivas." (John Gonsiorek (Gonsiorek JC, 1991).

Es así que la homofobia más efectiva y paralizante es aquella que todx persona con una sexualidad diferente a la norma carga consigo durante toda su vida y cuyos efectos pueden ser devastadores, no siendo necesario que la homofobia se efectivice en un acto real externo, la internalización de la homofobia hace que esta actúe *per se*.

Todx homosexual o persona trans crece en una sociedad homofóbica y, como su identidad sexual suele no hacerse evidente, en la mayoría de los casos, hasta la adolescencia, aprende desde muy temprana edad los estereotipos contra lxs diferentes sexuales. Esto es independiente de la edad en que el homosexual o la TV se concientizan de su condición. Por eso hablamos de homofobia internalizada: la homo/transfobia parasita el interior de las personas, sean homo, trans o heterosexuales.

Para lxs homosexuales, aceptar que la homofobia -y toda la carga de demérito y agresividad que ella implica es parte de su personalidad y que implica una marca emocional, no es fácil.

Aún en los ámbitos psicoterapéuticos más liberales, en busca de una resolución los efectos de esta marca, homosexuales y trans deben enfrentarse con la ideología, sostenida por las teorizaciones a que adhieren lxs terapeutas, acerca de que su preferencia sexual es patológica, que es transitoria, que tiene un origen que debe ser investigado, etc., aún a pesar de que los estudios que han tratado de encontrar alguna diferencia entre la salud mental de homos y héteros, han fallado. Y son pocos los terapeutas (aún entre lxs terapeutas homosexuales) que buscan la fuente de muchos de los síntomas de estxs pacientes en la carga homofóbica y en la intolerancia social sin caer en el otro extremo donde se niega a estas últimas, como si pertenecer a una minoría no tuviese consecuencia alguna.

Ninguna orientación/preferencia sexual está libre de trastornos y aunque puedan existir reparos acerca de la calidad de vida que una determinada elección de objeto o de género pueda dar a cada sujeto, el análisis de la homofobia internalizada en lxs pacientes homosexuales o tv debería ser una prioridad, ya que, en general, no suele reconocerse el daño psicológico que ésta produce.

El principal efecto es el silencio y la invisibilidad, con la consecuente desvalorización personal que esto produce. La homofobia actúa como una fuerza constrictiva que impide moverse libremente, en mayor o menor grado, en cualquier espacio social, laboral o

vincular.

La invisibilidad, supuesta garantía de integración para algunxs, los lleva a una enorme pérdida de energía y a sufrir desajustes en todas las áreas del que hacer humano.

La homofobia es patógena, además, porque se compone en su mayor parte de material reprimido, incorporado en la infancia y a través de las experiencias negativas reforzadoras, que operará en forma de síntomas o de conductas paradójales. El papel del "súper pariente siempre dispuesto", capaz de hacer a un lado la vida personal en aras de otros, es una compensación por la culpa de ser diferente, y es la mejor demostración de las propias carencias ante los otros. Cuando un gay se burla de las "locas" o las plumas, proyecta sobre otrxs en forma de chistes una agresión que, en realidad, él mismo recibe de la cultura que lo habita. Cuando una "loca" actúa agresivamente, presuponiendo que todxs desean ser mujeres, burlándose de todo aquel que no entre en el juego de los estereotipos (una forma de identificarse con el agresor), no hace más que actuar en negativo todo aquello que lx agrede en lo cotidiano. Cuando la travesti reacciona en forma paranoica ante supuestas agresiones de otrxs, no hace más que defenderse de una agresión presentida y temida por llevarla consigo. El sentirse constantemente perseguido, es una forma de aceptar la represión al reconocerse, de alguna manera, inaceptable y perseguible. También aparece la homofobia en esa fantasía, común a muchos gays, de preferir "hombres de verdad", los heterosexuales, búsqueda que refuerza el estereotipo de que un homosexual sería algo así como una mujer fallida o un falso hombre y es, a la vez, una idea paradójal, ya que conquistar a un heterosexual debería hacer dudar, en los términos de esta fantasía, de dicha heterosexualidad ¿Qué sería un hombre de verdad? o como dijo Coccinelle, una transexual, "hay que tener huevos para cortárselos". Preferir hombres que son inconquistables pone en juego la homofobia interior al perseguir inexistentes figuras idealizadas de lo masculino, convirtiéndolas en un imposible que solo refuerza la propia supuesta inadecuación. Todo puto es, potencialmente, un homófobo.

Dos de los más habituales medios que usa el inconsciente para manifestar la homofobia internalizada son los desplazamientos y proyecciones; la animadversión o directamente el odio y rechazo hacia otras personas reconocidas como iguales: "quiero un hombre de verdad" (los gays no son hombres), "yo no soy gay" (ser homosexual suena mejor, es más distante, protege del estereotipo), la desconfianza hacia las relaciones medianamente estables que establecen otrxs y su tendencia a sabotearlas o menospreciarlas, la rigidez para aceptar estilos de pareja alternativos (del mismo modo que la sociedad no acepta las relaciones no heterosexuales), la división en clanes (gays, travestis, lesbianas, etc.) considerados irreconciliables, la negación de diferencias (los bisexuales no existen o son gays en tránsito). Estos ejemplos solo representan algunas formas de la apropiación del desprecio social hacia la homosexualidad.

El prejuicio aparece en los momentos más insospechados, en las relaciones más afectuosas, en los vínculos más estrechos.

La negación es otro de los mecanismos más habituales de la desvalorización. Así, los HsH (de una punta a la otra) que niegan la represión o que dicen ser felices y no sufrir ningún problema a causa de su homosexualidad -algo difícil en una sociedad homofóbica e intolerante-, o que creyendo que comportándose como sujetos "integrados" no tendrán problemas, simplemente niegan al menos una parte de la realidad.

Para Margolies (Margolies et al., 1987) habría ocho modos de acción de la homofobia internalizada: i. El temor a ser descubiertxs, por lo que se actúa una heterosexualidad fingida. ii. Sentir incomodidad ante personas que manifiestan abiertamente una sexualidad diferente. iii. Rechazo y denigración de la heterosexualidad, expresando una discriminación a la inversa. iv. Sentirse superior a lxs heterosexuales, con una sobrevaloración de la propia sexualidad diferente. v. Creer que tener una sexualidad diferente no es diferente de ser heterosexual. vi. Sostener que lxs niñxs solo pueden crecer en hogares con un padre y una madre. vii. Sentirse atraído por objetos inalcanzables que terminan reforzando la idea de inadecuación e ineptitud. viii. Establecer relaciones a corto plazo.

Como vemos, la homofobia no es inocua socialmente, tiene consecuencias que afectan a todas las personas (si bien no a todxs por igual), independientemente de su preferencia sexual o de su identidad de género.

Entre los efectos de la homofobia, siguiendo a Blumenfeld (Blumenfeld WJ, 1992), encontramos que:

La homofobia es una de las causas de relaciones sexuales prematuras que aumentan el número de embarazos adolescentes y la incidencia de ITS, incluyendo el VIH. Las personas jóvenes, de cualquier preferencia sexual, se ven compelidas a demostrar que son heterosexualmente activxs para probar su normalidad ante ellos y el entorno. Esta presión es más fuerte sobre los hombres que sobre las mujeres.

La homofobia combinada con sexofobia (miedo y repulsión del sexo) impide cualquier discusión acerca del estilo de vida y de la sexualidad de las minorías sexuales como parte de la educación sexual, ocultando información imprescindible acerca de la sexualidad.

La homofobia puede ser utilizada como arma para estigmatizar, silenciar y, en ocasiones, señalar a la gente que es percibida o definida por los demás como homosexuales aunque no lo sean.

La homofobia raramente actúa sola, suelen encontrarse desplegadas junto a ella elementos racistas, clasistas, sexistas así como una fuerte sexofobia, etc. La suma de todos estos elementos pueden impedir una respuesta efectiva y unificada, tanto personal como social o gubernamental, frente al sida.

La homofobia encierra a las personas en roles de género rígidos que inhiben la creatividad y la auto expresión e impidiendo establecer vínculos estrechos y/o íntimos con personas del mismo sexo/género. Estos roles de sexo/género afectan principalmente a los hombres pautando límites muy rígidos acerca de cual debe ser el comportamiento adecuado entre "verdaderos" hombres. Un ejemplo es la mayor distancia afectiva entre un padre y su hijo ya que el afecto no puede ser demostrado abiertamente.

El desarrollo de una autoestima negativa puede llevar a actuar roles estereotipados como mecanismo de defensa. Estos roles pueden ser la adopción falsa de una identidad heterosexual con la adopción de estereotipos masculinos rígidos u encasillar al sujeto en el estereotipo esperado para un homosexual. Si se trata de niñxs esto puede llevar a la confusión y a un deterioro de la identidad lo que, con el tiempo, reforzará la baja autoestima. También puede producirse un exceso de autocrítica o una visión crítica negativa hacia otros similares (homofobia internalizada dirigida a pares o supuestos tales).

Todo esto impide la posibilidad de desarrollar vínculos con las personas visualizadas como posibles pares, con el aislamiento consecuente y una mayor vulnerabilidad efectiva en el momento de tener relaciones sexuales.

La adopción de estereotipos heterosexuales y la actitud hipercrítica hacia sí mismo junto a la baja autoestima lleva a conductas de poco cuidado: adicciones o conductas compulsivas (juego, trabajo, sexo), un menor cuidado personal (nutrición, descanso, esparcimiento, consultas médicas) o, por el contrario, conductas obsesivas en relación al propio cuidado.

Se evitan los lugares de liderazgo para no sobresalir debido al temor a quedar expuesto, lo cual aumenta la sensación de inadecuación. Se desarrolla una visión personal con pocas expectativas hacia sí o hacia otros (vistos como pares).

A su vez esta internalización de la homofobia lleva a las personas a conductas sobre compensatorias que pueden ir desde el exceso de importancia e influencia de los demás sobre uno mismo hasta la actuación de esa homofobia contra los propios pares al identificarse la persona con los agresores, pudiendo ser actuada desde lo verbal a lo físico y donde proyecta en los otros la no aceptación de su propia homosexualidad.

Se puede sentir una gran incomodidad ante homosexuales asumidos (también por identificación con el agresor), en parte por el temor de ser relacionado con ellos (la homosexualidad ajena como salpicadura) o, por el contrario puede haber una sobre adaptación a la homosexualidad, generando un rechazo y denigración de la heterosexualidad lo que potenciará la propia homofobia al generar un sentido de gueto, favoreciendo el aislamiento (Formación reactiva).

Los vínculos tienden a ser poco estables: una pareja estable y sostenida funciona como un catalizador social de la visibilidad, produciendo un compromiso no solo con el otro sino con la propia sexualidad. La posibilidad de una exposición no deseada con el coming out inherente implica para muchos preferir vínculos transitorios que permiten controlar mejor la propia imagen ante los demás.

La internalización de la homofobia puede llevar al suicidio al no poder una persona tolerar ser diferente al resto supuesto normal, la posibilidad de las pérdidas o el aislamiento, real o imaginado. Esto puede ser por una cuestión de desvalorización personal, no poder enfrentar a la familia o amigos, los duelos por pérdidas o por acoso.

Una persona con una sexualidad que se corre de la norma heterosexual puede desarrollar una aceptación total o parcial de su sexualidad, pero siempre con la marca del proceso para tramitar la homofobia, tanto la social como la internalizada (pensemos que ambas sostienen una relación dialéctica, no hay una sin la otra). Es decir que tuvieron y tienen que deconstruir y reconstruir tanto la homofobia social y la internalizada. Ese proceso de construcción/deconstrucción se conoce hoy como "coming out" (salir del armario).

Ninguna persona puede asumirse como diferente de un día para el otro, la aceptación de esa diferencia va evolucionando, con un final indeterminado que tendrá mucho que ver con el medio donde esa persona se desarrolla y el tipo de redes sociales a las que pertenece de redes sociales a las que pertenece (familia, escuela, amigxs, trabajo, (familia, escuela, amigxs, trabajo, medio social, etc.). En el caso de las personas homosexuales y trans este proceso se conoce como "salir del armario", expresión que viene del inglés "coming out of the closet" y que se refiere al proceso por el cual una persona con una

sexualidad diferente asume esta forjando una identidad que incluya esta diferencia, ante sí y ante los otros. Es un proceso tanto personal como social, pero también tiene un matiz político ya que generalmente el coming out implica se realiza en sociedades homofóbicas.

SESIÓN 6

DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD EN LA INFANCIA Y LA NIÑEZ²⁰

El reconocimiento de la sexualidad infantil es un logro reciente relativamente reciente en nuestra cultura. Según Weeks (2012) es “un primer paso necesario para reconocer la subjetividad en desarrollo de la persona, no como un prematura y artificialmente sexualizado proto-adulto, sino como un individuo con un sentido propio de capacidad y persona sexual”

El género en la infancia y la niñez

John Money y Anke Erhardt (1972) han contribuido notablemente al estudio del desarrollo de la identidad y los papeles de género. En su clásico esquema se observa que a partir de la diferenciación genital y por ende del sexo de asignación, se abren dos vertientes: por una parte la interacción social (denominada “conducta de los otros”) y por la otra, la configuración mental interna (imagen corporal). Estos dos elementos actúan sinérgicamente para crear la base de la identidad de género.

Después del nacimiento los estímulos del medio empiezan a influir notoriamente en la construcción del género. La elección de colores es típico de nuestras culturas al igual que la utilización de pronombres diferentes, declinaciones específicas o bien formas idiomáticas para referirse a y acerca de el o la recién llegado/a. Estos son de mayor trascendencia en vista de que contribuirán a la formación del binomio lenguaje-pensamiento. También se le dará a la niña o al niño un nombre, ya que lo que no tiene nombre no existe. Y es práctica casi universal el que se empleen nombres específicos para hombres y mujeres. (Corona, 1994).

Hacia los dieciocho meses suele conformarse según Money (1972) el “núcleo de la identidad de género”, basado en aspectos superficiales y convencionales como la ropa. Es decir, los menores pueden expresar ser “niño” o niña. Hacia los cuatro años de edad se logra un concepto de permanencia de género, esto significa que difícilmente después de los cuatro años un menor se confundirá sobre si es o se percibe como niño o niña.

No siempre el o la menor convive con ambos progenitores ya que existen muchos tipos de familias, sin embargo, en cada una de ellas o en el medio circundante suele haber modelos masculinos y femeninos que los niños y las niñas pueden observar e imitar. De manera que las expresiones de esta pertenencia serán más claras, los menores buscarán hacer actividades, utilizar juguetes y formas de expresarse de acuerdo a lo esperado por la sociedad, principalmente por la influencia de los padres. A esta forma de expresión del género se la denomina “rol o papel de género”. Pero el proceso no está totalmente terminado cuando el niño y la niña se han identificado con un rol de género. Existen otros elementos de gran importancia que están relacionados con la valoración que la cultura otorga a los roles, y que

²⁰ Adaptado de : “Hablemos de Salud Sexual”. *Manual para profesionales de atención primaria de la salud* Corona Vargas, E., Ortiz Mtz, G. Compiladoras. AMES, AMSSAC, Secretaría de Salud de Gob. del Distrito Federal. Ortiz, G. Capítulo 2. Sexualidad y Desarrollo Humano. México, D. F. 2003.

influyen en una preferencia de rol sexual, es decir, la percepción de cuál rol es el más valorado por la cultura.

La percepción del niño y la niña referente a cuál es el papel -generalmente el masculino- más valorado por la cultura, se aprende. Se adquiere más tempranamente entre más rígida es la cultura en tipificar lo que es femenino y lo que es masculino. Esto es ejemplificado por la preferencia por juguetes y juegos. Hacia la edad de tres años niños y niñas ya tienen una marcada inclinación por ciertos juguetes y actividades tipificadas, pero posteriormente ocurre un cambio interesante: los varones siguen mostrando preferencia por su rol y sus actividades, en cambio las mujeres muestran una mayor variedad en sus preferencias de juguetes y actividades. En estudios realizados en diversas culturas. (Goldman y Goldman, 1982) en niños y niñas, ante la pregunta ¿si pudieras haber elegido, qué te gustaría ser: hombre o mujer? la mayoría eligió como era de suponerse, su propio sexo; sin embargo, un porcentaje de mujeres, para cada rango de edad, eligió el otro sexo, cosa que prácticamente no ocurrió entre los varones. Esto es una manifestación de la mayor valoración que se otorga al rol masculino en casi todas las culturas.

El proceso de adopción del rol sexual o de género durará desde las etapas preescolares hasta la pubertad para cambiar de forma y modelos a seguir. El núcleo de la identidad de género, la pertenencia de género, los roles de género, la identificación y la adopción de un rol de género son aprendizajes que se integran paulatinamente para construir significados del ser niña o niño; este significado se integrará también al cuerpo que se posee.

El erotismo en la infancia y la niñez

“El niño aparece capacitado para la vida erótica (...) Aun en la más temprana infancia, el estímulo de distintos lugares de la epidermis (zonas erógenas), la acción de ciertos instintos biológicos y la excitación concomitante a muchos estados afectivos engendran cierta magnitud de placer, innegablemente sexual (...) esto es conocido con el nombre de autoerotismo” (Freud).

La respuesta sexual humana (el deseo, la excitación, el orgasmo) “se refiere a una serie de procesos fisiológicos que tienen como objetivo principal responder a ciertos estímulos con la potencialidad de desencadenar un orgasmo” (Rubio y Revuelta, 1994). El autoerotismo suele considerarse un aspecto positivo del desarrollo erótico, que ayuda a consolidar la imagen corporal, aumenta la comprensión sobre las sensaciones del cuerpo y acrecienta el sentirse querido y apreciado con un determinado cuerpo. Sin embargo, en nuestra cultura es una manifestación de la sexualidad poco tolerada, y suele asociarse a ideas de maldad, suciedad y pecado, que repercuten nocivamente en el desarrollo erótico. También encontramos frecuentemente conductas opuestas, como permitir a los menores tocarse en casa sin ningún límite al respecto. En forma ideal, es recomendable expresar al menor que puede conocer su cuerpo y tocarlo para sentirlo agradable, pero que este es un acto privado e íntimo que hacemos solos, en un lugar seguro fuera de las miradas de los demás, como una habitación privada cuando ésta existe.

Por lo general los menores identifican con claridad su orientación sexual alrededor de los siete años o en los años subsecuentes. Debra haffner (1999) define a la orientación sexo (homosexual), hacia el sexo diferente al propio (heterosexual) o hacia ambos sexos (bisexual)”. Es importante señalar que hay niños y niñas que desde la temprana infancia sienten que su identidad sexual no corresponde con el sexo que les ha sido asignado.

Los vínculos afectivos en la infancia y la niñez

Los estímulos y el afecto recibido por el bebé serán pauta de construcción de su capacidad vinculativa. Aprenden que son queridos, que existen como individuos y que son seres a quienes se desea acercar y amar. Los niños y las niñas pueden tener su primer amigo verdadero alrededor de los cinco años (Papalia, 1992), y presentar síntomas como los que vivimos los adultos en el enamoramiento, pueden querer llevar flores, atender y cuidar a su “novio” o “novia”, y vivir realmente un duelo doloroso cuando se pierden vínculos significativos, desde mascotas hasta familiares. Una de las manifestaciones de la capacidad para relacionarse se refleja en el tipo de juego de los menores.

La reproductividad en la infancia y la niñez

Una pregunta inevitable de la infancia es precisamente aquella relacionada con cómo venimos al mundo. De acuerdo a Méndez (1994), esta pregunta tiene diferentes sentidos en cada edad. Por ejemplo, antes de los seis años generalmente cuando un menor pregunta cómo nació, no se está refiriendo a inquietudes sobre las relaciones sexuales. Lo que sí puede ocurrir después. Generalmente se presenta una secuencia en la curiosidad infantil relativa a la reproducción, primero se cuestionan dónde estaban antes de nacer, posteriormente cómo salieron del cuerpo de la madre y no es sino hasta los siete u ocho años en que se cuestionan el papel del padre. En esta edad es posible que al recibir explicaciones sobre erotismo adulto, se sorprendan de saber que sus padres tuvieron relaciones sexuales para tenerlos a ellos. Puede incluso no ser una grata sorpresa comprender que los padres tienen ese nivel de interacción. Recordemos que no podemos generalizar en el desarrollo. Por lo que es posible que algunos niños muestren antes o después de los siete años mayor curiosidad específica sobre la vida sexual a esta edad, y deseen explicaciones más complejas.

Alrededor de los siete años, el niño puede aceptar explicaciones semejantes a la de la célula del padre y la madre, aunque no le preocupa cómo ésta llegó al vientre materno. Después de los ocho años casi todos los niños comprenden con claridad explicaciones más complejas.

Las potencialidades de paternaje y maternaje también se hacen patentes en la capacidad de los menores de cuidar, ayudar, proteger, llamar la atención a otros, especialmente mascotas, juguetes y niños más pequeños que ellos. En estos juegos suelen repetirse con claridad patrones de cómo perciben a sus padres.

Muy pronto aparecerá la primera menstruación y la primera eyaculación que capacitan para la reproducción. Estos son temas de interés, curiosidad y preocupación por lo que es necesario preparar a los menores oportuna y adecuadamente.

Referencias.

- Corona, E. (1994). *Identidades de género: en busca de una teoría*. En: Antología de la sexualidad humana. Tomo I.- México: Grupo editorial Miguel Ángel Porrúa, CONAPO
- Haffner, D. (1999). *From Diapers to Dating*. A parent's guide to raising sexually healthy children.- EUA: Newmarket press.
- Méndez, L. (1994). *La sexualidad en la infancia*. En: Antología de la sexualidad humana. Tomo II.-México: Grupo editorial Miguel Ángel Porrúa, CONAPO.
- Rubio, E. & Revuelta S., (1994). *Fisiología del erotismo humano*. En: Antología de la sexualidad humana. Tomo I.-México: Grupo editorial Miguel Ángel Porrúa, CONAPO.
- Weeks J. (2011) *The language of sexuality*. Routledge. London

SESIÓN 7

La construcción de la sexualidad en la adolescencia.

Esther Corona

ASPECTOS GENERALES DE LA ADOLESCENCIA

Casi todos los estudiantes de Secundaria ya son adolescentes, entendida la adolescencia la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como el lapso de la vida comprendido entre los 10 y los 19 años, también se define la juventud como el intervalo entre los 15 y 24, y se utiliza el término personas jóvenes para incluir a ambos grupos (OMS, 1995).

Físicamente, la adolescencia se inicia con la pubertad, alrededor de los 12 o 13 años y termina a los 19 o 20 años en la edad adulta. Estos períodos ocurren de distinto modo en diferentes ámbitos, es evidente que los adolescentes de las ciudades no viven las mismas experiencias que los que habitan las regiones rurales, además las oportunidades difieren radicalmente según la clase social, la ubicación geográfica y el género entre otros factores. Debe también considerarse el impacto de la globalización que se ha experimentado en todo el mundo debido a los medios de comunicación y las nuevas tecnologías y que ha afectado especialmente a adolescentes y jóvenes.

Los estudiosos de la adolescencia consideran que, intelectualmente, la adolescencia es el período en el que los individuos concretan la capacidad para el pensamiento formal que tiende a ser deductivo, racional y sistémico. Emocionalmente, es la etapa en la que el individuo puede aprender a controlar y dirigir sus impulsos sexuales, a establecer su propio rol sexual y a crear relaciones maduras. La segunda década de su vida incluye la independencia emocional de sus padres y el establecimiento de una clara jerarquía de valores. Existen varias tendencias para dividir la adolescencia en fases o etapas. En este trabajo la dividiremos en dos fases: la adolescencia temprana, periodo entre 10 y 14 años y de los 15 a los 19 como la segunda fase o la adolescencia tardía. Por supuesto que estas fases no tienen límites precisos, se imbrican una en otra y no necesariamente están ligadas a edades cronológicas. Además, como hemos dicho, están determinadas, definidas y limitadas por los contextos socioculturales donde ocurren.

La adolescencia no es sólo una etapa de transición. Debe considerarse una etapa evolutiva específica del crecimiento y el desarrollo del ser humano con valor en sí misma. El paso de la adolescencia a la adultez no está claramente determinado sino que se ve cristalizado paulatinamente en diversos aspectos. Se puede decir que la adolescencia ha terminado cuando se cumplen los siguientes parámetros:

- Establecimiento de la capacidad de pensamiento abstracto.
- Establecimiento de la identidad. La persona sabe quién es.
- Autonomía e independencia económica y emocional de la familia.
- Establecimiento de un sistema personal de valores.

- Capacidad para mantener relaciones duraderas y para unir el amor sexual con la ternura y el afecto, entre otros.

Es indiscutible que estos logros del desarrollo aparecen a edades distintas y no siempre todos coexisten.

ADOLESCENCIA TEMPRANA

Pubertad. Cambios físicos

La pubertad marca el fin de la niñez y el inicio de la adolescencia. No obstante, adolescencia y pubertad no son sinónimos. En tanto que la pubertad es un evento biológico, la adolescencia es básicamente un fenómeno psicosocial.

La pubertad se manifiesta como resultado de una serie de mensajes provenientes del hipotálamo y dirigidos hacia la hipófisis, “directora y coordinadora” de todas las glándulas de secreción interna, a través de las hormonas. Estos cambios, que se traducirán en las características sexuales primarias y las secundarias, tienen su origen en el nacimiento y por lo regular se presentan con cierto orden en los niños y niñas. Usualmente, las niñas inician los procesos de cambio entre los 8 y los 16 años y requieren de un promedio de 4 años para completar la madurez. En los niños el proceso se inicia entre los 10 y los 16 años y requiere de hasta 7 años más para completarse.

Las y los púberes experimentan preocupación por su desarrollo corporal y su nueva apariencia. Se comparan entre sí con profundos sentimientos de frustración y malestar en aquellos en los que el proceso es más lento o demasiado rápido en contraste con sus iguales. En este rubro, es importante que el profesional de la salud pueda asegurarles que tarde o temprano su desarrollo será completo y que en general están sanos, ayudarles a apreciar su cuerpo y percibir los cambios como un proceso natural.

Para muchos púberes la primera menstruación o eyaculación es vivida con temor y vergüenza por ignorar lo que les ocurre, para otros puede marcar la entrada a la vida adulta con todas sus responsabilidades y preocupaciones. La vivencia de la primera eyaculación o menstruación podría ser un evento deseado, esperado y recibido en óptimas condiciones, con respeto y valoración si los menores recibieran educación sexual adecuada y aceptación de sus familias y comunidades.

Aspectos psicológicos generales.

Un aspecto central en el desarrollo psicológico del adolescente es la búsqueda de su identidad. Según Erikson (en: Papalia et al., 2003), en esta etapa se inicia la crisis de identidad versus confusión de identidad. Esto significa que el adolescente busca desarrollar un sentido coherente de sí mismo, con una participación útil y valiosa para la sociedad. No obstante, estos logros son paulatinos, no se resuelven a plenitud de un momento a otro y pueden presentarse rasgos inconclusos aún en la vida adulta.

En los primeros años esta crisis de crecimiento adquiere un tono ascendente y, para su resolución, el adolescente requiere que la familia, la escuela y la sociedad en general le brinden las oportunidades para practicar, aprender, obtener reconocimiento y elevar su autoestima de manera que le posibilite conocerse, incluyendo la esfera sexual, para que pueda tomar

decisiones planeadas y evaluar las posibilidades de progreso y se evite el estancamiento en la construcción de la identidad.

De acuerdo con Piaget en esta etapa los jóvenes entran al nivel más alto de desarrollo cognitivo: es el período de las operaciones formales donde se logra la capacidad para el pensamiento abstracto. Éste suele ocurrir después de los doce años de edad, y brinda al adolescente la oportunidad para manejar la información de manera diferente. Ahora no sólo elaboran ideas y resuelven conflictos a partir del presente sino que pueden anticipar sucesos y consecuencias, con base en lo que podría ser verdad imaginan varias posibilidades, demuestran sus hipótesis y formulan nuevas teorías.

Identificación y autoimagen.

Los y las adolescentes se identifican como parte de un grupo particular y expresan esa identidad colectiva también por medio de su imagen. Por ejemplo por medio de la vestimenta, el uso de ciertos colores específicos, así como su música y lenguaje, tipo de baile y artistas preferidos. Los estereotipos culturales, y específicamente aquellos acuerdos sociales sobre los roles asignados a los hombres y las mujeres adolescentes, intervienen en la manera como éstos dirán al mundo a cuál grupo y a qué estatus social pertenecen.

En la búsqueda de modelos de identificación, los medios de comunicación adquieren cada vez un papel más importante. Los modelos ideales de belleza promovidos en la actualidad se manifiestan en forma de dietas severas y control no saludable sobre el peso y la talla corporal. Los trastornos de la alimentación son cada vez más frecuentes en este grupo de edad y ponen en riesgo la salud.

Los cambios cognitivos abren la posibilidad de añadir nuevas formas de educar en sexualidad, aumentan la posibilidad de diálogo, reflexión y análisis, se pueden integrar conceptos más complejos y en múltiples dimensiones y en alguna medida, al planear la vida sexual, podrían anticipar el futuro.

Relación con los padres y la familia.

La familia sigue siendo el núcleo social más valioso en la primera adolescencia, aun cuando la búsqueda de la propia identidad guíe a los adolescentes a “separarse” de ésta. La interacción con los padres se torna, en muchos casos, ambivalente, impulsiva, intensa y agresiva, con cambios constantes del estado de ánimo que desconciertan, y una fluctuación entre intensa alegría y amor o pesimismo y rechazo.

¿Cuál es la diferencia entre las familias conflictivas en la adolescencia y aquellas familias que igualmente presentan crisis pero las resuelven de manera más eficiente y con menos fricción y agresión? Seguramente la respuesta a esta interrogante tiene múltiples variables. Una substancial que se ha estudiado es el grado de cercanía y contacto afectivo que los adolescentes tienen con sus padres y el tipo de autoridad que se maneja en la familia. En 1999, Blum (en: Shutt-Aine 2003) encontró que el tener relaciones significativas con los padres y/o con una figura adulta, así como el contar con una familia extendida, son factores altamente protectores en la juventud. Los padres autocráticos o sobreprotectores disminuyen la autoestima de sus hijos, impiden su desarrollo y la adquisición de habilidades para la vida.

Cuando los profesionales de la salud logran incluir a los padres de familia, ayudan a formar una orientación poderosa, lógica y coherente que definitivamente tendrá más peso en la

construcción de la salud sexual que los medios de comunicación u otro medio de información. Así, la salud sexual ya no es sólo responsabilidad del adolescente, sino también de su entorno, proporcionando al menor un alto nivel de confianza y seguridad y fortificando sus “habilidades para la vida”. La OMS (1998), define a éstas como: “la habilidad que admite tener una conducta positiva y adaptativa que permite a los individuos enfrentar de manera efectiva los retos y demandas de la vida diaria”

Relaciones interpersonales con los amigos y el grupo de pares

Fuera de la familia, el grupo de amigos o pares proporciona al adolescente inseguro, temeroso y solitario una “identidad colectiva”. Esta identidad hace que se separe el “mundo de los adultos” del “mundo de los jóvenes”.

Al separarse de los padres, el y la joven buscan otras figuras significativas que llenen su vacío emocional: otros adultos que no son sus padres, así como su grupo de compañeros y amigos. Con estos adultos, que pueden ser cercanos, establecen vínculos afectivos intensos con una comunicación abierta de relativa igualdad.

Los amigos llenan de una manera especial el vacío y la soledad que deja el alejamiento de la familia en búsqueda de la propia identidad. Tienen funciones muy importantes, que a veces los padres desconocen. Si bien es cierto que desde la infancia los hijos ya tienen amigos, es durante la adolescencia cuando éstos juegan un papel trascendental.

Los grupos pueden ayudar a un menor a cubrir carencias emocionales y hasta económicas vividas en la infancia y a su vez ejercen presión sobre los y las adolescentes. Las posturas de los adolescentes ante estas influencias pueden ser variadas. Desde aquellos que no permiten que sus pares les dirijan o sugieran una conducta, a otros que adoptan la conducta unificando su forma de actuar. En muchos casos las adolescentes mujeres son más susceptibles a la presión de sus pares que los varones, especialmente aquellas que cuentan con escasas habilidades sociales y poca confianza en sí mismas (Feldman y Elliot, 1990, en: Shutt-Aine, op. cit).

A veces las presiones van en contra de su educación o buen juicio, pero su necesidad de ser aceptado es tan imperiosa que admitirán situaciones incluso cuando puedan ser dañinas o autodestructivas. Así, muchas veces el inicio de las relaciones sexuales, la negativa al uso de anticonceptivos o preservativos, la accesibilidad a relaciones bajo coerción, el tener varias parejas o actividades como fumar o consumir drogas, pueden hallarse influenciadas por la presión del grupo de pares, aun cuando el o la joven no se sientan listos para llevarlas a cabo por propia iniciativa.

Cuando los padres critican al amigo o amiga elegidos por el o la adolescente, éste necesita defenderlo porque en el fondo la crítica es para él que “no supo elegir bien a sus amigos”, cuestionando su capacidad para hacerlo y, por otro lado, ya que el o la amiga es realmente un espejo de sí mismo, la crítica significa para quien la recibe “lo que dices de él lo dices de mí”.

Reiteradamente en los primeros años de la adolescencia surge el enamoramiento hacia personas imposibles de alcanzar, como un artista de cine, una cantante o inclusive hacia adultos que están cerca de ellos pero con los cuales no existe la más remota posibilidad de reciprocidad, como es el caso de un maestro o el padre o la madre de algún amigo. Este tipo de amor se explica porque existe la necesidad de establecer un vínculo amoroso con una persona real, que ya tiene rostro, pero simultáneamente existe el temor de ser rechazado o de no

poseer los atributos que lo hagan atractivo ante el ser amado. Así, esta relación platónica florece exclusivamente en el mundo de la fantasía.

El amor adolescente se encuentra fuertemente influenciado desde la infancia por los estereotipos del “amor ideal” en el cual “todo se soporta y se perdona” y “todo se puede cambiar por amor”, particularmente en el caso de las mujeres. Estos ideales lejos de ayudar a los menores a desarrollar herramientas efectivas para construir una relación de pareja, favorecen la violencia, el temor a perder el amor, y la negación o postergación de conflictos que deben resolverse en cualquier relación.

El enamoramiento en esta etapa de la vida es intenso, y las pérdidas afectivas relacionadas con esta experiencia deben ser consideradas como serias. Especialmente en adolescentes con baja autoestima, en los que las repercusiones pueden ser demoledoras si no se les ayuda a ver un panorama positivo para el futuro.

Conducta sexual.

La práctica sexual más frecuente en la temprana adolescencia es el autoerotismo (la masturbación). No obstante, tanto los padres como los mismos adolescentes se preocupan sobre cuáles pueden ser los efectos del autoerotismo. Es importante que los profesionales de la salud aclaren estas interrogantes.

No sólo no existen estudios que demuestren que el autoerotismo sea perjudicial en el ámbito físico o psicológico, sino que ayuda (Sanz, 1990) a integrar una autoimagen adecuada, a apreciar y valorar el cuerpo y conocer sus sensaciones, aparte de ser una medida preparatoria para el encuentro con otro.

Es usual encontrar juegos eróticos en esta edad, tanto entre adolescentes de sexo diferente como del mismo sexo, sin que ello necesariamente signifique una expresión homosexual. Entre hombres son comunes los juegos y las competencias relacionadas con el tamaño del pene y la eyaculación, a veces acompañados de caricias

Por otra parte, aquellos adolescentes que tienen su primer coito durante la adolescencia, lo experimentan uno o dos años después de la menarquia o de la espermarquia (Haffner, 1995). En América Latina y el Caribe el promedio de edad para el primer coito generalmente se sitúa en la siguiente etapa de la adolescencia, aunque la edad de la primera relación coital parece estar descendiendo.

Los casos en que las mujeres tienen su primer coito antes de los quince años suelen verse frecuentemente relacionados con el abuso sexual y el matrimonio forzado. Aunque en países como Haití, el inicio sexual puede ser común entre los 10 y los 12 años (Shutt-Aine, op. cit.).

Para esta edad, hombres y mujeres tienen claridad sobre quién les atrae sexualmente y con quién quisieran vincularse. Sin embargo, es posible que menores homosexuales influenciados por la presión social no expresen su orientación inmediatamente e incluso tengan novios o novias del sexo diferente al suyo para ser aceptados y evitar conflictos producto de la ignorancia y el rechazo social. Alrededor de 1 de cada 10 personas tienen una orientación

¿Qué criterio puede adoptarse para considerar la práctica de la masturbación como excesiva?

Los límites para considerar el autoerotismo excesivo, como cualquier otra actividad, se definen cuando éste interfiere o impide la realización de actividades cotidianas, como comer, estudiar, relacionarse con amigos y amigas o inclusive dormir.

homosexual y sufren daños importantes a su autoestima por la ausencia de apoyo social a su dignidad y a sus derechos. Todavía más dramático es el caso de adolescentes trans que generalmente se ven imposibilitados para expresar su identidad sexual y que a menudo son objeto de bullying por sus compañeros.

Los adolescentes tempranos son altamente vulnerables a la agresión sexual. No obstante, falsas ideas como que el abuso sexual sólo ocurre con niñas, o información distorsionada en los y las adolescentes como pensar que el abuso sexual solamente sucede cuando se da una violación, o sólo le ocurre a cierto tipo de mujeres, no hacen sino incrementar la vulnerabilidad de este sector de adolescentes a la agresión sexual. López (1999), señala que la mayor frecuencia de abuso sexual se presenta (en España) entre los 12 y los 15 años.

Por último, es habitual que los y las adolescentes tempranos expresen su curiosidad sexual observando películas y revistas. En este sentido es aconsejable aclararles que la vida erótica suele ser más afectuosa, menos intensa y diversificada que lo que puede observarse en estos productos, además de propiciar información adecuada para la edad en materiales serios, que ofrezcan al menor un equilibrio en la construcción de su ideal erótico y estético.

El embarazo es un tema de interés para los y las adolescentes y los docentes tienen una gran tarea por realizar en este sentido. Los errores de información respecto al tema ponen en alto riesgo de embarazo no planeado a este grupo de edad.

Género y adolescencia temprana.

Los estereotipos de género tienen gran influencia en la construcción de la sexualidad adolescente. En numerosos países de Latinoamérica aún persiste una expectativa social de virginidad y castidad en la mujer antes del matrimonio. La Encuesta Nacional de Juventud 2000, realizada en México por el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ, 2001) y otras organizaciones, mostró que la razón esgrimida por la que el 40% de las mujeres todavía no habían tenido relaciones sexuales era “mantenerse virgen hasta el matrimonio”. Esta razón abarcó sólo al 5.8% de los hombres en las mismas circunstancias.

Por su parte, el FNUAP (1998), señala que “en muchas regiones del mundo donde se asigna un alto valor social a la virginidad, se obliga a las niñas a contraer matrimonio cuando tienen corta edad, y a menudo se las casa con hombres mayores. A su vez señala cómo, en América Latina y el Caribe, doce países aún tienen en vigor leyes que posibilitan que quien perpetre una violación evite ser encarcelado si contrae matrimonio con la mujer a la que ha violado. Incluso en casos de violación tumultuaria, en la medida en que uno de los atacantes ofrezca matrimonio (que a menudo la mujer acepta, a instancias de su familia) todos los culpables de la violación quedan exentos de castigo.

La expectativa de la virginidad genera violencia y obstaculiza una educación sexual integral al limitar la información referente al uso de anticonceptivos, dando además lugar a conductas de riesgo respecto al VIH/SIDA, especialmente al incrementarse la práctica del coito anal no protegido. Al respecto, Patz, Mazín y Zacarías (1999), señalan que la mayoría de las mujeres que han sido infectadas por el VIH sólo han mantenido relaciones sexuales con su esposo o la pareja estable, por lo que consideran importante que se respete el derecho de la mujer al conocimiento, pues éste es fundamental para tomar decisiones con conocimiento de causa y aplicar medidas apropiadas para protegerse y prevenir la infección por el VIH. De la misma manera, sugieren que los profesionales que facilitan la educación sexual deben alentar a las

mujeres a pedir a su pareja que la acompañe a los servicios de salud para discutir sobre temas de salud sexual. En casi todos los países de América latina existen servicios específicamente dirigidos a adolescentes auspiciado por los Ministerios de Salud.

Los mismos estereotipos de género y la disminuida conciencia sobre los mismos, pueden hacer que los padres, los maestros, los profesionales de la salud y en general los adultos, traten de manera muy diferente a hombres y mujeres adolescentes. A menudo se considera que las jóvenes deben ser “más cuidadas” que los varones por los “mayores riesgos” que enfrentan. En numerosos casos ellas ven así más coartada su libertad.

A un lado de esta adolescente educada para la dependencia y la sumisión se encuentra un varón también adolescente, incitado y presionado por el estereotipo masculino general de la sociedad a tener varias parejas sexuales e iniciar su vida sexual a temprana edad. Entre las dimensiones (Lundgren, 2000) comunes de la sexualidad masculina en América Latina se encuentran:

- La sexualidad masculina con frecuencia puede ser vivida como incontrolable y agresiva. Al percibir su conducta como esperada por la sociedad, los hombres agresivos pueden inclusive no darse cuenta de que lo son.
- Asimismo, la violencia puede ser experimentada como incontrolable al formar parte del contrato social. Por ejemplo, el hombre puede tener la expectativa que si sostiene económicamente a la mujer, ésta debe “soportarlo todo”.
- Tradicionalmente el machismo se organiza alrededor de una jerarquía social previa que establece la pasividad en las mujeres y la actividad en los hombres. Los hombres deben ser siempre activos sexualmente y las mujeres pasivas, sin expresar sus deseos.
- Se espera que el deseo sexual masculino esté separado del afecto y las emociones. Los hombres viven un intenso malestar por no poder responder sexualmente a pesar de su ansiedad, del desinterés o los conflictos de pareja.
- Se espera que los hombres tengan experiencia sexual. La masculinidad de los hombres puede verse cuestionada si a cierta edad éstos no han tenido ya relaciones sexuales, mientras que se espera que las mujeres sean castas. Bajo el efecto de esta presión, existe aún un pequeño número de adolescentes mexicanos que inicia su vida sexual con una trabajadora sexual.
- Se espera que los hombres dominen a las mujeres y son ridiculizados si no lo hacen. Se justifica que los hombres sean celosos, posesivos y reaccionen violentamente ante la infidelidad. Es frecuente que los celos sean percibidos como parte de las expresiones de amor.
- Se espera que los hombres tomen riesgos. Esto puede inducir a los hombres a tener vida erótica no segura o protegida.
- El machismo enfatiza la visión de las mujeres como objetos sexuales. En algunas culturas se continúa pensando que las mujeres no tienen los mismos derechos sexuales que los hombres, mientras puede verse como legítimo que los hombres al no controlarse vean a las mujeres como objetos sexuales.

Como se puede observar, estas expectativas e influencias sociales pueden engendrar la violencia entre los géneros.

Otras influencias importantes sobre la sexualidad de los hombres y las mujeres adolescentes son los estereotipos que por la edad son depositados por nuestras culturas sobre los mismos. La idea popular de que las y los adolescentes son buscadores de situaciones sexuales riesgosas que viven sólo en el presente, aunada al error de algunos adultos que consideran que los y las adolescentes son naturalmente promiscuos y por lo tanto si se les brinda información sobre sexualidad serán sexualmente más activos, más que ayudar a fortalecer la capacidad de tomar decisiones y ejercer una sexualidad saludable, de acuerdo a lo que se quiere ser siendo hombre o mujer, provoca que se eviten los temas educativos sobre la sexualidad protegida y sin riesgos (Rivers y Aggleton, 1998).

ADOLESCENCIA TARDÍA Y JUVENTUD

Aspectos Generales.

La adolescencia tardía se inicia en las mujeres alrededor de los 14 o 15 años y en los varones después de los 16 y 17 años. Si bien esta etapa abarca una amplia gama de cambios y logros en general, “se caracteriza por la mayor autonomía e independencia del adolescente, por los cambios emocionales menos marcados, menor ambivalencia y egocentrismo. Se establecen con mayor claridad las normas y valores propios y se observa mayor control de sus impulsos. Se define con mayor claridad su identidad.

En esta etapa los factores neurológicos y del ambiente dan lugar a la madurez cognitiva. Al establecerse la capacidad plena de pensamiento abstracto se hacen presentes el razonamiento y la argumentación como reflejo de las adquisiciones de esta etapa de operaciones formales, pues ello implica el razonamiento hipotético deductivo donde puede pensarse en términos de posibilidades, manejar con flexibilidad los problemas y capacidad para demostrar en la realidad sus ideas respecto a diversas dimensiones de la vida.

En muchos casos la elección profesional se ve truncada por una realidad de pobreza y limitaciones siendo tan sólo una fantasía para muchos adolescentes la expectativa de poder ser médico, maestra, ingeniero o abogada “cuando sea mayor”, a pesar de contar con la capacidad mental y las habilidades para ello. Por suerte este panorama no es igual para toda la población, por lo que cuando existen incluso mínimas oportunidades de estudio, profesionales de la salud, docentes, la familia y la sociedad en general deben incrementar sus acciones para motivar a los jóvenes a continuar su educación formal.

En esta etapa existe un cambio notable en la relación con los padres. Aunque subsiste la crítica, ésta se vuelve más objetiva y realista. Ya no tratan de oponerse tan sólo porque algo fue dicho por sus padres, sino que reflexionan sobre dichas observaciones. El conflicto dependencia-

Hombres y mujeres como sociedad construyen y reafirman, basados en el abuso del poder, patrones de violencia que se mantienen y reproducen. Por ello, el profesional de la salud, debe dejar claras las necesidades de equidad y respeto entre los géneros, entre niños y adultos, entre adolescentes y ancianos y cualquier otra variedad de relación independientemente de la edad, la religión, el sexo, la posición económica o la actividad que realicen los y las adolescentes.

independencia empieza a resolverse. Paulatinamente toman decisiones y se responsabilizan de sí mismos.

Con el aprendizaje de habilidades sociales se adquiere confianza y seguridad personal para relacionarse. El antecedente del amor romántico y después erótico es el amor que se siente hacia uno o varios amigos. Esto significa que en el establecimiento de amistades se aprende a ganarse la estimación y el afecto de alguien que no es de la propia familia, y a apreciar las cualidades y a tolerar los defectos del otro. Quien no ha aprendido a amar a un amigo difícilmente podrá amar a un compañero o cónyuge. La diferencia entre un tipo de amor y el otro es que al segundo se agregan los deseos sexuales y la manifestación erótica.

En la sexualidad se viven algunos de los aspectos más notables de las transformaciones de la tardía juventud.

La identidad de género se consolida, la orientación sexual está definida, aunque no necesariamente se expresa. En la adolescencia tardía se conoce la experiencia del compartir con otro, se aterrizan las fantasías a la realidad, se siente en todo el cuerpo la atracción ante esa persona especial, se vive la sexualidad intensamente y a cada momento.

Ahora el placer empieza a vivirse de manera más integral, adquiriendo tonos adultos. El autoerotismo sigue siendo una conducta frecuente aunque no con la misma asiduidad que en la adolescencia temprana.

En términos ideales, ahora se vive sin culpa, de acuerdo a la curiosidad y los deseos sexuales, implica fantasías, favorece el reconocimiento de todas las partes del cuerpo, incluso incrementa la posibilidad de identificar algunas infecciones de transmisión sexual.

Las caricias intensas en las parejas ayudan también a los menores a identificar sus respuestas corporales y afectivas con un “otro” y preparan para la actividad coital, que en muchos casos sucede. La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales (para aquellos adolescentes que la inician) se calcula alrededor de los 15 años para los hombres y 17 para las mujeres.

El amor y la pareja de la y el adolescente tardío.

Para este momento de la vida, el amor ya no es necesariamente en “espejo”, es decir, no se busca una copia al carbón sino que se busca la complementación de sí mismo encarnado en otra persona, que en nuestras sociedades es casi siempre del otro género, aunque cada vez son más los y las jóvenes que reconocen su orientación hacia alguien del mismo sexo. Una vez integrada la identidad es posible arriesgarse a relaciones de intimidad, es decir, relaciones donde el individuo puede presentarse tal como es, sin máscaras y superada la inseguridad. El adolescente tardío coloca su amor cada vez más en una persona cercana y alcanzable.

El impacto del enamoramiento en las parejas jóvenes debe ser considerado especialmente cuando se intenta retrasar el inicio de las relaciones sexuales tempranas y sin protección, promover el uso del condón y la capacidad para negociar en la pareja ante cierta situación sexual y la planeación de la vida sexual en general. El enamoramiento puede llevar a un adolescente (e incluso a los adultos) a decidir sólo con el corazón, a no ver las consecuencias a mediano y corto plazo de las acciones realizadas y a “entregar todo por amor” y, en los casos de personas con más carencias afectivas, a dar lo que sea necesario para no perder a ese ser amado ciegamente.

Si bien el “amor” es un elemento deseable en las uniones de pareja, el amor maduro implica una decisión consciente de compromiso, involucra el conocimiento real de la pareja hetero u homosexual , la negociación de las discrepancias, la posibilidad de compatibilidad entre expectativas de vida, que a su vez son explícitas, entre otras. Por ello, los adolescentes requieren de espacios donde puedan hablar sobre su futuro, planear y decidir sobre el mismo, así como espacios privados donde puedan conocer realmente a sus parejas.

Atracción sexual.

A finales de la adolescencia la orientación sexual, cualquiera que ésta sea, está perfectamente definida se exprese o no abiertamente.

Ciertamente este es un tema que las familias, los profesionales de la salud y los mismos adolescentes exploran poco; sin embargo, es de gran importancia. Por ejemplo, la vivencia aislada y reprimida de un adolescente homosexual es una experiencia injusta y dañina.

Existen grupos que ayudan a los adolescentes y a sus padres a aceptar, aclarar y respetar la orientación sexual en un ambiente saludable. Los primeros grupos donde cualquier orientación (la homosexual, heterosexual o bisexual), debería ser respetada y apoyada, son la familia y la escuela.

Género y adolescencia tardía.

Como se habrá observado hay diferencias entre hombres y mujeres en donde, en general, se observa una clara desventaja hacia la mujer.

La misma educación sexual también es diferente para los hombres que para las mujeres. Todavía existen grupos en donde la presión social relacionada con la maternidad limita a la mujer en sus posibilidades de independencia, especialmente para aquellas mujeres que no comparten ese ideal. Por su parte, las opciones para los hombres se dirigen a la posibilidad de ser económicamente productivos, agresivos, determinados y responsables, ya que el hombre se enfrenta a un mundo de exigencias. De modo que si la situación económica lo permite, la mejor opción social para el hombre adulto será definitivamente el estudio y, de no ser así, el trabajo remunerado.

En el terreno sexual, no significa lo mismo que un hombre haya tenido varias parejas sexuales a que lo mismo haya sucedido en la mujer; en los hombres la virginidad a finales de la juventud puede ser motivo de rechazo y burla y, por esto, suelen iniciarse con una trabajadora sexual para aprender, mientras que, en muchos medios, para las mujeres la virginidad aumentará su “valor”. El estereotipo marca y exige que las mujeres tengan la obligación primordial de la educación de los hijos y los hombres de la manutención, y ambos fallan como “hombre” o “mujer” si no cumplen con estas expectativas. Las mujeres no deben expresar sus deseos sexuales y los hombres deben satisfacerlas, las mujeres deben casarse ante un embarazo para preservar su dignidad y los hombres deben hacerlo para cumplir y hacerse cargo “como hombres”.

La sexualidad impacta directamente en la salud y en la calidad de vida de los individuos, repercute en el desarrollo educativo, económico y socio cultural tanto para los hombres como para las mujeres. Y todos ellos al estar siendo presionados a actuar de formas no saludables, por pertenecer a uno u otro sexo, limitan o hasta pierden sus oportunidades de vida. Hombres y mujeres de cualquier edad tienen derechos sexuales, desean superarse, quieren tener una

adecuada calidad de vida y la mayoría desea una familia e hijos, y su esperanza realmente es ser felices en este mundo, con amor, con comunicación y con respeto. Ambos desean crecer y poseen el potencial para hacerlo. En este ideal, el sector salud puede participar y debe hacerlo, ayudando así a formar sociedades más equitativas, saludables y constructivas.

DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE Y JOVEN.

El tema de la población adolescente y joven como sujeto de derechos sexuales y reproductivos puede parecer controversial. Sin embargo, los y las jóvenes mismos han venido reivindicando estos derechos y se ha reafirmado en los ámbitos internacionales la idea de que adolescentes y jóvenes son capaces de tomar decisiones y tienen derecho a disfrutar del ejercicio y protección de los derechos sexuales y reproductivos *con igual legitimidad y plenitud* que las personas adultas (Andar 2007).

Referencias bibliográficas

- Andar (2007). Los Derechos Los derechos sexuales y reproductivos de las personas adolescentes y jóvenes. En: http://www.andar.org.mx/docs_pdf/D.SEX.REP..ADOLES.pdf
- Enciclopedia Británica, Adolescencia, Versión electrónica 2000.
- Family Health International, (1997). Gender norms affect adolescents, Network, vol. 17, núm. 3. Fondo de Población de las Naciones Unidas (1998). Violencia contra las niñas y las mujeres. Prioridad de salud pública: UNFPA.
- Haffner, D. (1999). From Diapers to Dating. A parent's guide to raising sexually healthy children.-EUA: Newmarket Press.
- Herbert, M. (1992). Entre la tolerancia y la disciplina.-España: Paidós.
- Instituto Mexicano de la Juventud, Secretaría de Educación Pública (2001). Encuesta Nacional de Juventud 2000.-México: Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud-Fundación Ford-INEGI. Marzo de 2003.
- López, F. (1999). La inocencia rota. Abusos sexuales a menores.-España: Océano.
- Lungarden, R. (2000). Protocolos de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones y hombres jóvenes en América Latina.-OPS: División de promoción y protección de la salud. Programa familia y población: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (2000). Promoción de la Salud Sexual, Recomendaciones para la acción, Actas de una reunión de consulta.-Guatemala. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Asociación Mundial de Sexología (WAS).
- Papalia, D., S. Wendkos y R. Duskin (2002). Psicología del desarrollo, 8ª. Ed.-Bogotá: McGraw Hill.
- Papalia, D., S. Wendkos y R. Duskin (2003). Desarrollo humano.-Bogotá: McGraw Hill.
- Papalia, D. (1992). Desarrollo humano.-México: McGraw Hill.
- Patz, D., R. Mazín y F. Zacarías. (1999). La mujer y la infección por el VIH-SIDA. Estrategias de prevención y atención: Organización Panamericana de la Salud.
- Rivers K. y P. Aggleton (1998). Adolescent sexuality. Gender and the HIV epidemic.-Londres: Institute of Education, University of London Press.
- Schutt-Aine, J. y M. Maddaleno (2003). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas, Implicaciones en programas y políticas: Organización Panamericana de la Salud-Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI) y NORAD, Washington .
- UNFPA (2003). Adolescent pregnancies / HIV/AIDS and other sexually transmitted diseases.

SESIÓN 9

Caracterización de los problemas más frecuentes de salud en personas trans ²¹	
Salud cardíaca	El efecto de las hormonas en la salud cardíaca no está suficientemente comprendido, pero hay razones para preocuparse con el estrógeno y la testosterona.
Salud mental	Aislamiento social, violencia física, rechazo familiar, temor y estigmatización contribuyen a cuadros de depresión, ansiedad autocastigo, suicidio y abuso de sustancias.
Transición de hombre a mujer: mujer trans	<ul style="list-style-type: none"> Hormonas (estrógeno) Bloqueadores andrógenos Aumento de mamas (implantes) Vaginoplastia y labioplastia Orquiectomía Afeitado de tráquea Reducción de huesos faciales Rinoplastia
Transición de mujer a hombre: hombre trans	<ul style="list-style-type: none"> Hormonas (testosterona) Masculinización del pecho Histerectomía, salpingo-ooforectomía Faloplastia Metoidioplastia Vaginectomía Escrotoplastia Uretroplastia Prótesis testiculares

Terapia hormonal de género cruzado
Terapia hormonal de género cruzado – MAH Trans Andrógenos – inyectables: Testosterona (cipionato o enantato) Andrógenos – otros: Testosterona (Androgel, Androderm, Testim, Striant, etc.)
Terapia hormonal de género cruzado – HAM Trans

²¹ Tomado de: Bernal, M. (2010). *Provisión de servicios afirmativos de salud para personas LGBT*. Colombia Diversa. Bogotá. pp. 39-42. Disponible en: http://colombiadiversa.org/colombiadiversa/images/stories/que/CAPACITACION/salud/Provision_de_servicios_afirmativos_de_salud_para_personas_LGBT.pdf

- Estrógenos inyectables
- Estrógenos transdérmicos
- Estrógenos orales: Estradiol (Estrace). Espironolactona (Anti-Andrógeno)
- 5-a
- Inhibidores de reductasa: Finasterida (Proscar, Propecia), Dutasterida, (Avodart Flutamida (Eulexin)

Efectos de la terapia estrogénica y anti-andrónica. De hombre a mujer trans

Efectos deseados de la terapia estrogénica	Efectos Adversos
<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de mamas - Disminución del vello corporal - Reducir, detener o revertir la pérdida de pelo androgénico - Suavización de la piel - Efectos de la terapia estrogénica - Redistribución de grasa a un hábito ginecoide (menor cintura, caderas más amplias) - Reducción de la masa muscular de la parte superior del cuerpo y fuerza - Sentido psicológico de bienestar - Ningún efecto en pelo de la barba <p>Cambios genitales (castración química):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atrofia testicular - Reducción de tamaño del pene - Disminución en la frecuencia y fuerza de las erecciones - Disminución en el volumen y contenido del semen - Reducción del tamaño de la próstata 	<ul style="list-style-type: none"> - Tromboembolismo, - Mayor riesgo de cáncer de mama - Hiperprolactinemia / adenoma pituitario - Hepatotoxicidad - Riesgo cardiovascular - Infertilidad - Ansiedad/depresión - Cálculos biliares - Hipertensión

Mujeres trans

Silicona	Es común encontrar mujeres trans de estratos económicos bajos, con procesos de deterioro físico avanzado y necrosis asociado al uso de implantes en mal estado o de productos inyectables utilizados para moldear o modelar la figura, que van desde aceite mineral, parafina, silicona industrial o retinol.
-----------------	---

	<p>Muchas veces cuando las mujeres llegan a los servicios de salud son revictimizadas y culpadas por su estado de salud resultado de haber recurrido a estas prácticas que ponían en riesgo su salud y que a juicio de algunos prestadores de servicios y del propio sistema de salud son simplemente “asuntos estéticos”.</p> <p>Las inyecciones de silicona, especialmente en las llamadas ‘fiestas de silicona o bombeo’, pueden provocar muchos problemas y efectos secundarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transmisión de la hepatitis B y C • Transmisión del HIV • Reacciones que resultan en cicatrices que desfiguran • Contaminantes que entran al torrente sanguíneo y causan la muerte
Cáncer	<p>Los efectos de las hormonas en el riesgo de cánceres – mamas, hígado, útero, próstata – no son bien comprendidas</p> <p>El riesgo de cáncer puede aumentar por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un menor acceso a los servicios de salud • Evitar los servicios de salud • Evitar exámenes genitales específicos (pélvico, toma de PAP, anal, próstata, testicular, mamas/pecho) • Percepción de un menor riesgo (cáncer prostático en mujeres Trans, cáncer de mamas en hombres Trans) Si la persona conserva el órgano – testículo, próstata, cuello uterino – aunque este esté atrofiado, aún puede ser susceptible de desarrollar cáncer. • La cirugía superior en hombres Trans puede dejar tejido de mamas residual en el pecho y cerca de la axila. • El uso de estrógeno en mujeres Trans puede conducir a un mayor riesgo de cáncer de mamas, el cual puede ser más difícil de detectar debido a las inyecciones o implantes de silicón.

Problemas asociados con los prestadores de servicios de salud²²	
Falta de sensibilidad	Falta de sensibilidad del prestador o prestadora de servicios de salud y de educación sobre temas relativos a las personas transgénero.
Limitaciones del sistema de salud	Para poder hacer sus transiciones a nivel clínico, las personas trans requieren, en algunos países, ser diagnosticados con un desorden de la identidad de género, emitido formalmente por un psiquiatra. Ante esta dificultad, enfrentan respuestas negativas, dilaciones, burlas y maltratos por parte del personal de salud
Vacíos de política pública y regulación sobre cuestiones trans	Cuando no hay una política nacional formal para la atención de personas trans la salud de estas personas está supeditada "al azar y la suerte" de encontrar un proveedor de servicios de salud que entienda medianamente sus necesidades y problemáticas.
Falta de información	Falta de información sobre las necesidades de salud y entrenamiento formal sobre cuestiones de salud transexual para personal médico y de enfermería
Falta de rutas de atención	Dificultad de entender desde el primer nivel las necesidades particulares de las personas trans y por tanto hay una errónea referencia a servicios de segundo y tercer nivel.
Falta de especialistas	La ausencia de una persona especialista en salud trans para supervisar la adecuación de servicios y rutas de atención para personas trans.

Problemas asociados con la conducta y percepción de los servicios que tienen las personas trans	
Temor a la discriminación y abuso	Temen actos de discriminación y agresión por parte del personal con base en una historia de abusos y maltratos en los servicios de salud.
Falta de cobertura en salud	Muchas personas trans no cuentan con seguro de salud ni con empleo. Quienes tienen un seguro de salud, con frecuencia, enfrentan que sus necesidades no están cubiertas por dichos seguros.
Temor a ser expuestos	Incomodidad frente a un posible examen físico y de ser expuestas públicamente frente a un equipo de profesionales de la salud.
Temor a revelar su identidad	Muchas personas trans se rehúsan a revelar su identidad o el uso que hacen de hormonas, lo cual puede conducir a que no reciban una atención apropiada. Desafortunadamente, el revelar la identidad de género o el uso de hormonas, puede conducir también a la discriminación y a un tratamiento inapropiado.
Múltiple discriminación	Enfrentar múltiple discriminación cuando además la persona trans se identifica como homosexual, lesbiana, gay o bisexual o pertenece a alguna minoría étnica o vive con algún tipo de limitación física o pertenece a un estrato económico bajo.
Limitados servicios de apoyo psicosocial	Limitados servicios de apoyo psicológico calificado para personas trans, para sus apoyo familias y otras personas significativas.
Limitado número y calidad de especialistas	Limitada disponibilidad de cirujanos, cuidados post operatorios, endocrinólogos, psiquiatras calificados.
Costos exorbitantes	Costos fuera del alcance para la mayoría de las personas trans.

²² Idem.

COMPONENTES DE UN PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN GENERAL

1. Dieta y estilo de vida
2. Vacunas
3. Salud mental
4. Consumo de sustancias
5. Inyecciones de relleno de tejido blando
6. Salud sexual
7. Diabetes mellitus
8. Enfermedad cardiovascular
9. Exploración pulmonar
10. Cáncer
11. Salud musculo- esquelética
12. Exploración tiroidea

Para mayor información, favor visitar a aidstar-one.com.

AIDSTAR-One

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 16th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Teléfono: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Correo electrónico: info@aidstar-one.com

Internet: aidstar-one.com