LIBRO

Apuntes para el trabajo en sexualidad desde los enfoques de género, derechos y diversidad

Pablo López Gómez · Fernanda Ferrari

Gurises Unidos, Área Sexualidad y Género. Con el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Montevideo, 2008 · ISBN 978-9974-8086-3-8

Cómo citar: López Gómez, P. y Ferrari, F. (2008). Apuntes para el trabajo en sexualidad desde los enfoques de género, derechos y diversidad. Montevideo: Gurises Unidos; MSP; UNFPA.

Ficha bibliográfica. La publicación original comienza en la página siguiente. Disponible en enred.uy

APUNTES
para el trabajo en

sexualidad desde los enfoques de género, derechos y diversidad

gurises unidos

UNFPA
Fondo de Población de las Naciones Unidas

Naciones Unidas Uruguay
Unidos en la Acción

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

APUNTES
para el trabajo en sexualidad desde los enfoques de género, derechos y diversidad

Este material ha sido elaborado por Gurises Unidos, a través del Área Sexualidad y Género, el mismo recoge los principales contenidos temáticos trabajados en las instancias de capacitación dirigidas a adolescentes y profesionales de la salud, educación y actores de la sociedad civil, desarrolladas a nivel nacional, principalmente en el marco del Proyecto ECOS (Estrategias Comunitarias en Sexualidad) coejecutado con el MSP con el apoyo del UNFPA.

Contenidos: Ed. Social Pablo López (Autor Principal) y Lic. Soc. Fernanda Ferrari.
Corrección de textos y edición: Lic. T.S. Inés Lasa, A.S. Solana Quesada.

Agradecemos especialmente los aportes de Carlos Güida y Valeria Ramos Brum y la participación de Natalia Xavier para el diseño de las ilustraciones.

Ilustraciones: Roberto Otermin.
Diseño: Francesca Casariego.
Imprenta: Rojo.
Depósito Legal:
ISBN: 978-9974-8086-3-8
Fecha de elaboración de contenidos: diciembre 2008.

Segunda Edición: Octubre 2010. Realizada con el apoyo del Programa Global de Aseguramiento de Insumos para la Salud Reproductiva (UNFPA).

Los textos incluidos en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones ni del UNFPA ni del Ministerio de Salud Pública. Este documento es para distribución general. Se reservan los derechos de autoría y se autorizan las reproducciones y traducciones siempre que se cite la fuente. Queda prohibido todo uso de esta obra, de sus reproducciones o de sus traducciones con fines comerciales.

Gurises Unidos
Carlos Roxlo 1320. CP 11200
Montevideo – Uruguay
598 2408 8572
gurises@gurisesunidos.org.uy
www.gurisesunidos.org.uy

Índice

Prólogo 5
Introducción 7

PARTE I 9

1. Acerca de este material 9
1.1 ¿Para qué lo escribimos? 9
1.2 ¿Cómo sugerimos utilizarlo? 10
1.3 Lo escribimos pensando en... 11

2. Enfoques transversales 13
2.1 La perspectiva de derechos 13
2.2 La perspectiva de género 21
2.3 La perspectiva de diversidad 30

PARTE II 37

3. Contenidos específicos 37
3.1 Delimitando ideas (sexualidad, sexo, prácticas sexuales, relaciones sexuales) 37
3.2 Género 47
3.3 Diversidad Sexual 55
3.4 Cuerpo y sexualidad 65
3.4.1 Los genitales y la respuesta sexual humana 69
3.5 Salud y derechos reproductivos 85
3.5.1 La reproducción humana 86
3.5.2 Decisiones reproductivas 91
3.6 Infecciones de transmisión sexual 105
3.7 Promoción de los derechos sexuales y reproductivos con énfasis en la participación adolescente 119

Prólogo

Este año se conmemoran quince años de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) llevada a cabo en El Cairo en setiembre de 1994. Esta Conferencia significó un cambio de paradigma en el abordaje de las temáticas de población y desarrollo, en particular las referidas a salud sexual y reproductiva, derechos reproductivos e igualdad de género.

Su impacto se hizo sentir en Uruguay. No es casualidad que hace también quince años que Gurises Unidos emprende acciones a favor de los derechos sexuales y reproductivos, con énfasis en la participación de adolescentes.

Hoy celebramos esta publicación que concreta una demanda social, referida a la necesidad de sistematizar los contenidos y enfoques trabajados en los cursos brindados por esta ONG a lo largo de estos años dirigidos tanto a las personas adultas del sector salud, educación y de la comunidad en general, como a los y las adolescentes del Uruguay.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en tanto agencia de cooperación internacional para el desarrollo que promueve el derecho de cada mujer, hombre y niño/a a disfrutar de una vida sana con igualdad de oportunidades, apoya esta iniciativa con el fin de avanzar en la implementación de las acciones del Programa de Acción del Cairo.

UNFPA trabaja junto a instituciones gubernamentales, académicas y de la sociedad civil en la implementación de políticas públicas y programas de desarrollo que atienden prioridades poblacionales desde un enfoque de derechos y una perspectiva de género. La promoción del derecho de los y las adolescentes y jóvenes a tomar decisiones informadas, voluntarias y responsables sobre su salud sexual y reproductiva forma parte de estas prioridades. En este sentido, "Apuntes para el trabajo en sexualidad desde los enfoques de género, derechos y diversidad" constituye un aporte de suma utilidad para la sociedad uruguaya.

Magdalena Furtado
UNFPA - Uruguay

En la redacción de este material se encontrarán mayoritariamente con un lenguaje que utiliza el genérico masculino para referirse a todas las personas, varones y mujeres. Tomamos esta decisión para agilitar la lectura y poder comunicar de forma más efectiva. Sin embargo, cuando el uso de este lenguaje refuerza claramente estereotipos o promueve la desigualdad fue descartado. Por tanto encontrarán también frases escritas en lenguaje inclusivo de modo de subrayar la importancia de problematizar ese contenido desde la perspectiva de género.

Introducción

A través de la experiencia adquirida durante una trayectoria de ya 20 años, Gurises Unidos, en su calidad de organización defensora de los Derechos Humanos, especialmente de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, ha visualizado la necesidad de integrar en sus prácticas a los Derechos Sexuales y Reproductivos, como Derechos fundamentales para el desarrollo pleno e integral de las personas.

En este contexto, hemos generado acciones en la búsqueda de integrar la Agenda de los Derechos del Niño con la Agenda de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Entendemos que muchas veces ambas Agendas transitan por caminos paralelos, existiendo una percepción errónea de que éstos últimos se circunscriben al mundo adulto. Coincidimos con Ana Ma. Fernández cuando expresa: "En tal sentido, el conocimiento del mundo social y de las categorías que lo posibiliten forman parte de la lucha política por el poder de conservar o transformar, las categorías de percepción de este mundo", (1994:127).

Esperamos que este material sea un aporte en la búsqueda una mirada integradora. El mismo recoge los diversos aprendizajes de las distintas acciones de promoción, formación e incidencia que Gurises Unidos, como miembro de la Sociedad Civil, ha venido emprendiendo a lo largo de estos años en la búsqueda de una sexualidad plena para todos y todas, desde una perspectiva de género que favorezca las relaciones equitativas entre varones y mujeres.

Es en este marco, que recogemos aquí los aprendizajes y las acciones llevadas adelante en distintos departamentos de Uruguay, en diferentes contextos, con los más diversos actores, especialmente aquellos/as provenientes de los sectores de la educación, de la salud, de organizaciones sociales, públicas y privadas; integrando en un lugar protagónico de estas iniciativas la participación de los y las adolescentes.

En este andar, hemos tenido como aliados al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y al Ministerio de Salud Pública. Consideramos que esta alianza estratégica, al tiempo que diversa, constituye en sí misma una riqueza en donde tres actores con lógicas e institucionalidades distintas, (cooperación internacional, organismo del Estado y Organización de la Sociedad Civil), se articulan con el objetivo de los Derechos sean una realidad para todas y todos.

Los/as invitamos a compartir estas páginas, esperando que las reflexiones y aportes que puedan surgir a partir de esta herramienta tengan una función removedora y fermental en las prácticas cotidianas de quienes estamos éticamente comprometidos/as con estos temas.

Lic. Psic Gonzalo Salles
Director de Gurises Unidos

PARTE I

1. Acerca de este material

Bienvenidos y bienvenidas. Antes de introducirnos directamente a los contenidos, nos gustaría que pudieran tomarse unos minutos para leer esta presentación. En ella explicaremos brevemente el origen de este material, qué contenidos pueden encontrar, qué cosas han quedado afuera y a quiénes está dirigido.

Explicaremos también qué buscamos con el estilo de escritura, y les haremos algunas sugerencias acerca de cómo entendemos que debe utilizarse este material. Empezamos entonces, haciendo un poco de historia.



1.1 ¿Para qué lo escribimos?

Desde hace 15 años, Gurises Unidos ha emprendido acciones a favor de los derechos sexuales y reproductivos, que con el tiempo fueron creciendo en cantidad, calidad y alcance hasta constituirse en 2004, en un área específica de la organización que hoy se denomina Sexualidad y Género.

Desde 2001 se ha venido trabajando fuertemente en capacitación y sensibilización en sexualidad, salud reproductiva y género, realizándose cursos y talleres dirigidos a profesionales de la salud, la educación y las ciencias sociales principalmente, así como a otros operadores sociales y referentes comunitarios. Asimismo se han hecho numerosos cursos dirigidos a adolescentes interesados en la temática.

Con el espíritu de generar un material de consulta accesible para quienes quisieran trabajar la temática y servir de apoyo a los cursos, se elaboraron dos materiales anteriores: La “Guía metodológica: Material de apoyo en salud sexual y reproductiva con enfoque de género” (2002) y “Modelos para armar y desarmar” (2005).

Con el correr del tiempo surgió una nueva demanda, referida a la necesidad de sistematizar los contenidos y enfoques trabajados en los cursos, para poder recordarlo en el momento que se fuese a utilizar. Si bien es cierto que buscando podremos encontrar cualquiera de los contenidos de este material en otros libros, hay dos motivos principales que nos llevaron a escribirlo.

En primer lugar, porque entendimos importante generar un material transversalizado por los enfoques de derechos, género y diversidad. Quizás puedan, por ejemplo, encontrar el tema "Embarazo" en cualquier libro. Sin embargo es importante pensarlo desde estas tres perspectivas antes de hacer un taller o cualquier actividad comunicativa al respecto. Si no, sin querer o queriendo, empezamos a generar actividades que pueden ir en contra de estas perspectivas. Siguiendo con el ejemplo, un taller de "prevención del embarazo en la adolescencia", desde el título, nos anuncia que no consideró la incorporación de los enfoques. Sin embargo, en librerías, en folletería y aún en internet, este tipo de materiales es el que más abunda. Más adelante abordaremos este tema en profundidad.

En segundo lugar, porque quisimos generar un compilado que reuniera los principales contenidos trabajados en los cursos realizados desde el Área Sexualidad y Género de Gurises Unidos dirigidos a adolescentes, y gran parte de los contenidos de los cursos dirigidos a adultos, en un lenguaje claro para unos y para otros. La compilación, nos parece, aporta a la comprensión integral de los contenidos, en tanto unos se enganchan con otros y a la vez son atravesados por los enfoques. El lenguaje elegido y el estilo de escritura, que recurre permanentemente a la pregunta, busca recrear los plenarios de los talleres o actividades. La idea es transmitir el contenido de forma rigurosa pero simple, haciendo los énfasis que habitualmente realizamos en los cursos.

Tomando como guía estas dos premisas, generamos el material que les estamos presentando y esperamos, les sea de utilidad.

1.2 ¿Cómo sugerimos utilizarlo?

Cuando planificamos los cursos, habitualmente empezamos trabajando los enfoques principales, para luego abordar los contenidos específicos. La lógica de este material es la misma, y presenta primero los enfoques.

Nosotros recomendamos fuertemente leer el capítulo 2 completo, antes de pasar a los contenidos específicos. Muchas ideas se darán por sentadas cuando se trabajen los mismos, porque se supone fueron leídas en el capítulo anterior.

Asimismo, sugerimos que cada vez que se consulte una de las unidades temáticas, puedan, al terminar de leerlas, confrontarlas. Pregúntense: ¿Qué falta acá?; ¿Qué aspectos de la realidad donde yo quiero trabajar no están contemplados?; ¿Cómo puedo mejorar esta propuesta de contenidos? Y también confróntense ustedes mismos: ¿Qué ideas previas tengo acerca de este tema?, ¿cuántas de esas ideas son prejuicios y pueden complicar mi trabajo?, ¿puedo trabajar desde una perspectiva de derechos, género y diversidad esta temática?

En esa misma línea, les sugerimos no descartar visiones distintas sobre estos mismos contenidos, que puedan tener ustedes mismos, que puedan encontrar en otros materiales o que puedan traer las personas que participen de las actividades. Al contrario, así se trate de un matiz o contraste en el enfoque o de una discusión técnica, toda confrontación de ideas debe ser bienvenida. Y muchas veces es bueno que nosotros mismos manifestemos en nuestras actividades, si no aparecen espontáneamente, que existen diversas visiones del tema. Por eso recomenda-

mos le permitan al material discutir con ustedes, con otros materiales y con la realidad que afrontamos.

Recomendamos también, cuando nos dispongamos a trabajar un contenido, tener a mano una lista de "contenidos que no pueden faltar", para discutirlos y revisarlos antes y después de la actividad. Antes, para pensar si estamos de acuerdo, sacar o agregar algo. Después para verificar si fue posible trabajarlos, por qué si o por qué no, y cuál será la estrategia para incluirlos en el futuro (más encuentros educativos, otra estrategia de comunicación, otras técnicas facilitadoras).

1.3 Lo escribimos pensando en...

Este material está dirigido a todas las personas que desde diferentes lugares e inserciones estén a favor de que todas y todos podamos vivir nuestra sexualidad de forma plena y placentera, libre de temores y prejuicios, con autonomía y responsabilidad.

Esto incluye a personas, grupos y organizaciones que día a día y desde hace muchos años, han trabajado en pos de este objetivo, y aquellos que se están integrando ahora; gente que trabaja por este objetivo ya sea haciendo un taller, transversalizando los enfoques en los proyectos, moviendo un barrio en torno al tema o incluso simplemente cambiando sus prácticas personales o profesionales, en pro de una sociedad libre de estereotipos y respetuosa de la diversidad.

Reconociendo la amplitud y diversidad de destinatarios que esto supone (adultos y adolescentes, técnicos, referentes comunitarios; del ámbito público y privado; de la educación, de la salud, militantes, entre otros posibles), hemos decidido presentar los contenidos en un formato que entendemos general y aprovechable. Quisimos que nuestra experiencia de trabajo con distintas personas y grupos estuviera presente a través de la inclusión de muchas de las preguntas y comentarios que frecuentemente nos realizan.

Incluimos también sugerencias para el abordaje, pero no profundizamos en cuestiones metodológicas, ni buscamos elaborar un manual de técnicas, puesto que el objetivo del material es sistematizar los contenidos desde un enfoque de derechos, género y diversidad.

Las técnicas, si bien son una herramienta de trabajo útil, requieren de un manejo previo de los contenidos. Muchas veces, cuando reflexionamos en profundidad acerca de los contenidos que vamos a trabajar, descubrimos que las definiciones metodológicas para abordarlos, e incluso las técnicas a utilizar, no difieren mucho de las que utilizaríamos para trabajar otro tema.



Convertir un contenido acerca de la sexualidad, en un aprendizaje significativo, no depende de la técnica (si bien puede ayudar), sino que implica poder acercar ese contenido, al saber cotidiano de las personas que participan de la actividad. Se necesita que el contenido les resulte cercano, para poder repensar lo que ya conocen, reordenar sus ideas, e integrar a su manera una nueva visión de las cosas. La mejor técnica fracasa si el contenido se maneja alejado de la realidad de quienes participan de la actividad. Y cualquier técnica engancha, cuando hablamos de sexualidad acercándola a nuestra experiencia cotidiana. Pongamos un ejemplo: vale como recurso didáctico, llevar una bien lograda maqueta de un pene, para trabajar el uso del preservativo y mostrar su colocación. Pero mucho más importante es saber qué preguntas incluir para que ese trabajo tenga sentido: ¿Qué opinan del preservativo?, ¿lo han usado?, ¿entienden las ventajas y desventajas que tiene su uso?, ¿qué cosas toman en cuenta para decidirse a usarlo?, ¿hablan del tema con su pareja? Lo que el grupo o la persona tengan para decir al respecto, es tan importante como la clásica mención de "hay que fijarse la fecha de vencimiento". Piénsenlo, hoy día, ¿cuán frecuente es encontrarse con un preservativo vencido? Para ustedes, que van a trabajar el tema, ¿es lo mismo tener relaciones sexuales con preservativo o sin preservativo? Pensar desde la experiencia cotidiana es clave, y esa clave nos la proporciona la gente con la que trabajamos y el manejo reflexivo del contenido que vamos a trabajar. Esa es la "técnica" principal que abordaremos en este material.

2. Enfoques transversales

Como mencionamos en la presentación el campo de la sexualidad se puede trabajar desde diferentes perspectivas. Desde el Área Sexualidad y Género de Gurises Unidos nos posicionamos desde los enfoques de derechos, género y diversidad. En este apartado nos detendremos en cada uno de ellos, con la intención de explicar lo que implica para nosotros trabajar desde estas perspectivas.



2.1 La perspectiva de derechos

Integrar la perspectiva de derechos pareciera ser hoy en día, un requisito ineludible de cualquier propuesta de trabajo con personas, sobre todo en áreas como la educación, la salud o el trabajo social. Sin embargo, esta perspectiva muchas veces no pasa de ser un enunciado, una declaración de intención que no se concreta en las prácticas.

Esto sucede porque trabajar desde la perspectiva de derechos implica, para nuestras sociedades un cambio cultural muy importante y para nosotros en tanto personas, una revisión de nuestras ideas y prácticas. En este apartado queremos llamar la atención acerca de las consideraciones que debemos hacer para incorporar realmente la perspectiva de derechos. Muchas se desprenden de las características que se le atribuyen a los derechos humanos (DDHH), las cuales no siempre son tomadas en cuenta.

Por ahora pensaremos en la incorporación de la perspectiva de derechos en general, articulándola con ejemplos de iniciativas para el trabajo en sexualidad. El tema específico de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos será abordado en un apartado de los contenidos específicos.

Varias son las características de los derechos. Analizarlas y tomarlas en cuenta nos puede ayudar a identificar cuándo, a pesar de manifestar nuestra intención de trabajar desde una perspectiva de derechos, hacemos lo contrario. Y nos puede ayudar también a identificar campos sobre los que es imprescindible que actuemos. Presentamos aquí las características más relevantes a nuestro juicio, para el trabajo en Sexualidad y Género.

1. **Los derechos son innatos e inherentes**, es decir, que nacemos con derechos y éstos nos pertenecen por el mero hecho de ser personas. Los derechos no son otorgados, no nos los da el Estado o la ley.

Este punto ha sido discutido históricamente, puesto que si bien los derechos *"tienen su origen en la dignidad y el valor de la persona humana"* (Naciones Unidas, 1993: párrafo 2) estos están expuestos a los vaivenes de la historia y el contexto. Por ese motivo es que hoy día se subraya la importancia de concretar leyes y otros mecanismos de protección jurídica para que los derechos sean concretados. El Estado debe garantizar que podamos disfrutar lo que es nuestro, por nuestra condición de humanos.

Las declaraciones de derechos humanos han sido luego profundizadas en convenciones que comprometen a los Estados a generar leyes y tomar medidas de todo tipo para que estos derechos se concreten en la vida cotidiana de las personas.

La Declaración de Viena establece *"Los derechos humanos y las libertades fundamentales son patrimonio innato de todos los seres humanos; su promoción y protección es responsabilidad primordial de los gobiernos."* (NACIONES UNIDAS, 1993: I.1)

Lamentablemente, aún falta mucho camino para recorrer antes de que los DDHH puedan ser ejercidos plenamente en la vida concreta de las personas.

Asimismo, el carácter innato de los DDHH debe recordarnos que tenemos derechos desde que nacemos y a lo largo de toda nuestra vida. Mantenernos atentos a esta idea nos puede ayudar a identificar posturas que atentan contra los derechos como el adultocentrismo, que nos impide ver a niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho, sobre todo al tratarse de derechos sexuales y derechos reproductivos. Ellos no adquirirán sus derechos sexuales "cuando crezcan", simplemente irán adquiriendo, como en cualquier otro derecho, autonomía en su ejercicio.



"La Convención de Derechos del Niño por tanto, profundiza la doctrina de los Derechos Humanos contenida en los instrumentos internacionales que, en lugar de buscar diferenciar sujetos, señala estrictamente los atributos positivos comunes de todas las personas, declarando los derechos fundamentales que le deben ser reconocidos por el solo hecho de existir, sin considerar su edad, sexo u otra condición." (CILLERO, 1997:3)

2 **Los derechos humanos son universales**, es decir, para todas las personas sin exclusión de ningún tipo. Este es uno de los puntos más reivindicados sobre todo por sectores de la sociedad que son violentados en el pleno ejercicio de sus derechos. ¿Estamos todas las personas en las mismas condiciones de ejercer nuestros derechos? La universalidad de los mismos debería garantizarnos que sí, sin embargo la universalidad todavía es un territorio a conquistar, como lo fue siempre.

Quizás esta historia nos sirva de ejemplo para comprender esta idea. En 1789 surge la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, fruto de la Revolución Francesa. Ya en esa época se consideraba que los derechos debían ser universales. ¿Pero cuál era el contenido de esa universalidad? Una mujer francesa, Olympe de Gouges, años después en 1791, consideró completamente injusto que la declaración no incluyera los derechos de las mujeres y realizó una "Declaración de Derechos de la Mujer y la Ciudadana". Resultado: fue acusada de sedición y muerta en la guillotina en 1793. El resto de la historia es conocida, en la mayoría de los países "democráticos", las mujeres conquistaron sus derechos civiles y políticos a principio del siglo XX, unos 150 años después. La universalidad fue masculina durante mucho tiempo, y en realidad, tampoco incluía a todos los varones. Doscientos treinta años después, ¿se logró la universalidad? ¿Pueden las mujeres ejercer sus derechos como los varones? ¿Todas las personas tenemos las mismas posibilidades de ejercer nuestros derechos?, y además, ¿tenemos todos y todas los mismos derechos?

Otro ejemplo para ilustrar mejor este punto es que supuestamente todos tenemos derecho al matrimonio. Sin embargo esa universalidad, en nuestro país se traduce en *"todos los heterosexuales tienen derecho al matrimonio"*. El "todos" de los discursos y las leyes no siempre significa todas y todos de la realidad.

Estar atentos al contenido de las "universalidades" nos permite identificar dónde trabajar para promover el ejercicio pleno de derechos. Asimismo, es importante estar atentos a nuestras propias "universalidades y exclusiones". ¿Realmente somos capaces de ver a cualquier persona como un sujeto de derechos?, ¿en verdad nuestras prácticas están atravesadas siempre por esta visión del otro?

3 **Los derechos humanos son irreversibles** (no se puede decir que un derecho humano dejó de serlo una vez que fue garantizado por un Estado) y **progresivos** (lo cual implica que siempre deben aplicarse las normas que más garanticen los derechos de las personas, no importando su origen o jerarquía); es fundamental que estas características guíen nuestro accionar público. Cuando la garantía de un derecho es conquistada, ya no puede volverse atrás.

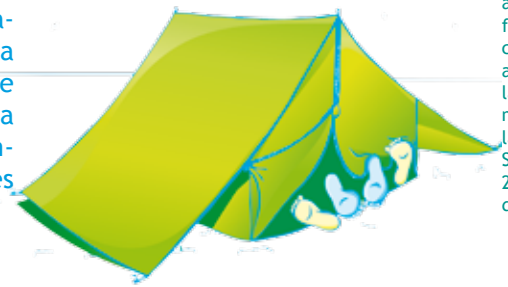
"La irreversibilidad es una característica fundamental de los derechos humanos que consiste en la imposibilidad de desconocer la condición de un derecho como inherente a la persona humana, una vez que el Estado lo ha reconocido a través de un tratado internacional, ya que ellos son inherentes a la persona, y el texto constitucional y el procedimiento señalado por éste sólo los asegura y los garantiza" (NOGUEIRA, 2003: 70)

Por eso ha sido y seguirá siendo fundamental la lucha de los diversos grupos que permanentemente promueven el reconocimiento de los derechos en las conferencias y convenciones internacionales. Así como también las luchas por consagrar medios para garantizarlos a la interna de los Estados.

Respecto de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos ha sido principalmente la lucha del movimiento feminista, del movimiento de mujeres y de la diversidad sexual quienes han logrado el progresivo reconocimiento de los mismos. Más adelante en el capítulo específico profundizaremos sobre este tema. La tarea de recordar permanentemente la irreversibilidad apostando a ampliar nuestros derechos e impidiendo que se menoscaben es una tarea permanente.

Cuando trabajamos desde la perspectiva de derechos, debemos tener claro que una situación problemática no debería resolverse recortando derechos. Al contrario, la mayoría de las veces la falta de garantías para el ejercicio de derechos es el problema.

Pongamos un ejemplo, hay quien considera que *"no debemos trabajar el tema sexualidad con los niños y los adolescentes, porque eso los incentiva a tener relaciones sexuales"*. Esta conclusión atenta directamente contra el derecho de acceder a una educación sexual oportuna, integral, laica, gradual, científica y con enfoque de género. Este es un típico ejemplo de negación de derechos, ya que por un lado menoscaba el goce de los derechos de esos niños o adolescentes en particular y por otro lado, alimenta los discursos que plantean públicamente revertir o revocar ciertos derechos.



4 Los derechos humanos son obligatorios esta característica es crucial para el ejercicio de los derechos, aunque es difícilmente aceptada por las instituciones y las personas.

"Los derechos humanos imponen deberes concretos a las personas, y al Estado, obligaciones de respetarlos aunque no haya una ley que así lo diga. Queda claro entonces que es obligatorio respetar todos los derechos humanos incluidos en nuestras leyes y también aquellos que no lo están aún" (PROVEA, 2005: 16).

En un terreno en construcción como el de los derechos sexuales y reproductivos, donde al día de hoy[1] son muy pocas las normas oficiales que garantizan algunos de los mismos, esta característica debe ser rescatada constantemente, para exigir las garantías que estos derechos requieren, más allá de las normas.

1) Durante la elaboración de este material se procesó en el Parlamento el tratamiento del proyecto de ley Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. El mismo fue aprobado en noviembre de 2008 y los capítulos referidos a la despenalización del aborto fueron vetados por el Presidente de la República Dr. Tabaré Vázquez en el mismo mes. Finalmente el Poder ejecutivo promulgó la Ley 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva en diciembre de 2008, aportando un marco legal en materia de DSR.

Pero la obligatoriedad que debemos recordarle permanentemente al Estado y a las instituciones, también se expresa en el ámbito privado, debe serle recordada constantemente a las personas y debemos recordarla constantemente nosotros mismos. ¿Siempre respetamos los derechos de los demás? ¿Lo hacemos en nuestra vida privada, con nuestros hijos, padres, amigos, pareja? ¿Negociamos nuestras prácticas sexuales investidos de derechos y considerando al otro como sujeto de derechos? ¿Educamos en casa para la libertad? ¿Promovemos el respeto por la diversidad cuando charlamos con nuestros amigos? ¿Tenemos la costumbre de defender nuestros propios derechos?

5. **Los derechos humanos son indivisibles, interdependientes, complementarios y no jerarquizables**. Esto significa que no podemos pensar que hay derechos humanos que son más importantes que otros, y significa también que la negación de cualquier derecho pone en peligro la integralidad de la persona. Esto que parece obvio, no lo es tanto y sobre todo cuando pensamos en los derechos sexuales y reproductivos, nos encontramos con posturas que los consideran "derechos de segunda", cuestiones "no prioritarias". Incluso a veces se plantea que es una pérdida de tiempo frente a cuestiones cruciales como la alimentación, la vivienda o la seguridad. Nada está más lejos de la realidad.

Este tipo de posiciones desconocen la interdependencia y complementariedad de los derechos y por tanto, no han incorporado realmente la perspectiva. Quien considera un área de derechos como "de segunda", niega el conjunto de derechos de la persona y la ubica en el lugar de objeto de intervención y no de sujeto de derechos.

Muchas veces, cuando una pareja se enfrenta a una situación de embarazo no deseado, su principal preocupación en el mundo es esa situación. ¿Quiénes somos nosotros para juzgar por ellos, que su situación laboral o su vivienda son temas más relevantes? ¿Desde qué lugar determinamos que hay derechos más importantes que otros?

Pensémoslo desde nosotros mismos, no tener la posibilidad de elegir libremente con quién tener relaciones sexuales, vivir una situación de violencia sexual, decidir la cantidad de hijos que deseamos tener, o el momento para tenerlos, ¿son cuestiones menores en nuestra vida?, ¿son derechos de segunda?, ¿qué lugar ocupa la sexualidad, la reproducción y los vínculos afectivo-sexuales en nuestra vida?

> *"Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. La comunidad internacional debe tratar los derechos humanos de manera justa y equitativa, y dándoles a todos el mismo peso. Debe tenerse en cuenta las particularidades nacionales y regionales, así como los diversos patrimonios históricos, culturales y religiosos. Pero los Estados tienen el deber, sean cuales fueren sus sistemas económicos, políticos y culturales, de proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales"* (NACIONES UNIDAS, 1993: Punto I.5)

Integrar la perspectiva de derechos nos exige comprender la interdependencia y la complementariedad y tomarla en cuenta a la hora de realizar análisis y emprender acciones de cualquier tipo, sabiendo que toda acción que tienda a garantizar el ejercicio de derechos es necesaria y fortalece nuestro trabajo.

Por último queremos detenernos en una idea clave a la hora de incorporar la perspectiva de derechos, siempre hay que respetar la autonomía y la libertad de elección de las personas con las que trabajamos. ¿Cuántas veces trabajando en una iniciativa que busca la promoción de derechos, terminamos diciéndoles a los demás lo que tienen que hacer? Nuestra tarea debiera ser la de generar las condiciones para que las personas tomaran decisiones autónomas y responsables, promoviendo el ejercicio de derechos. Sin embargo, muchas veces construimos e imponemos problemas desde nuestra perspectiva, y elaboramos intervenciones que atentan contra la perspectiva de derechos, anulando la participación de las personas con las que trabajamos y excluyéndolas de su propio proceso.

Tomemos como ejemplo el tratamiento que muchas veces se le da al tema del embarazo en la adolescencia. Hay proyectos que se proponen como meta disminuir la incidencia del embarazo entre las adolescentes. ¿Qué lugar ocupan las adolescentes en este proyecto? Si ya establecí que mi objetivo es disminuir la incidencia del embarazo, ya establecí también que las adolescentes deben dejar de embarazarse. ¿Desde qué lugar lo establezco? Seguramente analice indicadores y argumente las enormes complicaciones sociales y de salud que derivan de ese embarazo tan "anticipado". Y probablemente tenga argumentos razonables. Es factible que a esa adolescente le convenga postergar su maternidad. Sin embargo, no es a mí a quien le corresponde establecerlo, es a ella. Trabajar desde una perspectiva de derechos implica, antes que nada, asumir profundamente la libertad de las personas para decidir. Promover derechos implica siempre facilitar herramientas para que esas decisiones sean más reflexivas, más informadas y más autónomas. Nunca estaremos promoviendo derechos cuando la decisión la hayamos tomado nosotros de antemano.

¿Significa que no hay que hacer nada? Todo lo contrario, significa que hay que trabajar el doble. Sigamos con el ejemplo, nuestra meta debiera ser *"Disminuir la incidencia del embarazo no planificado, con énfasis en la población adolescente"*. ¿Notan el cambio? En primer lugar, dejamos de centrar el problema en el embarazo y pasamos a centrarlo en que alguien se enfrenta a una situación que desea evitar. Desde la perspectiva de derechos, nuestro trabajo consistirá en facilitar los medios para que efectivamente pueda evitar esa situación, garantizar el acceso a métodos, brindar información oportuna y de calidad, fortalecer las capacidades para una buena negociación sexual, trabajar sobre los estereotipos de género que presentan a la maternidad como el sentido final de la vida de las mujeres.

En segundo lugar, incluimos a los varones que antes no estaban incluidos, porque centrábamos el problema en el embarazo. De hecho esto sucede habitualmente, si una mujer de 30 años se embaraza y el progenitor tiene 16, en general la preocupación social es menor y nadie habla de embarazo en la adolescencia. ¿Por qué será? ¿Desde dónde estamos construyendo el problema? ¿Nos importa el sujeto, o sólo lo que genera?

En tercer lugar, ponemos énfasis en la adolescencia, porque quizá sea la población con la que queremos trabajar, pero dejamos bien establecido que el embarazo no planificado es un problema para muchas personas que se enfrentan a esa situación en todas las edades, desestigmatizando a los adolescentes y tomando en cuenta al resto de la población.

Finalmente, damos lugar a que haya adolescentes que decidan tener un hijo. Y podremos hacer mil análisis de lo malo que es eso para esa o ese adolescente, pero es su derecho; debemos trabajar para mejorar su situación, no decidir nosotros qué tienen ellos y ellas que hacer. Hay quien puede argumentar que tenemos que atender a los derechos del niño que nacerá. Estamos de acuerdo, pero atender los derechos de ese futuro niño no significa decidir por los padres, significa trabajar para que estén dadas las condiciones de ejercer una maternidad/paternidad responsable.

Briceño y Pignatiello (2002) en *"Orientación Individual en Salud Sexual y Reproductiva y Adolescente"* nos proponen la siguiente reflexión: *"Es importante resaltar que las decisiones las toma quien recibe el apoyo. Muchas veces, en el área de la salud y de la sexualidad, los profesionales y personal de atención caemos en la tentación de asumir las decisiones que corresponden en realidad al/a usuario/a, pues contamos con conocimientos científicos y experiencia en el área."* (BRICEÑO y PIGNATIELLO, 2002: 23).

Trabajar desde la perspectiva de derechos nos desafía a hacer el ejercicio de aceptar que no todos pensamos igual, que no todos evaluamos los mismos factores, que no todos tenemos las mismas expectativas, pero sí todos tenemos los mismos derechos y las mismas obligaciones. Esto debemos tenerlo en cuenta cuando analizamos y construimos indicadores, cuando los leemos, cuando nos proponemos objetivos, cuando empezamos a hacer acciones, cuando evaluamos nuestros resultados. Y debemos aprender a estar más que satisfechos cuando generamos las condiciones para que una persona tome una decisión autónoma, informada y responsable, aún cuando esa decisión sea todo lo contrario a lo que nosotros haríamos en su lugar.

La incorporación de la perspectiva de derechos es también una salvaguarda para todos y todas. Lo es porque nos brinda un marco desde el cual trabajar y desde donde poner límites a nuestra implicación, que es inevitable. Pero también nos brinda un marco desde donde argumentar nuestras decisiones y desde donde pararnos para defender nuestras posturas. ¿Por qué hablamos de sexualidad con niños y niñas?, porque es un derecho de éstos recibir educación sexual, como es su derecho aprender a leer.

La incorporación de la perspectiva de derechos no sólo aumenta la calidad de nuestras acciones y mejora sus posibilidades de obtener resultados auténticos, es nuestra principal garantía de que nuestro trabajo respeta la integridad de las personas, en tanto sujetos de derecho y protagonistas de su propia vida.

Bibliografía:

1. BIDART CAMPOS, G. “Teoría General de los Derechos Humanos”. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 1993.
2. BOBBIO, N. “El tiempo de los derechos”. Sistema. Madrid, 1991.
3. BRICEÑO, G. y PIGNATIELLO, A. “Orientación individual en salud sexual y reproductiva adolescente”. AVESA. Caracas, 2002.
4. CDN-U (Comité de los Derechos del Niño - Uruguay)/ SCS (Save the Children - Suecia) “Discriminación y Derechos Humanos en Uruguay. La voz de niños, niñas y adolescentes”. CDN-U/SCS, Montevideo, 2004.
5. CILLERO, M. “Infancia, Autonomía y Derechos: Una Cuestión de Principios”. En: “Infancia”. N° 234 Tomo 67, Octubre, 1997.
6. CORREA, S. “Los derechos sexuales y reproductivos en la arena política”. MYSU, Montevideo, 2003.
7. ELIZONDO, G. “I Curso Especializado en Derechos Humanos para la Región Andina”. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Colombia, 1993.
8. JELLIN, E. “Como construir ciudadanía, una visión desde abajo”. En: “Revista europea de estudios latinoamericanos y del Caribe”. N° 55 Centro Interuniversitario de Estudios y Documentación Latinoamericanos (CEDLA). Ámsterdam, 1993.
9. LÓPEZ, A. “Consideraciones conceptuales”. En: LÓPEZ, A. (Coordinadora) “Adolescencia y sexualidad. Significados, discursos y prácticas en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995-2004)”. Facultad de Psicología (UDELAR)/ UNFPA. Montevideo, 2005.
10. MELZI TAURO, F. “Los Derechos Sexuales y Reproductivos, Derechos Humanos de los y las adolescentes”. UNFPA, Lima, 2004.
11. NIKKEN, P. “La protección internacional de los derechos humanos, su desarrollo progresivo”. Civitas. Madrid, 1987.
12. NOGUEIRA DE ALCALÁ, P. “Teoría y Dogmática de los Derechos Fundamentales”. UNAM, México, 2003.
13. OLASO, L. “Derechos Humanos, Pensamiento comunitario y otros temas”. Centro de Investigaciones Jurídicas, Universidad Católica Andrés Bello. Caracas, 1988.
14. OLIVER I RICART, Q. “La convención en tus manos. Los derechos de la infancia y la adolescencia”. UNICEF, Montevideo, 2004.
15. PROVEA. “Concepto y características de los derechos humanos”. Provea, Caracas, 2005
16. TAMAYO, G. “Bajo la Piel. Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos”. Programa de Estudios de Género - Flora Tristán. Lima, 2001.
17. VALENCIA, J. “Derechos humanos del Niño en el Marco de la Doctrina de la Protección Integral”. Acción por los Niños, Rädda Barnen. Lima, 1999.

Documentos consultados:

1. NACIONES UNIDAS. “Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Declaración y Programa de Acción”. Viena, 1993. Disponible en: http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.Sp?OpenDocument (Revisado: abril 2009).
2. NACIONES UNIDAS. “Convención sobre los Derechos del Niño”. 1989. Disponible en: http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/k2crc_sp.htm (Revisado: abril 2009).
3. NACIONES UNIDAS. “Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer”. Beijing, 1995. Disponible en: http://www.cinu.org.mx/biblioteca/documentos/dh/ConfBeijing1995.htm (Revisado: abril 2009).
4. NACIONES UNIDAS. “Programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo”. El Cairo, 1994 Disponible en: http://unfpa.org/spanish/icpd/icpd_poa.htm#ch1 (Revisado: abril 2009).
5. OIJ (Organización Iberoamericana de la Juventud). “Convención Iberoamericana de derechos de los jóvenes”. Badajoz, 2005. Disponible en: http://convencion.oij.org/CIDJpdf.pdf (Revisado: abril 2009)

2.2 La perspectiva de género

Otro de nuestros enfoques transversales, la perspectiva de género, ha ganado inmensa popularidad de igual manera que el enfoque de derechos, pero su incorporación también suele ser equívoca, incompleta y sólo enunciativa la mayor parte de las veces.

En la actualidad, anunciar que se trabajará "desde la perspectiva de género" resulta "políticamente correcto" e incluso aparece como una exigencia que imponen los organismos estatales y las agencias internacionales. Esto representa un avance en tanto se reconoce la necesidad de incorporar esta perspectiva para poder generar acciones eficaces y respetuosas de los derechos de las personas, aunque no siempre signifique una real apropiación de la perspectiva de género por parte de los técnicos.

Pero en definitiva, ¿qué significa y qué implica incorporar la perspectiva de género? En un intento por acercarnos a una respuesta, recorreremos en este apartado algunas preguntas, ideas claves, sugerencias prácticas y ejemplos acerca de esta perspectiva como enfoque transversal. Otros aspectos vinculados al género en tanto contenido específico, serán trabajados en un capítulo posterior.

¿Qué es "género"?

El género es el conjunto de características, atributos, marcas, permisos, prohibiciones y prescripciones, asignados diferenciadamente a las personas, en función de su sexo. Es una construcción social que establece también, pautas de relacionamiento y ejercicio de poder diferenciado para varones y mujeres. (SCOTT, 1996; DE BARBIERI, 1995; LAMAS, 2002)

Este concepto, que con variantes menores podemos ver escrito en distintos materiales, remite a un asunto de vital importancia que impacta decididamente en nuestras vidas y en nuestras sociedades y no siempre lo percibimos completamente. Desglosemos un poco el concepto acercándolo a la vida cotidiana.

La primera parte de este concepto de género, remite a la idea de que la sociedad realiza asignaciones sobre las personas por el hecho de haber nacido varón o mujer. Sin embargo este dato, en tanto biológico, no determina cómo será nuestro carácter, cuáles nuestros gustos, cómo nos vestiremos y mucho menos, qué lugar social ocuparemos o cómo estableceremos las relaciones con los demás individuos. Estas características y formas de ser son determinadas socioculturalmente y no biológicamente, por eso varían de acuerdo a la sociedad y al tiempo histórico que se analice. Lo que nuestras culturas depositan sobre la base biológica es lo que nos construye como varones y mujeres. Y posiblemente esta construcción impacte más que ninguna otra en nuestra personalidad.

Pararnos desde esta premisa será fundamental para entender no sólo el género, sino también otras construcciones sociales. La historia, la antropología y la sociología han hecho aportes

claves en este tema. Algunos de ellos contribuyeron a liberarnos de "la naturaleza" como escusa para obligar a las personas a ser de determinada manera, por ejemplo creer que "los hombres tienen por naturaleza más necesidades sexuales que las mujeres", para nada, a los hombres se les estimula a buscar actividad sexual y a las mujeres se las censura si lo hacen. Con una crianza sin estereotipos, ¿podríamos afirmar esta verdad de la "naturaleza"? Para ilustrar la diferencia entre lo biológico y lo construido podemos utilizar este otro ejemplo, la reproducción como fenómeno biológico no ha cambiado a lo largo del tiempo, pero culturalmente ¿la maternidad y la paternidad, tienen el mismo significado en Montevideo y en Guinea y lo ha tenido hace dos siglos como hoy?

"Hablar de lo masculino y lo femenino desde una perspectiva de género implica realizar una primera afirmación: las culturas construyen los modos de "ser mujer" y de "ser varón". Al decir de Simone de Beavouir "La mujer no nace, se hace". Podríamos extender la misma idea hacia la construcción del varón: no nace sino que se hace" (GÜIDA y LÓPEZ, 2000: 55)

Podemos ver cómo a lo largo del tiempo, el comportamiento, las características, las acciones permitidas y prohibidas para varones y mujeres varían, incluso en el devenir histórico de una misma sociedad. Asimismo puede haber muchas diferencias en cómo culturas contemporáneas construyen las pautas de género. El análisis comparativo de las sociedades nos permite afirmar que no es nuestra "naturaleza" sino nuestra cultura la que determina las pautas de comportamiento diferenciadas entre varones y mujeres.

Somos construidos, nos construimos y aportamos a la construcción de los demás en el intercambio social. Pensar desde este lugar nos habilita posibilidades, nos permite ver oportunidades que antes no percibíamos. A nivel social, como los parámetros del género son construidos podemos cambiarlos, no vienen impuestos por la "naturaleza", por lo tanto, son modificables. A nivel individual, nos permite preguntarnos ¿de dónde saqué la idea que tengo que pelear para demostrar mi "hombría"?, ¿de dónde saqué la idea que tengo que ser madre para "realizarme como mujer"?, ¿por qué no, si tengo ganas?

¿Por qué trabajar para modificar la construcción de género?

El género cómo categoría relacional

Una vez que acordamos que el género es una construcción social y por tanto podemos cambiarla, podríamos preguntarnos razonablemente por qué nos parece necesario trabajar para modificarla. Es posible rápidamente ensayar al menos dos respuestas a esta pregunta, porque nos hace menos libres como personas y porque en general, nuestras sociedades actuales sostienen un sistema donde los varones ejercen "poder sobre" las mujeres, produciendo una situación de desigualdad e injusticia social.

Esta última idea refiere a la segunda parte de la definición presentada. El género es una categoría de análisis relacional, que no sólo se ocupa de entender cómo "llegamos a convertirnos en varones y mujeres", sino que estudia también qué pautas sociales de relacionamiento se establecen para vincularse entre sí y también con las personas de su mismo sexo.

Asimismo, busca visibilizar los mecanismos de ejercicio de poder que generan y son generados por esas pautas y lugares sociales diferenciados. (SCOTT, 1996; KAUFFMAN, 1987)

"...lo clave del concepto de género radica en que éste describe las verdaderas relaciones de poder entre hombres y mujeres y la interiorización de tales relaciones(...) el patriarcado existe no sólo como un sistema de poder de los hombres sobre las mujeres, sino de jerarquías de poder entre distintos grupos de hombres y también entre diferentes masculinidades" (KAUFMAN, 1987: 126) *"Los sistemas de género están rigiendo las relaciones desiguales y subordinadas no sólo entre varones y mujeres, sino también entre mujeres"* (DE BARBIERI, 1996: 73)

¿Existen estas pautas sociales de relacionamiento? La respuesta la podemos encontrar en nuestra vida cotidiana, ¿se trata igual a un niño y a una niña?, ¿tratamos a las personas de nuestro sexo igual que como tratamos a las del otro sexo? Hay muchísimos estudios que demuestran que no, y que ese trato diferenciado en general, tiende a perpetuar los lugares sociales asignados. Pensemos en ejemplos concretos, una persona de cinco años se cae en la plaza mientras juega y se pone a llorar. ¿Qué se le dice a los niños? "Vamos arriba campeón que no pasó nada"; ¿Y a las niñas? "Pobrecita mi chiquita, eso te pasa por andar corriendo". La frase viene acompañada de gestos y actitudes que invitan a seguir con la actividad en el caso de los niños o a terminarla en el caso de las niñas. Esa pauta diferenciada, tiende a perpetuar en la sociedad un lugar más quieto y pasivo para las mujeres y uno más activo y expansivo para los varones. Otro ejemplo, una persona de 75 años sube a un ómnibus lleno de gente sin asientos libres. En qué caso tiene más posibilidades que le cedan uno, ¿siendo varón o mujer? El dato del sexo no nos es indiferente y en muchas ocasiones nuestro comportamiento al respecto de la persona que tenemos enfrente depende de su sexo.

Todos los ejemplos son generalizaciones y como tales pueden encontrar miles de excepciones. Aún se sigue criando a los niños y las niñas de forma diferenciada, se les enseñan distintas pautas de relacionamiento y se les otorgan distintos lugares que son valorados de manera desigual y nos habilitan de diferente forma a ejercer plenamente nuestros derechos, según seamos mujeres o varones.
Las estadísticas nos siguen indi-



"...la diferencia sexual se ha usado como el ejemplo de que las mujeres y los hombres tenemos, "por naturaleza", destinos diferenciados, habilidades distintas, necesidades dispares, aspiraciones diferentes. Como parece que los seres humanos no podemos aceptar la diferencia sin jerarquizarla, el cuerpo de hombre y el cuerpo de mujer se han convertido en un dato de la valencia del poder. Así, la desigualdad social, política y económica de las mujeres en relación con los hombres se ha justificado como resultado inevitable de la asimetría sexual." (LAMAS, 2005: 37)

cando que las mujeres no están en las mismas condiciones que los varones para ejercer sus derechos y esto deriva en situaciones de desigualdad: en los salarios, en el desempleo, en el uso del tiempo, en su lugar frente a las situaciones de violencia doméstica, en su participación en los espacios de poder tanto públicos como privados (políticos, técnicos, gerenciales). El cuadro estadístico nos ayuda a visualizar estas injusticias.

Trabajo:		
Indicador	Varones	Mujeres
Tasa de desempleo (a enero de 2009)[1]	5,1 %	11 %
Uso del tiempo dedicado al trabajo no remunerado[1]	31 %	67 %
La remuneración de los varones por su actividad principal es en promedio 40% mayor que la de las mujeres.[1]		
Participación en lugares de decisión: (a noviembre de 2008)		
Representación en el Parlamento[2]	87,7 %	12,3 %
Intendentes/as[2]	100 %	0 %
Ministros/as de Estado[2]	69,2 %	30,8 %
Ministros/as de la Suprema Corte[2]	80 %	20 %
Decanos/as de la Universidad[2]	80 %	20 %
Violencia:		
Cada trece días se mata o se intenta matar a una mujer en el marco de una situación de violencia doméstica[3]		
El 86 % de los casos de violencia doméstica documentados en el período 2005/2006 se produjeron contra las mujeres[3]		
Referencias:		
1. Instituto Nacional de Estadística y Censo (INE)		
2. Relevamiento de las páginas oficiales de cada organismo		
3. Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad 2007		

Cualquier iniciativa que pretenda promover el pleno ejercicio de los derechos de las personas debe tender a eliminar las diferencias injustas, innecesarias y evitables, producidas por la construcción social de género. Y no puede desconocer que estas desigualdades perjudican principalmente a las mujeres. No hacerlo implica el fracaso de nuestro trabajo, puesto que no estaremos eliminando una de las barreras que más obstaculiza el ejercicio pleno de derechos y el acceso a las oportunidades sociales para todas y todos.

Los modelos estereotipados de género

Como mencionábamos antes, existe otro motivo esencial para querer trabajar en pos de modificar la construcción que nuestra sociedad hace respecto al género, los modelos hegemónicos que promueve restringen la libertad tanto de varones como de mujeres.

Esta restricción se expresa en todo lo que no hacemos “porque no es propio de nuestro sexo” y en todo lo que hacemos “porque nos corresponde como varones y mujeres”. Invisibilizada por la naturalización de los modelos, la socialización de género cons-

truye nuestros gustos, desarrolla nuestras habilidades, nos estimula en ciertas áreas e inhibe otras, nos convence de que existen "opciones que no nos corresponden", restringiendo cada vez más nuestra capacidad para elegir y para ser "nosotros mismos".

Una consigna que frecuentemente utilizamos en nuestra experiencia con niños de primer año de escuela es la siguiente: "dibujen aquello que les gustaría hacer si tuvieran la posibilidad de ser del otro sexo por un día". En términos generales, los niños se dibujan haciendo actividades como patín, danza, o saltando a la cuerda. Asimismo, las niñas se dibujan jugando a las luchas, al fútbol y andando en bici por la calle. ¿Qué les impide a esos niños y a esas niñas realizar esa actividad que harían de haber nacido del otro sexo? A simple vista nada, pero la socialización de género nos va construyendo "muros invisibles" que restringen nuestro margen para movernos con libertad.

En este sentido, Marta Lamas comenta: *"La dicotomía masculino-femenino, con sus variantes culturales (del tipo el yang y el yin), establece estereotipos, las más de las veces rígidos, que condicionan los papeles y limitan las potencialidades de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género"* (LAMAS, 2005:19).

En el apartado anterior nos referimos bastante a las mujeres, así que en este pensaremos acerca de los varones como ejemplo. En la construcción de la masculinidad se valoran características como la audacia, la valentía, la fuerza, la autosuficiencia. El modelo del superhéroe es introyectado desde niño y varía el nivel de fantasía, pero se mantiene en los adolescentes y adultos. A los 3 años es el hombre araña, a los 12 Rambo, cuando adultos un típico "ganador" de serie televisiva, más cercano a la vida cotidiana, pero igual de irreal. Todos son autosuficientes, siempre tienen éxito, son luchadores y vencedores y desde luego no muestran signos de "debilidad y sentimentalismo".

Existen modelos de hombre cambiantes que son impuestos a los varones en el cruce con otras variables como la clase social, la pertenencia a un grupo corporativo o a una cultura. Estos son reforzados no sólo a través de los "modelos mediáticos" sino desde muchos frentes. Se promueve el desarrollo de habilidades motoras, así como la práctica de la sociabilidad en el espacio público (la calle, el trabajo, la política). A la vez se inhiben habilidades como la empatía, sobre todo a través del fomento de la competencia y de la dominación, que se expresa en el ejercicio de "poder sobre" y en la cosificación del otro u otra. "¡Vos hacete respetar o te agarran de gil!"; "¡A la cabeza que no renguea!"; "Qué importa cómo se llama ¿está buena o no?".

No se fomenta el desarrollo de la comunicación en los espacios privados, ni la capacidad para conectarse con la propia afectividad. Cuántas veces le preguntamos a un varón, incluso siendo aún niño o adolescente ¿te veo mal, qué te pasa?, y recibimos como respuesta una evasiva o notamos el auténtico desconcierto que genera la pregunta en él.

Podríamos seguir analizando el tema sexualidad, trabajo, paternidad, familia u otras. Más adelante ahondaremos en el análisis de los modelos hegemónicos tanto de masculinidad como de feminidad, pero queremos aquí reflexionar acerca de cómo impacta la construcción social que llamamos género, en la vida de las personas, restringiendo su libertad.

¿Qué pasa con un varón que introyecta este modelo? En principio podríamos decir que vive con libertad, ocupa espacios públicos que desea ocupar, ejerce poder en los espacios donde puede, ejerce su sexualidad sin demasiada censura puesto que es impulsado a hacerlo. Pareciera que es buen negocio para los varones aceptar el modelo y hacerlo suyo. Sin embargo, esto no es tan así. Desde el momento en que es una imposición y no una elección, la libertad que aparenta brindarles a los varones este modelo en realidad los entrampa.

El superhéroe es una fantasía que no se puede sostener. Nadie puede sólo con todo. La omnipotencia, la sensación de que nada puede sucederles, termina cobrándole caro ese espíritu a los varones. *"Al perder el hilo de una amplia gama de necesidades y capacidades humanas, y al reprimir nuestra necesidad de cuidar y nutrir, los hombres perdemos el sentido común emotivo y la capacidad de cuidarnos. Las emociones y necesidades no confrontadas, no conocidas y no esperadas no desaparecen sino que se manifiestan en nuestras vidas, en el trabajo, en la carretera, en un bar o en el hogar (…) Por otra parte, los hombres podrían dirigir su dolor escondido contra sí mismos en forma de autoodio, autodesprecio, enfermedad física, inseguridad o adicción."* (KAUFMAN, 1995:132).

¿Cómo se expresa la falta de empatía y el valor que se le otorga al "someter", "conquistar", "ejercer poder"? Hay muchas consecuencias de esto, sin embargo probablemente la que más rompe los ojos, es el ejercicio de la violencia. La inmensa mayoría de las situaciones que implican principalmente violencia física, desde la violencia doméstica hacia las mujeres hasta las riñas en el estadio, son protagonizadas por varones que ejercen esa violencia. Si bien el tema de la violencia está en el tapete, pocas veces se señala la socialización de género, principalmente la construcción de la masculinidad, como una de sus causas principales. Esto es una muestra de lo que llamamos falta de perspectiva de género en el análisis de los problemas sociales.





Los mandatos acerca de la sexualidad de los varones derivan en la cosificación de la mujer como objeto de consumo sexual (basta ver los medios de comunicación), en la invasión de la intimidad (por ejemplo las groserías o manoseos que se producen a diario en la calle), en la homofobia como discurso y práctica (con ribetes muy violentos en ocasiones, y con una degradación permanente sobre todo de los varones homosexuales) y en la represión (muchos deseos y sentimientos son reprimidos y descartados cuando no son "de macho"). En definitiva, los mandatos son también responsables de las dificultades que muchas veces tienen los varones de disfrutar del ejercicio de la sexualidad como una experiencia integral y personal.

La gran pregunta es, los varones y mujeres que sostienen este modelo ¿elijen hacerlo? Un varón que se adapta a este estereotipo de género ¿lo eligió?, ¿o se lo hemos impuesto? Al final ¿lo beneficia o le resta libertad? ¿Nos podemos correr de los estereotipos sin pagar los costos sociales que esto tiene?

Este es el segundo gran motivo para trabajar el tema género, nos resta libertad a todos y todas, nos impone modelos que no nos benefician y que pueden perjudicar a los demás. Estos modelos se "sostienen en" y "sostienen un" sistema social, que adiestra y vigila nuestra ahesión a los mismos y nos hacen protagonistas en la generación del "encarcelamiento" propio y ajeno. Probablemente como menciona Kaufman, el género sea una de nuestras categorías organizadoras centrales de nuestra personalidad y sin dudas una de las que más afecta nuestra vida cotidiana. Este motivo nos obliga a parar, reflexionar y trabajar el tema.

Finalmente, ¿qué implica incorporar la perspectiva de género?

Implica comprometerse con las dos ideas anteriores: 1) indignarse ante las desigualdades de género y motivarse a trabajar en pro de la equidad y 2) reconocer en nuestra vida, en la de quienes nos rodean y en nuestra sociedad las restricciones a la libertad y comprometerse a trabajar por una sociedad libre de estereotipos.

Cuando realmente logramos esto, cuando dimensionamos el impacto del tema en nuestra sociedad y en nuestras vidas, la incorporación de la perspectiva de género deja de ser un formalismo "políticamente correcto" y entonces tenemos la mitad del camino andado. Si están convencidos de incorporar el enfoque en sus iniciativas de trabajo acerca de la sexualidad y los derechos sexuales y los derechos reproductivos, les recomendamos:

1. Incluir la perspectiva de género en nuestras intervenciones.

"Para realizar una buena evaluación de las características de un proyecto o de un programa en desarrollo y, sobre todo, para reformular sus objetivos hacia la búsqueda de una mayor equidad entre mujeres y hombres, es necesario aprender y asumir una serie de conceptos, métodos y herramientas relacionados con género, género y desarrollo, planeación con perspectiva de género, planeación participativa, y generación de poder e identidad, cuya aplicación y uso son fundamentales en los procesos de planeación, seguimiento y evaluación del trabajo" (TOBÓN y GUSMAN, 1994: 5)

Construir los objetivos de nuestras iniciativas desde un enfoque de género, implica haber hecho el análisis desde ese lugar y proponer metas que promuevan la equidad y la superación de los estereotipos.

Obtener información discriminada por sexo es el primer paso para posteriormente, si es posible, contar con indicadores de género. *"Los indicadores de género son herramientas que sirven para medir los cambios producidos en las relaciones de género. Como toda medida de comparación, los indicadores pueden servir para equiparar objetos o situaciones similares en un mismo momento o el mismo objeto a lo largo del tiempo"* (MONTAÑO, 2006:22).

2. Trabajar desde la perspectiva de género implica también observar con atención nuestras acciones, no reforzar estereotipos con nuestros mensajes, problematizar permanentemente los discursos de los demás, observar cuando nosotros generamos discriminación de género o cuando producimos desigualdades. A veces sentimos que porque somos sensibles al tema estamos libres de los modelos hegemónicos. Eso no es posible, somos parte de una sociedad y cuando menos lo esperamos se nos cuela un mensaje que contradice nuestro discurso. Hay que estar atentos y evitar que nuestras acciones anulen nuestro análisis y nuestros objetivos.

3. Apreciar las oportunidades que nos brinda la vida cotidiana. Tanto en nuestra vida privada como en nuestro trabajo, permanentemente se nos presentan ocasiones para promover la equidad o romper estereotipos. La vida cotidiana nos presenta muchas más oportunidades para trabajar que cualquier actividad específica, con la gran ventaja que los mandatos de género se nos revelan "in fraganti" operando en nuestra forma de pensar.

Finalmente y como pie para el próximo apartado, el género no es el único productor de desigualdades y estereotipos. Otros factores producen prejuicios, discriminaciones e inequidades. Es fundamental cuando trabajamos desde la perspectiva de género, poder vincular lo que analizamos con otras variables como la etnia, la edad, la nacionalidad, el nivel socioeconómico, el lugar de residencia, la orientación sexual y cualquier otra que obste al pleno ejercicio de derechos.

"El análisis intersectorial, o lo que conocemos como múltiples formas de discriminación, reconoce que no sólo existe una causa de discriminación, sino que las formas de discriminación o los sistemas de subordinación (género, raza, etnia, clase, etc.) interactúan simultáneamente desempoderando y violando los derechos de quienes lo sufren". (MIDES-INAMU, 2007: 9)

La perspectiva de género no sólo debe integrar la perspectiva de derechos, sino también la de diversidad, para poder comprender un poco mejor la realidad y estar en mejores condiciones para modificarla.

Bibliografía:

1. BADINTER, E. “XY. La identidad masculina”. Norma. Santa Fe de Bogotá, 1993.
2. BONDER, G. “Género y Subjetividad: avatares de una relación no evidente”. En: “Género y Epistemologías: Mujeres y Disciplinas”. Programa Interdisciplinario de Género PIEG, Universidad de Chile. Santiago, 1998.
3. BOURDIER, P. “La dominación masculina”. Anagrama. Barcelona, 2000.
4. BURIN, M., MELLER, I. “Varones. Género y subjetividad masculina”. Paidos. Buenos Aires, 2000.
5. CELIBERTI, L. “Educación, Género y Democracia”. IMM-UNICEF. Montevideo, 1997.
6. CONNEL, R.W. “La organización social de la masculinidad”. En: VALDÉS, T. y OLAVARRÍA, J. (Compiladores) “Masculinidades. Poder y Crisis”. Ediciones ISIS – FLACSO. Santiago de Chile, 1997.
7. DE BARBIERI, T. “Certezas y malos entendidos sobre la categoría género”. En: “Estudios Básicos en Derechos Humanos IV” Ediciones IIDH, Costa Rica, 1996.
8. DE BEAUVOIR, S. “El segundo sexo”. Siglo XX. Buenos aires, 1968.
9. FERNÁNDEZ, A.M. “La mujer de la ilusión”. Ediciones Paidos. Buenos Aires, 1993.
10. FERNÁNDEZ, A.M. “Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias”. Paidos, Buenos Aires, 1992.
11. FULLER, N. “Masculinidades. Cambios y Permanencias”. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, 2002.
12. GOMENSORO, A., GÜIDA, C., CORSINO, D. y LUTZ, E.. “Ser varón en el 2000. La crisis del modelo tradicional de masculinidad y sus repercusiones”. Edición de Autores con el apoyo de FNUAP. Montevideo 1998.
13. GÜIDA, C. – LÓPEZ, A. “Aportes de los estudios de género en la comprensión de la masculinidad”. En: MUNIZ y ot. (Compiladores) “Femenino – masculino”. Psicolibros. Montevideo, 2000.
14. GÜIDA, C., CORSINO D. y GOMENSORO A. “La nueva condición del varón, ¿renacimiento o reciclaje? Fin de Siglo. Montevideo, 1995.
15. KATCHADOURIAN, H. A. “Terminología del Género y del Sexo”. En: KATCHADOURIAN (Compilador). “La sexualidad Humana. Un estudio comparativo de su evolución”. FCE. México, 1993.
16. KAUFMAN, M. “Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres”. En ARANCO, L. (Compiladora). “Género e identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino”. Tercer Mundo. Bogotá, 1995.
17. LAGARDE, M. “Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas”. UNAM. México, 1997.
18. LAMAS, M. “Cuerpo: diferencia sexual y género”. En: “Debate Feminista”. Año 5, Vol. 10. México, setiembre 1994.
19. LAMAS, M. “Qué generó el género”. EN: ZARATE, M y GALL, O. “Mujeres al Timón de la Función Pública”. Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir A.C.–INDESOL. México, 2005.
20. LAMAS, M. “Volver a la Diferencia Sexual”. En: ZARATE, M y GALL, O. “Mujeres al Timón de la Función Pública”. Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir A.C.–INDESOL. México, 2005.
21. MIDES (Ministerio de Desarrollo Social) – INAMU (Instituto Nacional de las Mujeres) Secretaría de las Mujeres Afrodescendientes. “Incorporación del enfoque étnico racial. Elementos conceptuales”. MIDES. Montevideo, 2007.
22. MONTAÑO, S. “Guía de asistencia técnica para la producción y el uso de indicadores de género” Unidad Mujer y Desarrollo Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Santiago, agosto de 2006.
23. RAMOS, C. (Compiladora). “El género en perspectiva”. UAM México, 1992.
24. SAU, V. “Diccionario Ideológico Feminista”. Icaria. Barcelona, 1990.
25. SCOTT, J. “El género, categoría útil para el análisis histórico” En: LAMAS, M. (Compiladora). “El Género: la construcción cultural de la diferencia sexual”. PUEG. México,1996.
26. TEHUEN, D. “Genero y discurso”. Paidos. Barcelona. 1996.
27. TOBÓN, M. y GUSMAN, J. “Herramientas para construir equidad entre mujeres y hombres. Manual de capacitación”. PROEQUIDAD Santa Fe de Bogotá, Colombia, 1994.

Documentos Consultados:

- DEPARTAMENTO DE DATOS, ESTADÍSTICAS Y ANÁLISIS. MINISTERIO DEL INTERIOR. "Observatorio Nacional del violencia y criminalidad". Disponible en: http://www.minterior.gub.uy/webs/observatorio/index.php (Revisado: abril 2009).
- INE, UNIFEM, INMUJERES, UDELAR. "Uso del tiempo y trabajo no remunerado en el Uruguay". Módulo de la Encuesta Continua de Hogares setiembre 2007. Montevideo, 2008 Disponible en: http://www.ine.gub.uy/biblioteca/uso%20del%20tiempo%202007/Documento%20Uso%20del%20Tiempo%20y%20Trabajo%20no%20remunerado.pdf (Revisado: abril 2009).
- INE. "Encuesta contigua de Hogares ampliada 2006". Disponible en: http://www.ine.gub.uy/biblioteca/ech/ech2006/HOGARES%202006.pdf (Revisado: abril de 2009)
- INE. "Ingreso promedio de la ocupación principal, por sector de actividad y sexo (en pesos corrientes)-CIIU3 - Período 2001 – 2005". Disponible en: http://www.ine.gub.uy/banco%20de%20datos/soc_indicadores_soceconomicos/ECH%20MON%20Ingrama.xls (Revisado: abril de 2009).
- INE. "Tasa de Actividad, Empleo y Desempleo, por sexo. Período 2006 al último dato disponible". Disponible en: http://www.ine.gub.uy/banco%20de%20datos/act_empydesem/ECH0103.xls (Revisado: abril de 2009).

2.3 La perspectiva de diversidad

La diversidad hace referencia a la variedad y se produce cuando hay diferencias entre los componentes de un conjunto. Cuando nos referimos a la biodiversidad por ejemplo, valoramos las millones de distintas formas de vida del planeta o de un ecosistema en concreto. Sin esa diversidad, la vida en sí misma no sería posible, puesto que cada ser ocupa su lugar en ese sistema.

Asimismo, en el conjunto de la especie humana, la diversidad se manifiesta en diferentes culturas, diferentes genotipos, diferentes lenguas, diferentes organizaciones sociales, diferentes formas de ver el mundo, diferentes religiones. Los humanos nacemos únicos, con una especificidad genética. Eso hace parte de la diversidad humana pero no es lo principal. Las personas somos parte y productoras activas de nuestra cultura y de nuestra historia, vamos generando nuestra personalidad, actitudes, gustos, habilidades, deseos, acciones, que siempre serán únicas y distintas a las de las demás. Eso principalmente nos hace diversos, únicos e irrepetibles. La cultura, las relaciones, las ideas, todo se construye a partir de las diferencias y del aporte único que cada uno es capaz de hacer.

La perspectiva de reconocimiento a la diversidad como inherente a la experiencia humana *"significa que todos somos aceptados como personas humanas, con igual poder para participar en la vida social desde nuestras identidades y modos de vida diferentes"* (D´ELIA y MAINGON, 2004:36). Incluir el enfoque de diversidad supone una transformación de las relaciones inequitativas de poder.

Sin embargo, a pesar de la riqueza que la diversidad ha representado para todos y todas, la base de esa diversidad (las diferencias), han sido la excusa histórica de grupos de poder para oprimir a otros grupos, de forma tal de seguir ejerciendo el poder. Las diferencias han sido tomadas para generar exclusiones, injusticias, persecuciones y muertes: porque pensaba diferente, porque tenía otra religión, porque tenía otra cultura, porque tenía otra orientación sexual, o cualquier motivo que me "diferencie" del otro, que percibo como una amenaza.

Trabajar desde una perspectiva que valore la diversidad implica preguntarnos, ¿transformo las diferencias en desigualdades?, ¿me considero mejor que el otro o la otra?, ¿ejerzo o sostengo opresiones? Probablemente no podamos contestar que no a estas preguntas en todos los casos. Así como la socialización de género afecta nuestra forma de ser, sentir, pensar y actuar, aún cuando podamos problematizar los modelos hegemónicos de ser varón y ser mujer, en nuestra socialización hemos recibido miles de mensajes donde "diferente" es construido como distinto a un modelo determinado de ser humano y lo distinto a ese modelo es amenazador, anormal, inferior.

"Una sociedad es también un sistema de interpretación del mundo, es decir de construcción, creación, invención de su propio mundo; en tanto tal puede percibir como peligro cualquier desmentida a su sistema de interpretación; estas situaciones suelen ser vividas como ataques a su identidad y las diferencias son entonces imaginadas como amenazantes" (FÉRNANDEZ, 1992:17).

Al igual que sucede respecto al género, las sociedades generan "modelos hegemónicos" que establecen parámetros de comportamiento e imaginarios acerca de qué características son deseables, qué comportamientos son esperados, qué formas de pensar son admitidas, y peor aún, qué personas son valoradas y cuáles no.

¿Se valora igual a un hombre, a una mujer y a una persona trans?, ¿se valora igual a un blanco que a alguien que no lo es?, ¿se valora igual a un heterosexual que a un homosexual?,¿trabajamos para integrar a las personas discapacitadas?, ¿tratamos igual a una persona obesa que a alguien que



no lo es?, ¿el aspecto de la persona que tenemos enfrente, su forma de hablar y de vestir, influye en nosotros predisponiéndonos a generar desigualdades?

Muchas de las características mencionadas en el párrafo anterior se utilizan como motivo de risa y burla en los medios de comunicación, en el carnaval, en los chistes, en los insultos. Piensen el contenido de los mismos, ¿se insulta con cualquier característica o con las que consideramos degradantes?, ¿y cuáles son?

Más allá de lo cotidiano, estudios periodísticos y estadísticos nos muestran cómo las diferencias siguen estando en la base de las desigualdades. Por ejemplo, la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística del 2006-2007 arroja como dato que el 56,67 % de las personas afro descendientes menores de 19 años viven por debajo de la línea de pobreza. El mismo indicador en el caso de los niños blancos es del 28,5 % (SCURO, 2008: 116). Como decíamos con los datos de desigualdad de género ¿será casualidad? Está claro que no. En el 2004 se presentó el informe final de la Encuesta Nacional de personas con discapacidad realizada por el INE, donde se señala por ejemplo, que sólo el 16,5 % de las personas con discapacidad en edad de trabajar están empleados, frente al 53,4 % de las personas que no tiene ninguna discapacidad. La discriminación que sufren en la búsqueda de empleo las personas trans ha sido repetidamente denunciada por las organizaciones de la diversidad sexual, pero ¿cuántas personas conocen que estén dispuestas a emplear una persona trans?

Volvamos a un ejemplo anterior, ¿considero la homosexualidad como parte de la diversidad sexual y la valoro como cualquier otra orientación sexual? Muchas veces nos apuramos a contestar que "Si, por supuesto". Pero escarbando un poco sale "Si mi hijo fuera homosexual yo lo aceptaría". Pregunta: ¿Qué es lo que hay que aceptar?; ¿Dirían con esa misma entonación, "si mi hijo fuera heterosexual lo aceptaría"? Probablemente no, porque en el fondo es lo que consideran deseable. Esta idea que en general atraviesa a las personas se trasluce también en la negación de las diversas orientaciones sexuales: ¿cuándo aparecen personajes no heterosexuales en los materiales infantiles?, ¿cuándo aparecen opciones no heterosexuales en las preguntas que les hacemos a niños y niñas?, ¿le decimos, por ejemplo a una niña, tenés novio o novia?

"Los marcos de aceptación de lo diferente suelen ser más estrechos e impermeables de lo que aparece en los titulares. Allí aparece lo que ya notáramos respecto a los DDHH en general, los derechos de los diferentes tienen límites" (GÜIDA, RAMOS y VITALE, 2006: 268). *"(…) no hay problema mientras no se metan conmigo", "mientras no lo hagan público", "mientras no se muestren"*. (GÜIDA, RAMOS y VITALE, 2006: 287).

Nuestra legislación en la ley 17.817 declara de interés nacional la lucha contra el racismo, la xenofobia y toda otra forma de discriminación, entendiendo por tal *"toda distinción, exclusión, restricción, preferencia o ejercicio de violencia*

física y moral, basada en motivos de raza, color de piel, religión, origen nacional o étnico, discapacidad, aspecto estético, género, orientación e identidad sexual, que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública". No se trata sólo de no ser objeto de ataques explícitos por cualquiera de estas causas de discriminación, sino que se trata de tener garantías para el pleno goce de nuestros derechos humanos, cualquiera sean nuestras características.

Trabajar desde una perspectiva de diversidad implica superar la consigna de la "tolerancia", toleramos lo que nos molesta, lo que nos incomoda, lo que difiere de nuestra manera de pensar. Se trata de otorgar algunos permisos limitados aquellos que consideramos "diferentes". Muy por el contrario, valorar lo diverso implica celebrar la existencia, expresión y reconocimiento de la diversidad, sin un modelo desde el cual se define lo diferente. Todo tiene el mismo valor y por tanto merece el mismo respeto.

¿Qué implica entonces incorporar la diversidad como perspectiva de trabajo?

Incorporar la diversidad como eje de trabajo implica desnaturalizar y visualizar las desigualdades generadas a partir de las diferencias y trabajar para que dejen de producirse.

Implica que en los procesos educativos demos mayor importancia a las diferencias, entendiéndose como una afirmación positiva y necesaria de la identidad de los sujetos donde reconocemos la posibilidad de expresarse y ser según las especificidades y singularidades.

Planificar desde la diversidad e incorporar la misma a nuestras prácticas supone superar el modelo dicotómico y binario de incluidos/excluidos.

La diversidad humana nos exige la generación de oportunidades y capacidades reales que permitan desarrollar potencialidades individuales y grupales, en tanto un grupo se fortalece y se enriquece en el respeto de las diferencias y en la integración de las mismas para el logro de objetivos determinados.

Reconocer nuestras fortalezas y debilidades en torno a la diversidad es imprescindible para generar la coherencia entre lo que pensamos, decimos y hacemos. Frente a un grupo cualquiera en una actividad es necesario preguntarnos: ¿qué me genera rechazo?, ¿qué diferencias no estoy contemplando?, ¿qué tipo de discriminación y diferencias son las que me generan más indignación?, ¿a qué luchas y colectivos me adhiero ideológicamente y subjetivamente?

A parte del proceso interno de reflexión y revisión a la hora de cómo incorporamos la diversidad, es fundamental descubrirnos a nosotros mismos emitiendo mensajes y respuestas ante los emergentes cotidianos que surgen en una jornada educativa y que son traídos por el grupo sin previa

planificación nuestra. Traemos algunos ejemplos surgidos de talleres que realizamos con técnicos: ¿cómo actuamos si una niña nos cuenta que fue de paseo con sus dos mamás el fin de semana?, ¿cómo reaccionamos frente a este enunciado?, ¿reconocemos, respetamos e integramos nuevos arreglos familiares? ¿Cómo actuamos frente a un niño que cuenta que su madre ejerce la prostitución? ¿Cómo actuamos cuando descubrimos a dos varones besándose en el baño de una institución educativa? ¿Tomamos en cuenta la diversidad de lenguajes y formas de comunicarnos que pueden aparecer en un grupo cuando pensamos una actividad, o razonamos desde nuestro lugar como si hubiese una sola forma de decodificar el mundo? Etnia, religión, lugar de residencia, perfil socioeconómico y aún nuestra historia particular de vida inciden en nuestra forma de comunicarnos.

Debemos hacer el esfuerzo por planificar desde un enfoque de diversidad, pero más aún estar atentos permanentemente a esta variable, porque las personas y sus vidas son diversas y todo el tiempo emergen datos, características y situaciones particulares en la vida de los sujetos que superan nuestra planificación. El gran desafío es poder encuadrar estos emergentes en nuestras actividades sin exponer, dramatizar y vulnerar aún más los derechos de las personas que comunican esto frente a los demás desde la naturalidad.

La diversidad es un hecho que merece una atención profunda y permanente y que se opone a discursos y prácticas que tiendan a homogeneizar a las personas.

Bibliografía:

1.AGUILERA, M. y SILVA, J. “Especies y Biodiversidad”. En: INTERCIENCIA Nº 22(6) Año 1997. Disponible en http://www.interciencia.org.ve (Revisado: abril de 2009).

2. ALEGRET, J.L.: “Cómo se enseña y cómo se aprende a ver al otro. Las bases cognitivas del racismo, la xenofobia y el etnocentrismo en los libros de texto de E.G.B., B.U.P. Y F.P.” Barcelona; Ajuntament de Barcelona/Institut de Ciencies de l’ Educació de la UAB, 1991.

3. ALONSO ELIZO, J., BRUGOS SALAS, V. y otros. “Homosexualidad y lesbianismo en el aula. El respeto a la diferencia por orientación sexual”. Ed. Xente Gai Astur (Xega). España, 2002.

4. ANDRADE, S. “Espacio comunitario en promoción de la Diversidad Cultural. Una experiencia para disfrutar en colectivo”. Jornadas trasandinas de aprendizaje de la unidad de atención a la diversidad cultural – IMM. Montevideo, setiembre de 2008. Disponible en: http://www.montevideo.gub.uy/cultura/diversidad.pdf (Revisado: abril 2009).

5. BAREIRO, L (compiladora). “Discriminacion-es. Debate teórico paraguayo. Legislación antidiscriminatoria”. UNFPA, Comisión de Equidad, Género y Desarrollo Social de la Cámara de Senadores, Comisión de Equidad Social y Género de la Cámara de Diputados, Comisión de Derechos Humanos y Asuntos Indígenas de la Cámara de Diputados y Centro de Documentación y Estudios (CDE). Asunción, 2005.

6. CHACÓN, A. “Organizar la cultura de la diversidad. Enfoque didáctico y curricular de la educación”. Universitario, Granada, 2003.

7. D´ELIA, Y; MAINGON, T. “La equidad en el Desarrollo Humano: estudio conceptual desde el enfoque de igualdad y diversidad”. Documento para la discusión, Informe sobre desarrollo humano en Venezuela. Torino, Venezuela, 2004.

8. FERNANDEZ, A. “Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias”. Paidos. Bs. As. 1992.
9. GÜIDA, C., RAMOS, V. y VITALE, A. “Conocimiento y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos” En: “Proyecto: Género y Generaciones. Estudio sobre la reproducción biológica y social de la población uruguaya. Fase cualitativa. Tomo I”. Trilce. Montevideo, 2006.
10. MAFFIA, D. y CABRAL, M. En: “Sexualidades migrantes. Género y transgenero”. MAFFIA, D. (Compiladora). Feminaria. Argentina, 2003.
11. MARRERO, W. y SANTOS, B. “Diversidad cultural y etnoeducación en el Uruguay”. En: “Tiempo de la nación mestiza: imaginarios y saberes de los pueblos para un modelo social intercultural. Memorias del 3er Foro Latinoamericano Memoria e Identidad”. REBETEZ, N. y GANDUGLIA, N. (Coordinadores), octubre de 2006, Montevideo, 2007.
12. MAS, S. “La clave no es tolerar, sino aceptar la diferencia”. Noticia: Agencia en Pie – Ecuador. Disponible en: http://www.agenciaenpie.org/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=775 (Revisado: abril de 2009).
13. MIDES (Ministerio de Desarrollo Social) – INAMU (Instituto Nacional de las Mujeres) Secretaría de las Mujeres Afrodescendientes. “Incorporación del enfoque étnico racial. Elementos conceptuales”. MIDES. Montevideo, 2007.
14. MORIN, E. “Los siete saberes necesarios para la educación del futuro”. UNESCO, París, 1999.
15. PASTOR, C. “Educación y diversidad”. Aljibe, España, 2005.
16. SCURO, L. “Población afrodescendiente y desigualdades étnico-raciales en Uruguay”. PNUD. Montevideo, 2008.

Documentos consultados:

1. ASAMBLEA GENERAL. Poder Legislativo. ROU. “Ley Nº 17.817 LUCHA CONTRA EL RACISMO, LA XENOFOBIA Y LA DISCRIMINACIÓN”. Setiembre de 2004. Disponible en: http://sip.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17817&Anchor= (Revisado: abril de 2009).
2. INE (Instituto Nacional de Estadística) y CNHD (Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado). “Encuesta Nacional de personas con discapacidad. Informe final”. Uruguay, 2004. Disponible en: http://www.ine.gub.uy/biblioteca/discapacidad/discapacidad.pdf (Revisado: abril de 2009).
3. NACIONES UNIDAS. “Conferencia Mundial contra el Racismo” Durban, 2001. Disponible en: http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.Conf.189.12.Sp?Opendocument (Revisado: abril de 2009).
4. NACIONES UNIDAS. “La primera declaración sobre orientación sexual e identidad de género en la Asamblea General de las Naciones Unidas”. Diciembre de 2008. Disponible en: http://trans_esp.ilga.org/content/download/12836/76730/file/Declaracionfrancia.pdf (Revisado: abril de 2009).
5. NACIONES UNIDAS. Consejo de Derechos Humanos. “Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas”. Junio de 2006. Disponible en: http://www.senado.gob.mx/comisiones/LX/desarrollosocial/content/marco_juridico/internacional/Declaracion_Naciones_Unidas_Derechos_Pueblos_Indigenas.pdf (Revisado: abril de 2009).
6. COMISIÓN INTERNACIONAL DE JURISTAS Y SERVICIO INTERNACIONAL PARA LOS DERECHOS HUMANOS. “Principios de Yogyakarta. Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género”. Marzo de 2007. Disponible en: http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_sp.pdf (Revisado: setiembre de 2009).



PARTE II

3. Contenidos específicos

En esta segunda parte sistematizaremos de forma lo más clara y sencilla posible, muchos de los contenidos que trabajamos en talleres y cursos de capacitación.

La intención es poder compilar mucha información que a veces es difícil retener en el marco de un curso, pero al mismo tiempo proponer una lectura distinta de esa información hecha desde los enfoques que presentamos en la primera parte.

En este apartado encontraremos también recomendaciones metodológicas acerca de cómo abordar algunos temas y ejemplos que nos permitirán comprender cómo incorporar los enfoques en cada temática específica.

Si bien existen muchísimos temas que podrían estar contenidos en esta segunda parte, elegimos aquellos que consideramos constituyen información básica para trabajar sexualidad a partir de la cual se debe seguir profundizado. Esta misma selección de contenidos es la base de nuestros cursos y con la intención de brindar apuntes que faciliten el trabajo, los hemos sistematizado aquí.

3.1 Delimitando ideas: sexualidad, sexo, prácticas sexuales, relaciones sexuales

Cuando anunciamos que vamos a hacer un "taller de sexualidad" o una "charla sobre sexualidad", ¿qué estamos anunciando? Muy probablemente no lo tengamos claro nosotros y tampoco lo tengan claro los potenciales participantes. Después de todo: ¿Por qué debiéramos tenerlo claro? Bajo el nombre "sexualidad" se engloban una cantidad de conceptos e ideas distintas, muchas veces de forma imprecisa, lo cual acarrea confusiones.

Por ejemplo, se escuchan frases como "es importante la educación sexual en la adolescencia porque es el momento en el que empieza la sexualidad". Aquí se quiso decir "se empieza a tener relaciones sexuales", pero se utilizó el término sexualidad, puesto que se equipara sexualidad con relaciones sexuales. Desde luego, las relaciones sexuales están vinculadas a la sexualidad humana, pero no son la sexualidad. Las personas tenemos sexualidad desde que nacemos, no empezamos a tenerla cuando tenemos relaciones sexuales. ¿O acaso niñas y niños o las personas que deciden no tener relaciones sexuales o se ven impedidas a hacerlo dejan de tener sexualidad?

Otro ejemplo, hablando de diversidad sexual en un taller se escucha comentar acerca de una persona trans: "está bien, cada uno tiene derecho a elegir su sexualidad". En esta frase se confunde identidad sexual con sexualidad. Y nuevamente: la identidad sexual es parte de la sexualidad, pero no es la sexualidad. Y nuestra sexualidad en todas sus dimensiones, la vamos construyendo a lo largo de nuestra vida, no la definimos de una vez y para siempre.

Muchas veces la confusión la seguimos alimentando nosotros, por ejemplo cuando anunciamos talleres de sexualidad y terminamos haciendo talleres de prevención de ITS y embarazos no planificados. Estos temas, si bien están muy vinculados a nuestra sexualidad, fundamentalmente a nuestras relaciones sexuales, son una pequeñísima parte de este concepto que atraviesa toda nuestra vida.

Pero al final **¿Qué es sexualidad?**

En las actividades que desarrollamos desde Gurises Unidos proponemos que cada quién escriba en un papel una palabra que se le venga a la mente cuando piensan en sexualidad. Con ellas, les proponemos que elaboren en subgrupos un concepto de sexualidad. Este ejercicio nos permite traer al ruedo todas las asociaciones, las confusiones y los aciertos que circulan en el grupo y nos permite visualizar la amplitud del concepto.

Antes de ordenar las ideas, es importante empezar por aclarar que el concepto de sexualidad está en permanente construcción y es terreno de disputas entre distintas disciplinas y posicionamientos teóricos (es decir, recalcar que no hay un solo concepto de sexualidad válido universalmente, sino que conviven en el mundo distintas definiciones). También aclarar que no hay una disciplina que pueda considerarse la "dueña" del saber acerca de la sexualidad. Al contrario, se necesita del aporte de muchas disciplinas como la psicología, la medicina, la antropología, la sociología, la historia, la pedagogía, la biología entre otras. El valor de la interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad es imprescindible cuando el objeto de estudio es el propio ser humano (LOPEZ y GÜIDA, 2001).

Así como estas disciplinas tienen cosas para aportar, cada uno de nosotros también tenemos cosas para decir acerca de la sexualidad (LOPEZ y QUESADA, 2002). Este saber es ineludible, lo tenemos por el simple hecho de vivir y debe ser considerado en todas las actividades que se hagan para trabajar el tema. En tanto saber cotidiano, es el que habitualmente usamos para manejarnos en nuestra vida pero necesita ser discutido y enriquecido en el intercambio con los demás (HELLER, 1987). Muchas veces aparece teñido de mitos y tabúes. Si bien es importante partir de las ideas y experiencias de las personas con las que trabajamos, es fundamental que nuestro accionar permita que la información brindada se contraste con las nociones acerca de la sexualidad que cada uno trae desde su vivencia y acumulado personal.

Seguramente a partir de la consigna que mencionamos al comienzo vinculada a sexualidad, hayan surgido palabras como amor, afecto, comunicación, placer, relaciones sexuales, confianza, deseo, miedos, reproducción, derechos, sexo, cuerpo, tabúes, entre muchas otras. Y definiciones más o menos abarcativas que nos ayudarán a construir un concepto entre todos.

"La sexualidad forma parte de nuestra personalidad"; "la sexualidad es parte de toda nuestra vida"; "la sexualidad se expresa en todo lo que hacemos". Estas ideas que con matices y distintas redacciones aparecen a menudo en las actividades que realizamos aparecen también en varias definiciones de sexualidad. Por ejemplo *"la sexualidad es un aspecto central del ser humano"* (definición del Grupo internacional de consulta de la Organización Mundial de la Salud); *"la sexualidad es una dimensión constitutiva del ser humano"* (LÓPEZ y QUESADA, 2002: 14); *"la sexualidad acompaña al sujeto a lo largo de la vida, es imposible carecer de sexualidad"* (MENDEZ, 1994: 664); *"podríamos definir la sexualidad como una parte fundamental de nuestra vida humana"* (RUBIO, 1994: 736).

Pero, ¿qué quiere decir esto? Significa que la sexualidad es parte de nosotros, que no se puede concebir un ser humano sin sexualidad, que nuestra sexualidad nos define y es definida por nosotros en tanto personas, desde nuestro nacimiento (o aún antes) hasta nuestra muerte. Nacemos con características sexuales y a partir de estas, de diferentes maneras nos vamos formando como sujetos sexuados (nos reconocemos como portadores de un sexo y los demás lo reconocen también) y como sujetos sexuales (somos seres sexuados que nos expresamos como tales, deseamos, fantaseamos, nos relacionamos sexualmente). Suena complejo, pero es absolutamente cotidiano.

Como elemento que nos constituye, no podemos desprendernos de nuestra "sexualidad", siempre la llevamos con nosotros, en todo lo que hacemos. Pero eso no significa que todos nuestros actos sean una manifestación de nuestra sexualidad. Supongamos una cepillada de dientes, medio dormidos, al levantarnos, con apuro para salir a trabajar. No es un buen ejemplo de una manifestación de nuestra sexualidad. Ahora bien, otra cepillada de dientes, un rato antes de ver a la persona a la que queremos agradar, porque nos gusta y nos atrae, a raíz de la importancia que nosotros le asignamos a los dientes limpios y el aliento fresco en el encuentro… Ahora sí, el mismo acto manifiesta nuestra sexualidad. Y a propósito usamos un ejemplo donde no apareciera una práctica sexual y donde no se necesitan la presencia de dos o más personas.

Nuestra sexualidad se manifiesta a través del deseo, del placer, del erotismo, de la atracción, de la necesidad de gustar, de la necesidad de sentirse un ser sexuado e identificarse con algo, a veces también en el deseo de reproducirnos. Una expresión de nuestra sexualidad siempre está atravesada por una o varias de estas motivaciones, generalmente vinculadas a uno de los dos fines de la sexualidad: el erótico placentero y/o el reproductivo.

La sexualidad en general se asocia con nuestras prácticas sexuales, pero también atraviesa miles de aspectos de nuestra vida cotidiana. Repercute en nuestro humor, en nuestra autoestima, en nuestra libertad para expresarnos, para divertirnos, para disfrutar. Puede ser fuente de alegrías, de sufrimientos y de muy diversas emociones a lo largo de nuestra vida.

La sexualidad se expresa a nivel personal y en el contacto con los demás. Cada uno la vive y la expresa de forma particular. Es importante recalcar este punto, porque a veces escuchamos generalizaciones de "la sexualidad" como un concepto estático y unívoco. Al contrario, existen muchas sexualidades, la de cada uno y cada una, la de cada comunidad, la de cada sociedad, entre otras.

"La nueva historia de la sexualidad reconoció la variabilidad social de las formas, las creencias, las ideologías y las conductas sexuales. La sexualidad no sólo tiene historia, sino una multiplicidad de historias, cada una de las cuales debe entenderse lo mismo en lo que tiene de singular que como parte de un intrincado sistema". (WEEKS, 1994: 184)

En los talleres se escuchan también frases como: "la sociedad influye en la sexualidad", "la sexualidad no es igual en todo el mundo", "los padres y la educación influye en la sexualidad". Todo esto es cierto y se vincula tanto a la dimensión sociocultural como a la dimensión personal de la sexualidad.

Todos y todas vamos construyendo permanentemente y a lo largo de nuestra vida nuestra sexualidad. Y esa construcción se ve influenciada por los mensajes que recibimos de nuestra familia, de nuestra comunidad, de las instituciones educativas, de los medios de comunicación, como en cualquier otra área de la vida. Pero asimismo, estos mensajes son decodificados por nosotros, son confrontados por la experiencia e introyectados en general con modificaciones.

No siempre estos mensajes permiten que seamos libres o que ejerzamos nuestros derechos. Al contrario, muchas veces promueven modelos socialmente establecidos, que benefician a algunos sectores sociales. Si bien esto logra que gran parte de la población no pueda vivir su sexualidad de forma plena y placentera, afortunadamente también hay discursos y mensajes que tienden a hacernos pensar ¿de dónde saqué la idea de que los varones tienen más deseo sexual que las mujeres?, ¿qué me hace pensar que ser heterosexual es más normal que ser homosexual?, ¿no será que me creí eso de que la sexualidad sólo sirve para reproducirnos?, ¿de dónde saqué la idea de que hay una edad normal o mejor para empezar a tener relaciones sexuales?, ¿por qué le digo a mi hijo de 3 años ¡saca la mano de ahí?

Estos mensajes que circulan en una sociedad forman parte de los discursos que la misma tiene respecto de la sexualidad. No son generados al azar sino que responden a los intereses de distintos sectores de poder lo que determina su mayor o menor influencia en el conjunto de la sociedad.



Van cambiando a lo largo del tiempo y responden a momentos históricos particulares. En general, si bien hay uno o varios discursos preponderantes siempre hay otros que intentan irse instalando y legitimando. ¿Qué discursos conviven hoy en Uruguay? Esa pregunta debemos contestárnosla siempre que emprendamos la tarea de trabajar sobre este tema.

No sólo los discursos forman parte de la sexualidad de las personas y de las sociedades. Éstos se ven confrontados con las prácticas de esas mismas personas y de esas mismas sociedades y por los significados que les damos a esas prácticas y esos discursos. Las prácticas, los discursos y los significados en tanto dimensiones de análisis de la sexualidad, se afectan permanentemente y en general, no necesariamente coinciden.

"Podemos ubicar tres dimensiones que se incluyen en el análisis de la sexualidad, las cuales se articulan de manera compleja: significaciones, prácticas y discursos. Esta relación íntima entre las tres dimensiones debe, contextualizarse en escenarios sociopolíticos e históricos específicos. Pero, a su vez,

la relación entre estas tres dimensiones debe ser analizada como producto de relaciones de poder: de clase, género, raza/etnia, generación, orientación sexual" (LOPEZ, 2005: 24).

Veamos un ejemplo, la monogamia (el hecho de que cada persona tenga una sola pareja sexual) está instalada en el discurso de nuestro país. Se habla de fidelidad, no sólo en los medios de comunicación sino también en las conversaciones cotidianas. Cuando cada uno y cada una se dispone a formar una pareja, explicita o implícitamente la "fidelidad" se instala como condición (en general). Ese es el discurso. La práctica: pueden consultarla a su alrededor, ¿cuánto nivel de respeto por esa fidelidad conocen? Los significados: a nivel social bastante ambiguo, se considera más o menos aceptable según el infiel sea el varón o la mujer, si la pareja es heterosexual u homosexual, si son jóvenes o no, si tienen hijos o no.

Lo fundamental es señalar que tanto a nivel social como personal estas tres dimensiones conviven, se afectan y modifican una a la otra. Así como los mensajes sociales afectan nuestra construcción como personas, también cada uno como persona tiene potencialmente el poder de generar discursos, de enriquecer y modificar lo social. Sin embargo, no todas y todos partimos de iguales condiciones para afectar lo social: *"La agencia también difiere en extensión entre y dentro de las sociedades. La ocupación de diferentes posiciones sociales —definidas, por ejemplo, por género, riqueza, prestigio social, clase, origen étnico, ocupación, generación, preferencia sexual, o educación— da a la gente un conocimiento de los diferentes esquemas y acceso a los diferentes tipos y cantidades de recursos, y de ahí diferentes posibilidades para la acción transformativa"* (SEWELL, 2006:166).

De ahí el importante desarrollo que ha tenido la noción de empoderamiento, en tanto sobre todo para aquellos sectores o grupos sociales que parten de situaciones de "menor poder". El empoderamiento ha sido definido como *"el proceso mediante el cual los miembros de una comunidad (individuos interesados y grupos organizados) desarrollan conjuntamente capacidades y recursos para controlar su situación de vida, actuando de manera comprometida, consciente y crítica, para lograr la transformación de su entorno según sus necesidades y aspiraciones, transformándose al mismo tiempo a sí mismos"* (MONTERO, 2003:72). No es posible "empoderar" a las personas, puesto que ellas deben "empoderarse a sí mismas", pero si es posible trabajar para promover este proceso.

Otras ideas que surgen frecuentemente en nuestras actividades son, "la sexualidad está relacionada con el sexo", "es cuando tenés sexo", "es lo que estudia las relaciones sexuales".

En general se confunde sexo, relaciones sexuales y sexualidad. ¿Qué es el sexo? Básicamente, se refiere a las diferencias genéticas, hormonales y anatómicas, que distinguen en la especie humana a los varones de las mujeres. Cabe aclarar que esta definición dicotómica (dos sexos diferentes y únicos) del concepto de sexo está en discusión. Este debate tiene varios frentes: Judith Butler en *"El Género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad"* cuestiona la idea de que el sexo es biológico, y el género una construcción social. La autora afirma que también el sexo es construido socialmente y que el componente biológico no necesariamente es determinante. Muchos autores se han sumado

a esta corriente y han analizado desde estos puntos de vista situaciones como la intersexualidad y la transexualidad. Cabral y Maffia plantean: *"Sostendremos que el sexo anatómico mismo, su propia presunta dicotomía, son producto de una lectura ideológica. Una ideología de género que antecede la lectura misma de los genitales, que no permite hablar de un sexo natural y que es lo suficientemente fuerte como para disciplinar los cuerpos cuando no se adaptan cómodamente a la lectura que se espera de ellos"* (CABRAL y MAFFIA, 2003:86).

Otras posturas consideran que, si bien hay base para afirmar que el componente biológico del sexo no es suficiente para construir un dualismo absoluto, este, ya sea natural o construido, sigue siendo el eje de análisis más claro en tanto refleja una constante en la humanidad (BADINTER, 1994). Sea cual sea nuestra opinión previa sobre este tema lo cierto es que el debate ya está instalado y que en nuestra experiencia y contacto con diferentes teorías y personas deberemos ir tomando alguna postura.

Sexo es distinto de relación sexual. Pero ¿qué es una relación sexual? La respuesta a esta pregunta a veces suele ser extrema. Hay quien dice "todas las relaciones son sexuales" y quienes sólo consideran que hubo una relación sexual si se produjo la penetración de un pene en una vagina. Ambos conceptos son erróneos.

Sí es cierto que todos nos relacionamos desde nuestro lugar de seres sexuados y sexuales, pero eso no significa que toda relación es una relación sexual. De hecho, si así fuese, el concepto mismo de relación sexual no tendría sentido. Por otro lado, el coito vaginal (la introducción del pene en la vagina) es una práctica sexual, como tantas otras y no la única o la más importante.

¿Qué es una práctica sexual? Son todas aquellas actividades, comportamientos o acciones simples o complejas que realizamos solos o con otras personas, con el fin de obtener placer sexual: besar, acariciar, lamer, oler, tocar, masturbarse, mirar, decir, rozar, incluso bailar puede convertirse en una práctica sexual cuando lo que hacemos busca generar placer sexual. Afortunadamente, las prácticas sexuales son muchísimas y dependen sólo de la creatividad y de los permisos que se den a sí mismas las personas.

Las prácticas sexuales siempre forman parte de las relaciones sexuales, pero ninguna práctica en sí define la relación sexual. El hecho de que el coito se privilegie entre otras prácticas sexuales tiene que ver con los modelos hegemónicos de sexualidad que privilegian lo reproductivo por sobre lo erótico placentero. El modelo hegemónico de sexualidad privilegia una sexualidad coitocéntrica (centrada en el coito vaginal), genitalizada (centrada en los genitales), heterocentrada (sólo admite las relaciones heterosexuales).

Las relaciones sexuales no deben reducirse al coito vaginal, ni referir a cualquier relación que establezcamos con otra persona. ¿Cuándo hay entonces una relación sexual? Cada vez que nos excitamos con alguien y cada vez que compartimos una experiencia con otras personas que nos atraen y experimentamos diversas formas de obtener placer sexual, se da una relación sexual.

Y esto puede darse en una plaza al besarse, o en un lugar íntimo a través de prácticas sexuales que involucren a los genitales. En ambas situaciones estamos frente a una relación sexual. Es relación en tanto involucra a más de una persona. Es sexual

en tanto se asocia a uno o ambos fines de la sexualidad (erótico/placentero y/o reproductivo). En cualquier caso, es una relación en tanto haya acuerdo entre las personas que participan. De no ser así, no es una relación sexual sino un acto de violencia sexual de una persona sobre otra.

Hacer esta precisión conceptual es clave en la medida que nos permite ampliar el concepto de sexualidad que portan las personas con las que trabajamos y problematizar los discursos hegemónicos vigentes en nuestra sociedad. Históricamente, la función reproductiva de la sexualidad ha prevalecido en los discursos dominantes, sobre la erótico-placentera. Con esa premisa, la sexualidad ha querido reducirse solamente a un medio para generar nueva vida. Esto ha llevado a centrarla en el coito vaginal lo que representa un reduccionismo que de aceptarse, empobrecería completamente nuestra vida sexual.

A veces en los talleres o instancias de sensibilización es útil ilustrar la cadena de conceptos para dimensionar cada uno: es importante mostrar cómo el coito vaginal, es sólo una posible práctica sexual en el marco de la genitalidad. Asimismo, la genitalidad es sólo una parte de nuestras relaciones sexuales y a su vez las relaciones sexuales son sólo una parte de nuestra sexualidad. Ponerlo de manifiesto nos ayuda a reconstruir, junto con las personas que estamos trabajando, un concepto de sexualidad más amplio e integrador.



Bibliografía:

1. ARAUJO, A., BEHARES, L. y SAPRIZA, G. (Compiladores): "Género y sexualidad en el Uruguay". Trilce. Montevideo, 2001.
2. BADINTER, E. "XY. La identidad masculina". Norma. Santa Fe de Bogotá, 1993.
3. BARRÁN, J. "Historia de la sensibilidad en el Uruguay". Tomo 2. "El disciplinamiento". Banda Oriental, Montevideo, 1991.
4. BERGER, P. y LUCKMAN, T. "La construcción Social de la Realidad". Amorrortu. Buenos Aires, 1979.
5. BUTLER, J: "Género en disputa: Feminismo y la subversión de la identidad". Routledge. Nueva York, 1990.
6. FERNÁNDEZ, A. "La sexualidad atrapada de la señorita maestra". Nueva Visión. Buenos Aires, 1998.
7. FOUCAULT, M. "Historia de la Sexualidad". Volumen 1: "La voluntad del saber". Siglo XXI. Buenos Aires, 2002.
8. FOUCAULT, M. "Historia de la Sexualidad". Volumen 2: "El uso de los placeres". Siglo XXI. Buenos Aires, 2002.
9. HÉLLER, A. "Sociología de la Vida Cotidiana". Península. Barcelona, 1987.
10. LAQUEUR, T. "La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud". Cátedra, Madrid, 1994.
11. LÓPEZ, A - GÜIDA, C. "La Sexualidad como campo de investigación interdisciplinaria" En: "Sexualidad y Género en el Uruguay". ARAUJO, A., BEHARES, L. y SAPRIZA, G (compiladores). Trilce. Montevideo, 2001.
12. LÓPEZ, A. "Consideraciones conceptuales". En: LÓPEZ, A. (Coordinadora) "Adolescencia y sexualidad. Significados, discursos y prácticas en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995-2004)". Facultad de Psicología (UDELAR)/ UNFPA. Montevideo, 2005.
13. LÓPEZ, A. y QUESADA, S. "Guía Metodológica. Material de apoyo en salud sexual y reproductiva con enfoque de género a Equipos Técnicos de los Centros CAIF". Gurises Unidos - CAIF - UNFPA. Montevideo, 2002.
14. MAFFIA, D. y CABRAL, M. En: "Sexualidades migrantes. Género y transgenero". MAFFIA, D. (Compiladora). Feminaria. Argentina, 2003.
15. MC LAREN, P. "Ansiedad Marginal y política de la sexualidad" En: "Pedagogía critica, resistencia cultural y la producción del deseo". Instituto de estudios y Acción Social, Aique Grupo Editor, Argentina, 1994.
16. MEAD, M. "Macho y hembra". Alfa, Buenos Aires, 1976.
17. MÉNDEZ, L. "La sexualidad en la infancia". En: "Antología de la sexualidad humana". Conapo. México, 1994.
18. MONTERO, M. "Teoría y práctica de la psicología comunitaria". Paidós. Buenos Aires, 2003.
19. PAPERT, S. y HAREL, I. "Situar el Construccionismo". INCAE. Alajuela, 2002.
20. PITTANGUY, J. "Sexualidad e Historia". En: "Mujeres, Sexualidades, Derechos. Un camino en construcción". Cuadernos Mujer Salud N°5. Red de Salud de las mujeres latinoamericanas y del caribe (RSMLAC). Santiago de Chile, 2000.
21. RUBIO, M. "Educación de la sexualidad en la infancia: métodos y contenidos" En: "Antología de la sexualidad humana". Conapo. México, 1994.
22. SEWELL, W. "Una teoría de estructura: dualidad, agencia y transformación" En: ARXIUS de Ciências Socials. N° 14, Valencia, junio de 2006.
23. WEEKS, J. "Sexualidad e Historia. Reconsideraciones". En: "Antología de la Sexualidad Humana". Tomo 1. Conapo. México, 1994.
24. WEEKS, J. "Sexualidad". Paidós, México, 1998.



3.2 Género

Como ya mencionamos es más que pertinente incluir en el análisis y en cada práctica o actividad la perspectiva de género, ésta implica tener en cuenta el lugar y el significado que las sociedades dan a varones y mujeres y las relaciones que se establecen entre ambos sexos. Este significado y dichas relaciones varían de cultura en cultura y de época en época.

Es necesario distinguir entre dos conceptos que si bien están conectados significativamente, no son sinónimos aunque se los use muchas veces como tales, sexo y género.

• El sexo refiere a las diferencias biológicas y genéticas entre varones y mujeres. Esto incluye las diferencias anatómicas y los caracteres sexuales primarios y secundarios.

• El género es el conjunto de características, atributos, marcas, permisos, prohibiciones y prescripciones, asignados diferenciadamente a las personas, en función de su sexo. Es una construcción social que establece también, pautas de relacionamiento y ejercicio de poder diferenciado para varones y mujeres, que están articuladas por otras variables como la edad, la etnia, la clase social, el nivel socioeconómico.

SEXO	GÉNERO
Biológico, características físicas y genéticas	Características sociales aprehendidas socialmente
Innato	Cultural
No puede cambiar	Puede cambiar
Es universal	Varía de cultura en cultura

¿Cuál es entonces la relación existente entre sexo y género? La relación existe cuando a partir de las diferencias biológicas inherentes de varones y mujeres se construyen y se atribuyen significados culturales para unos y otras. Estamos introduciendo aquí el concepto sistema sexo/género como el conjunto de clasificaciones sociales que se atribuyen a la diferencia sexual humana. Es importante subrayar el carácter dinámico de estas clasificaciones y valoraciones sobre el carácter estático de las diferencias biológicas, consideradas invariables a lo largo de la historia y las culturas.

En palabras de Teresita de Barbieri (1992) el sistema sexo/género comprende: *"Los conjuntos de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anatomo fisiológica y que dan sentido a la satisfacción de impulsos sexuales, a la reproducción de la especie y en general al relacionamiento entre las personas"* (DE BARBIERI, 1992:66).

La influencia de este sistema sexo-género se extiende a todas las esferas de nuestra vida cotidiana determinando siempre de alguna manera el cómo nos relacionamos varones y mujeres.

"El género como categoría relacional, identifica las relaciones sociales entre los sexos y posibilita el análisis del ordenamiento del sistema de relaciones. (…) El análisis de género permite desnaturalizar los atributos y funciones asignados a mujeres y varones y las relaciones de poder desiguales entre unas y otros que se evidencian en los diferentes ámbitos: familiares, laborales, económicos, políticos." (CAL, CUADRO y QUESADA, 2008:15).

A través de la socialización temprana, unas y otros incorporan ciertas pautas de configuración psíquica y social que hacen posible la feminidad y la masculinidad. ¿Quiénes transmiten y sostienen estas condiciones diferenciadas para mujeres y varones? Familia, instituciones educativas, instituciones de la salud, grupo de pares, medios de comunicación y la comunidad entera son los referentes y actores que participan en la socialización de género, proceso por el cual a lo largo de nuestra trayectoria introyectamos roles, permisos y prohibiciones, características distintas que van constituyendo nuestra identidad del "ser varón" y "ser mujer".

"La socialización de género es el proceso mediante el cual desde que nacemos, aprendemos en un continuo intercambio con el exterior a desempeñar el rol de género que nuestra cultura y nuestra sociedad nos asigna en función de nuestro sexo biológico. El intercambio supone un rol activo de quien se está socializando. Por más fuertes que sean los mensajes y las prescripciones, el sujeto construirá su propia masculinidad o feminidad, que podrá estar más cerca o más lejos del modelo hegemónico en función de la historia de vida del mismo. Asimismo, el modelo hegemónico varía según la cultura y el tiempo histórico que estemos analizando. Estas dos realidades habilitan una brecha que nos permite promover sociedades más igualitarias y personalidades más libres de los estereotipos de género." (LÓPEZ y LÓPEZ, 2005).

Pensemos a qué juegan niños y niñas o preguntemos directamente en las actividades a las personas que participan que hagan el esfuerzo de recordar en qué tareas domésticas "ayudaban" o compartían de niños y niñas con sus padres. Los niños suelen compartir juegos de mayor habilidad física con sus padres, como el fútbol, luchas, carreras, *play-station*. Las niñas suelen jugar a las muñecas, a las "mamás", con la cocinita, con la aspiradora, a barrer como mamá, a disfrazarse como mamá, a pintarse, a dibujar. Estos juegos simbólicos diferenciados para niños y niñas van generando modelos identificatorios para unos y otras a la vez que habilitan e inhiben ciertas destrezas motrices, físicas y psico-afectivas distintas. *"Si adoptamos el punto de vista de la educación emocional cabe añadir los efectos de la socialización diferencial a la que están sometidos hombres y mujeres. Los hombres tienen censuradas las conductas tiernas, y experimentan una mayor amenaza a su identidad si establecen cercanía física y afectiva con otros hombres. Sustituirán expresiones de afecto como los*

besos y las caricias, por empujones o golpes, que es la alternativa más próxima al contacto físico". (IZQUIERDO, 1998:61).

Es de esta forma que en el proceso de socialización, varones y mujeres "aprenden" a ser y hacer en función de su sexo mediante la transmisión e incorporación de mitos, actitudes, cualidades y roles percibidos como inherentes a la "naturaleza" de varones y mujeres a través de un guión social, casi inconsciente, disfrazado, invisible. Así, de acuerdo con este guión socialmente determinado, un alto porcentaje de niñas y niños aprenden, desde muy temprana edad, que *"el mundo de la mujer es la casa y la casa del varón es el mundo."* (ASTURIA, 1997: 127).

Los roles de género rigen las expectativas culturalmente aprobadas para lo femenino y lo masculino, es decir, lo que se espera de una mujer, lo que se espera de un varón. Si alguno de ellos no cumple con su rol de género se le reprocha, discrimina y estigmatiza. Los roles de género son el conjunto de papeles diferentes para mujeres y varones que marcan la diferencia respecto a cómo ser, cómo sentir y cómo actuar. Estos roles son asignados por la sociedad en que vivimos y, como consecuencia de ello, las personas se desarrollan como mujeres o como varones identificándose con los roles que por su sexo le han sido asignados. El concepto de "Roles de Género" es fundamental para entender algunos procesos que se interrelacionan en la vida cotidiana. Su transformación podría ser un paso importante para conseguir vivir en una sociedad más equitativa.

Estos roles se plasman, por ejemplo, en actitudes, significados y expectativas tradicionales tales como:

- Asociar el ser mujer o varón a actividades, potencialidades, limitaciones y actitudes determinadas: "Los hombres son fuertes e inteligentes mientras que las mujeres son débiles, cariñosas y habladoras".
- Calificar algunas actividades como de mujeres o de varones. "Llorar es de mujeres","los hombres son los que tienen que trabajar", "conquistar es de hombres", "las mujeres deben ser pacientes".
- Asignar tareas "propias" de las mujeres y otras de los varones. "El hombre debe ser el jefe de familia y el principal proveedor de la economía familiar", "La crianza de hijas e hijos es cosa de las madres".
- Dar a una misma actividad una importancia diferente, un chef o un modisto tienen más prestigio social y económico que una cocinera o modista.

En esta línea, es relevante traer a colación el concepto de triple rol que describe Caroline Moser. La misma desarrolla tres roles principales que tienen lugar en el sistema sexo-género hegemónico:

1. Rol reproductivo: *"comprende las responsabilidades de crianza y educación de los hijos y las tareas domésticas requeridas para garantizar el mantenimiento y la reproducción de la fuerza de trabajo."* (MOSER, 1995:52).

Este rol ha sido asignado social e históricamente a la mujer. La correspondencia de la mujer a este rol se ha asociado al punto de naturalizarse debido a la capacidad reproductiva de la mujer. En palabras de Mackintosh: *"La realización del trabajo doméstico por la mujer, especial-*

mente el cuidado de los niños dentro del hogar, expresa su dependencia y subordinación dentro del matrimonio (puesto que los hombres se benefician activamente de este trabajo) y también debilita su posición dentro del mercado laboral contribuyendo a sus bajos salarios y a sus pobres condiciones en cuanto trabajadoras asalariadas" (MACKINTOSH, 1981:11)

2. Rol productivo: *"comprende el trabajo realizado a cambio de un pago en dinero o especies"* (MOSER, 1995:55).

El rol productivo ha sido históricamente una responsabilidad adjudicada socialmente a los varones. De esta forma "los hombres son los responsables naturales" de llevar el dinero al hogar, de ser los proveedores y sustentar económicamente la familia. Esto se manifiesta claramente mediante la ocupación de puestos directivos y de decisión de los varones en el ámbito productivo y evidencia desigualdades de poder con respecto a las mujeres en términos de mejor remuneración, mayores puestos de jerarquía y mayor valoración social.

3. Rol de gestión comunitaria: *"comprende las actividades emprendidas por las mujeres a nivel comunitario, como una extensión de su rol reproductivo"* (MOSER, 1995:59).

La ejecución de este tipo de actividades y funciones correspondientes a estos principales roles se realizan en determinados espacios asignados diferencialmente a varones y mujeres. Estos espacios configuran terrenos de privilegios para unos y desigualdades para otras y viceversa. Por un lado, existe el espacio público donde se desarrollan las actividades que tienen como protagonista al varón en el desarrollo de hechos relacionados a lo productivo, lo político, la circulación del poder, la producción económica, ideológica y de saberes. Este espacio goza de mayor privilegio y valoración social. Por otro lado, existe el espacio privado donde la mujer es protagonista de los afectos, de lo doméstico, la familia. Este espacio da lugar al rol madre-esposa y no goza de privilegios políticos ni de poder como el espacio público. Generalmente este trabajo doméstico "no productivo" queda invisibilizado en la sociedad.

Estos roles de género y sus espacios asignados para el despliegue de los mismos son mecanismos que perpetúan modelos hegemónicos de masculinidad y feminidad. *"La idea de oposición y complementariedad de lo femenino y lo masculino forma parte de la construcción del pensamiento dualista de la cultura occidental. Lógica dualista que ha asociado lo femenino con la pasividad y la afectividad, mientras que a su "contraparte y complemento" masculino lo ha asociado a la actividad y la razón"*. (LÓPEZ y GÜIDA, 2002:4).

De esta forma los modelos hegemónicos de feminidad y masculinidad atribuyen las siguientes características mediante mandatos de género a varones y mujeres:



"La constante asignación social de funciones y actividades a las mujeres y a los hombres naturaliza sus roles. Esta naturalización de los atributos de género es lo que lleva a sostener que existe una relación determinante entre el sexo de una persona y su capacidad para realizar una tarea. (…) Considerar como "naturales" los roles y las capacidades es creer que son inmutables. Reconocer y descubrir que estas características, supuestamente fijas e inamovibles, son asignaciones culturales, es lo que permite transformarlas". (OIT, CINTERFOR. Disponible en http//.www.cinterfor.org.uy/mujer/doc/glosario/ii.htm, revisado en abril de 2009)

Estos modelos hegemónicos producen consecuencias en varias esferas de la vida de las personas: acceso desigual al conocimiento, a los ingresos, al poder, al ejercicio de los derechos entre otras. Estas consecuencias nos hablan de un sistema que produce relaciones de poder cuya forma más habitual es la dominación masculina y la subordinación femenina.

En la medida que incorporemos la perspectiva de género y nos preguntemos si realmente elegimos libremente hacer lo que hacemos y lo que no hacemos como varones y mujeres, reconoceremos que los papeles, roles y cualidades que nos diferencian han sido socialmente adjudicados. Una vez que nos permitimos esta reflexión, podremos visualizar formas alternativas de ser varón y mujer e imaginar de otro modo más equitativo los lugares que ambos pueden ocupar en la sociedad.

Es necesaria para la creación de vínculos y relaciones más justas y positivas entre hombres y mujeres la ruptura de los modelos de relación tradicionales de dominación-sumisión. Modelos que todavía permanecen, a pesar de que sus manifestaciones han ido adquiriendo formas más sutiles de poder que, a menudo, nos pasan desapercibidas y son más difíciles de identificar. Sin embargo, continúan siendo igual de determinantes en las relaciones de varones y mujeres desde edades muy tempranas.

"La pretensión de que "las mujeres" y "los hombres" puedan regular el alcance de sus relaciones, los deberes y derechos a que dan lugar las mismas, supone el principio de dos sujetos equivalentes. Dos sujetos en condiciones de negociar los términos de su relación debido a que sus fuerzas están equilibradas. Pero como eso no es cierto, no podemos concebir que las relaciones mujer/hombre sean de carácter contractual, en que la una y el otro llegan a acuerdos libres, porque donde hay desigualdad no hay libertad". (IZQUIERDO, 1996:9).



Bibliografía:

1. AGUIRRE, R.: “Sociología y género. Las relaciones entre hombres y mujeres bajo sospecha”. Montevideo: Universidad de la República. CSIC; Facultad de Ciencias Sociales; Doble Clic, 1998.
2. ANDERSON, J.:”Sistemas de género, redes de actores y una propuesta de formación”. Montevideo: Doble Clic; CEAAL-REPEM. Montevideo, 1997.
3. BATTHYANY, K.: “Estado, familia y políticas sociales, ¿quién se hace cargo de los cuidados y las responsabilidades familiares?”. Revista de Ciencias Sociales. Montevideo, Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Sociología; FCU. n.18, 2000.
4. BONDER, G. “Género y Subjetividad: avatares de una relación no evidente”. En: “Género y Epistemologías: Mujeres y Disciplinas”. Programa Interdisciplinario de Género PIEG, Universidad de Chile. Santiago, 1998.
5. BURÍN, M.:“Padres, hijas, hijos” En: M. Burín e I. Meler. “Varones. Género y subjetividad masculina”. Paidós. Buenos Aires, 2000.
6. BURÍN, M.: “Atendiendo el malestar de los varones”. En: M. Burín e I. Meler. Varones. Género y subjetividad masculina. Paidós. Buenos Aires, 2000.
7. CAL E., CUADRO B. y QUESADA, S. “Primeros pasos: Inclusión del enfoque de género en educación inicial. Manual para docentes, educadoras y educadores”. (GURISES UNIDOS/INAMU) Montevideo, 2008.
8. CARRIL, E.:“Femenino-Masculino. La pérdida de ideales y el duelo”. En: Los duelos y sus destinos. APU. Montevideo, 2002.
9. DE BARBIERI, T: “Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género”, en Estudios de Derechos Humanos IV, Ed. IIDH, Costa Rica 1995.
10. FEIJO, M del Carmen: “De los Estudios de la Mujer a los Estudios de Género han recorrido un largo camino” En: Las Mujeres en la imaginación colectiva. A. M. Fernández (comp.), Ed. Paidos, Buenos Aires, 1992.
11. FERNÁNDEZ, A.: “La sexualidad atrapada de la señorita maestra”. Ediciones Nueva Visión, Bs. As., 1993
12. GELDSTEIN, R: “Los roles de género en la crisis. Mujeres como principal sostén económico del hogar”. CENEP-UNICER, Cuadernos del CENEP Nº 50. Buenos Aires, 1993.
13. GÜIDA C., CORSINO D. y GOMENSORO A. “La nueva condición del varón, ¿renacimiento o reciclaje? Fin de Siglo. Montevideo, 1995
14. GUIDA, C: “Las prácticas de género y las prácticas excluyentes de los varones en el campo reproductivo”. En: 1er. Encuentro Universitario Salud, Género, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Facultad de Psicología. UNFPA. Montevideo, 2003.
15. IZQUIERDO, M: “Las relaciones hombre/mujer: Imponer, pactar, dialogar”. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona, 1997.
16. KAUFFMAN, M.: “La construcción de la masculinidad y la tríada de la violencia masculina”“en “Hombres. Placer, poder y cambio”. Ediciones Populares Feministas. Colección Teoría. Santo Domingo, 1989.
17. KIMMEL, M.: “Desarrollo (de género) del subdesarrollo (de género). La producción simultánea de masculinidades hegemónicas y dependientes en Europa y Estados Unidos” en Masculinidades y Equidad de Género en América Latina, FLACSO – FNUAP. Santiago, 1998.
18. LAMAS, M. (comp.): “La construcción cultural de la diferencia sexual”, Ediciones PUEG, México, 1996.
19. LÓPEZ A., GÜIDA. C: “Aportes de los Estudios de Género en la conceptualización sobre Masculinidad”. Articulo publicado en el libro: Femenino – Masculino. Intervenciones teórico – clínicas. Muñiz A. (comp.) Ediciones Psicolibros – Facultad de Psicología, Montevideo 2002.
20. LÓPEZ, A. y LÓPEZ, P: “De princesas y superhéroes: una aporte a la reflexión crítica del impacto del juego

en la construcción de los roles de género", Artículo sin publicar. Montevideo, 2005.
21. MARQUES, V: "Sexualidad y Sexismo", Editorial Fundación Universidad Empresa, Madrid 1986.
22. MOSER, C: "Planificación de género y desarrollo: Teoría, Práctica y Capacitación". Flora Tristán Ediciones, Lima, 1995.
23. LÓPEZ, A. y QUESADA, S. "Guía Metodológica. Material de apoyo en salud sexual y reproductiva con enfoque de género a Equipos Técnicos de los Centros CAIF". Gurises Unidos – CAIF – UNFPA. Montevideo, 2002.
24. RUBIN, G: "El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo". Nueva Antropología Nº 30. México, 1986.
25. SCOTT, J: "El género, una categoría útil para el análisis histórico", Ed. Alfons el Magnanim, Valencia, 1990
26. VALDÉS, T. y OLAVARRÍA, J: "Masculinidades y equidad de género en América Latina".Santiago de Chile. FLACSO. 1998.
27. VIVEROS, M: "Género e Identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino". Ediciones TEM, Colombia 1996.

Documentos consultados

1. OIT (Organización Internacional del Trabajo) - CINTERFOR (Centro Interamericano para el desarrollo del conocimiento en la formación profesional). "Género, formación y trabajo. ¿Por qué y cómo incorporar la perspectiva de género en las políticas de formación para el trabajo? Apuntes para un glosario conceptual y estratégico". Disponible en: http://www.cinterfor.org.uy/mujer/doc/glosario/ii.htm (Revisado: abril 2009).





3.3 Diversidad Sexual

Valorar la diversidad sexual es reconocer y celebrar la complejidad humana, es convivir con ella y es comprender que debemos revisar nuestras ideas acerca de lo que es "normal" y de lo que son "reglas a seguir" en lo relativo a las expresiones de nuestra sexualidad.

"Diversidad. Diversidad por todas partes. Diversidad en la alimentación. Diversidad lingüística. Diversidad afectiva y emocional. Biodiversidad. Diversidad genética. Diversidad sexual. En un momento histórico de redefinición física y cultural de la especie humana, la defensa por la diversidad resulta básica". (GUASH, 2006:97). Aceptar que lo humano es plural y defender su diversidad puede atenuar procesos de desigualdad, y el campo de la sexualidad es un espacio de entrenamiento político para hacerlo.

Calificar como bueno o malo determinado comportamiento depende de lo que cada sociedad asume éticamente como adecuado o natural. Las normas en cuanto al comportamiento sexual humano que definen "lo aceptable y esperado" están sometidas a los cambios del contexto. Por ejemplo, a comienzos del 1900 era "anormal", se "salía de las reglas" que las parejas tuviesen relaciones sexuales antes de casarse y por tanto era ocultado y "mal visto". En la actualidad en general ya no lo vemos así. Las sociedades varían sus normas acerca de lo aceptable o no respecto de la sexualidad de acuerdo con los momentos históricos, los discursos dominantes de cada momento y la presencia de dispositivos de poder y control. Asimismo cambian también los significados que se le otorgan a las diferentes prácticas, como vimos en el primer capítulo de esta sección.

"Las culturas dan forma y contenido a las conductas, a las experiencias y a los actos sexuales en sociedad. Las culturas articulan, vertebran, codifican y perfilan las prácticas sexuales de sus ciudadanos. Enmarcan, etiquetan y regulan la vida sexual. En la cultura radica el marco que posibilita establecer esquemas de análisis sexual". (NIETO, 2003:16).

El efecto de estos discursos dominantes y de estos dispositivos han construido sociedades donde la única sexualidad valorada y aceptada es aquella basada en un modelo heterocentrado (donde la pareja varón-mujer es la única que se legitima), falocéntrico (centrada en la importancia del pene), androcéntrico (la mirada masculina en el centro del universo) y homofóbico (odio y discriminación a la homosexualidad), modelo que a su vez se nos presenta como el único a seguir y en definitiva como el único posible, excluyendo y discriminando a toda aquella persona que no cumpla con las expectativas sociales. La existencia de la diversidad sexual, que se sobrepone a las exclusiones y discriminaciones que le impone este modelo, nos invita a reflexionar y cuestionarnos: ¿cuán libres hemos sido en la construcción de nuestra propia sexualidad?, ¿cuán injustas y arbitrarias pueden llegar a ser nuestras opiniones sobre lo "natural", lo "correcto" y lo "bueno"?

En suma, la diversidad en general y la diversidad sexual en particular nos invitan a cuestionarnos y a reflexionar si vale la pena seguir hablando de "lo normal" en el campo de la sexualidad humana.

¿Cuándo y por qué aparece la palabra normal?

La palabra "normal" es acuñada en el siglo XIX utilizándose como un instrumento estadístico para medir las conductas más frecuentes ante determinados fenómenos sobre una población específica. En varios estudios científicos se ha hecho uso de una gráfica estadística con forma de campana, la conocida Campana de Gauss, donde en el centro de la misma se ubicarían las conductas observadas como más frecuentes y en los extremos las menos frecuentes. Si aplicamos esto en función de las orientaciones sexuales de una población en un momento del tiempo dado (por ejemplo, la población uruguaya en 2008) probablemente las personas cuya orientación sexual es heterosexual quedarían en la parte central de la campana conformándose como la media, lo más frecuente y en los extremos las otras orientaciones.

¿Qué han implicado estos estudios? La utilización de los datos atravesada por intenciones homogenizadoras y normalizadoras han contribuido a crear la idea de que hay una sola forma de expresión de la sexualidad "válida" y "normal" que coincide con la de la "mayoría", quedando las "otras" expresiones de la sexualidad rotuladas como "anormales", "desviadas", "marginales" y en el mejor de los casos "minoritarias". Estos estudios se sustentan sobre una ideología y un discurso hegemónico que mediante diferentes mecanismos de poder adjudican a estos datos objetivos de la realidad valoraciones éticas y morales, convirtiendo la normalidad en lo "sano", lo "natural" y por lo tanto lo "esperado"; el resto serán desviaciones a estudiar, clasificar y controlar.

En este sentido, es a fines del siglo XIX que surge el término homosexualidad (años antes que el término heterosexualidad) construido por el discurso médico para dar nombre y clasificar ciertas prácticas sexuales consideradas pecaminosas y para crear la figura de "El Homosexual". Este proceso implicó una búsqueda de "causas" a través de la ciencia para explicar dicho "fenómeno" que atentaba al orden moral-religioso de la época.

A medida que el concepto de "homosexualidad" se cargaba de estigmas y se colocaba en el casillero de lo "diferente", la categoría heterosexualidad se definía por su contrario, por lo que no era (homosexualidad). Ser heterosexual es no ser todo lo demás y es gozar del privilegio de ser "el normal" mientras todos los demás son "los desviados". Se configuran de esta forma nuevas relaciones de dominación a partir de diferentes orientaciones del deseo erótico-afectivo.

"El estigma es producto de una ideología de la diferencia cuyo cometido es el de determinar qué proyectos vitales son más válidos que otros. Unos sancionados con la normalidad y otros, denominados desviación, con el fracaso social. El estigma es un elemento del control social de los grupos y sujetos. Actúa en el plano cognitivo como explicación del fracaso social por la "conducta desviada", a la vez que actúa en el plano social y laboral provocando la discriminación". (DE LA MORA, 2007:16).

En este sentido Didier Eribón, en Reflexiones sobre la cuestión gay, da cuenta de que aquellas personas rotuladas como gays, lesbianas o travestis por ejemplo, sufren en uno u otro momento de su vida el choque de la injuria. "Su-

cio marica", "sucia tortillera", no son simples palabras emitidas casualmente. Son signos de vulnerabilidad psicológica y social a la que están expuestas las llamadas sexualidades "diferentes" respecto de la referenciada heterosexualidad. Y *"son agresiones verbales que dejan huella en la conciencia. Son traumatismos más o menos violentos que se experimentan en el instante pero que se inscriben en la memoria y en el cuerpo (porque la timidez, el malestar, la vergüenza son actitudes corporales producidas por la hostilidad del mundo exterior). Y una de las consecuencias de la injuria es moldear las relaciones con los demás y con el mundo. Y, por tanto, perfilar la personalidad, la subjetividad, el ser mismo del Individuo"* (ERIBÓN, 2001: 29).



Hacer esta introducción en este capítulo nos permite problematizar cómo surge y qué sentido tiene el concepto de normal y seguidamente el de anormal, lo que nos ayudará a reconocer las vivencias de discriminación cotidiana que viven aquellas personas que por su orientación sexual no necesariamente se ubican en la parte central de la campana y que aún hoy se preguntan: ¿soy normal?, ¿lo que hago es natural?, ¿lo que siento está bien?, ¿tengo problemas?. Quienes tienen una orientación sexual heterosexual gozan de un privilegio que no gozan quienes no la tienen. ¿Quién teniendo una orientación heterosexual se cuestiona si está bien lo que siente o no?

Cuestionarnos las cosas que creemos naturales y dadas, nos resulta muchas veces muy dificultoso. Asimismo, en diversas ocasiones afloran en nosotros reacciones intolerantes hacia personas que no se adhieren a lo socialmente esperado o a lo que nosotros consideramos como válido. Hacemos esto sin detenernos a pensar que esa idea de "lo válido" no es enteramente nuestra sino que ha sido construida socialmente en función de intereses que no son los nuestros y que no benefician al conjunto de la sociedad. La discriminación tiene como fundamento el rechazo a todo aquello que se considere "diferente". Una persona que discrimina no acepta la pluralidad como marco de convivencia porque no reconoce ni se da cuenta de que en la diversidad se encuentra la posibilidad de enriquecimiento.

Por lo tanto, creemos que hay que ir más allá de la mera tolerancia, para apostar a una integración social real. Veámoslo en un ejemplo concreto, cuántas veces han escuchado personas opinar: "está todo bien con los homosexuales mientras no me molesten, mientras hagan su vida sin meterse en la mía". Cuando escuchamos opiniones como estas podríamos preguntarnos: ¿qué nos hace pensar que nos van a molestar, que se van a meter en nuestras vidas como si nos invadieran la privacidad?, ¿qué nos hace pensar que una orientación sexual determinada define una personalidad? Esta frase, ¿no dará cuenta de los tantos mitos construidos en torno a la homosexualidad como promiscua, degenerada, enferma? Un concepto alentador que nos desafía más aún que el de tolerancia sería hablar de integración de lo diverso, hacer partícipe la diversidad en nuestras vidas donde no signifique una adaptación de los otros a nuestros esquemas sino un proceso conjunto desde una inclusión real y no desde lo políticamente correcto.

Detengámonos ahora en comprender algunos conceptos y algunas confusiones que surgen cuando intentamos abordar la diversidad sexual. Aunque ya hemos utilizado varios de estos conceptos a lo largo del texto creemos oportuno hacer un acercamiento conceptual de los mismos en conjunto. Se trata de crear un pequeño glosario que no pretende dar definiciones acabadas de ninguno de los conceptos (por suerte todos están en permanente revisión y debate), sino servir de introducción a esta vasta área de la sexualidad.

¿A qué se refiere la diversidad sexual?

Por diversidad sexual podemos entender las diferentes maneras de orientar nuestro deseo erótico – afectivo, así como también las distintas formas en que nos identificamos y nos sentimos respecto de nuestro cuerpo y todas las diferentes formas de expresar y vivir la sexualidad.

A continuación definiremos la diversidad sexual a través de la comprensión de algunos conceptos relevantes como orientación sexual, identidad sexual e identidad de género. Así como también

presentaremos brevemente los movimientos de la diversidad sexual, entendiendo a éstos como los protagonistas históricos en dar el impulso político para legitimar y visibilizar la diversidad.

¿Qué es la orientación sexual?

En un principio, es una dimensión de la sexualidad que da cuenta hacia qué sexo la persona orienta su deseo erótico afectivo. La clasificación más clásica acerca de las distintas orientaciones sexuales señala tres categorías: orientación homosexual que se refiere a cuando el deseo de la persona se orienta hacia otras personas de su mismo sexo; orientación heterosexual cuando el deseo de la persona se orienta hacia otras personas del otro sexo; orientación bisexual cuando el deseo de la persona se orienta hacia otras personas de ambos sexos. Es importante que se trata de una clasificación que parte de la base de la existencia únicamente de dos sexos: mujeres y varones. Cuando se complejiza el concepto de sexo y aparecen nuevas categorías, esta clasificación clásica deja de ser suficiente.

La orientación del deseo erótico-afectivo de una persona hacia otras puede variar y modificarse en el tiempo. Supone un proceso dinámico, por lo tanto no se define de una vez y para siempre, ni permanece estable necesariamente. Aún cuando esto es así, los intentos exteriores de modificar la forma de sentir de las personas (intervenciones que buscan "corregir" la orientación sexual homosexual por ejemplo), no sólo fracasan sino que constituyen principalmente una enorme violación de los derechos humanos, apoyada en ideologías científicamente desacreditadas que intentan transmitir que aquello que no sea heterosexual es anormal o enfermo.

Por otro lado es importante recalcar que la orientación sexual no es una opción personal, porque la persona no puede decidir quién le atrae. El deseo se construye en procesos psico-sexuales y afectivos que no pasan necesariamente por lo racional. No decidimos si nos gusta o no el dulce de leche, sólo nos pasa. No elegimos de quién nos enamoramos tampoco, nos pasa con alguien sí y con alguien no.

Con la opción que sí se enfrentan principalmente las personas que sienten en un determinado momento o toda su vida atracción por personas de su mismo sexo es la de afrontar o no las dificultades que les impondrá la sociedad. Y se trata de una sociedad que vulnera sus derechos como persona y la obliga a vivir diariamente formas de discriminación y violencia, a veces extrema por el sólo hecho de manifestar una orientación sexual que no respeta la "norma" heterosexual. Este dilema no existiría si entre todos y todas construyéramos una sociedad que celebre la diversidad. Afortunadamente muchas personas, a pesar de las dificultades que enfrentan, se lanzan a vivir sus vidas como lo desean y muchas también se movilizan y pelean por sus derechos. Es el caso de quienes integran el movimiento de la diversidad sexual del que hablaremos más adelante.

Por otro lado cuando decimos "a tal mujer le gustan los hombres así que es heterosexual", o "le gustan los varones y las mujeres así que es bisexual" o "le gustan las mujeres y entonces es lesbiana" estamos ampliando el alcance del concepto orientación sexual de una forma que es, por lo menos, discutible. Expresiones como estas, si bien refieren a la orientación sexual trascienden el concepto en tanto muchas personas vivirán distintas experiencias al respecto de su orientación sexual sin sentirse jamás identifica-

do con el “ser homosexual”, “ser heterosexual”, “ser lesbiana” o “ser bisexual”. Sentirán deseos, tendrán fantasías y prácticas sexuales propias de tal o cual orientación y sin embargo no se sentirán “lesbianas” o “bisexuales”, por ejemplo. Y por suerte muchas personas no tienen la necesidad de “definirse” o de “definir a los demás” dentro de una categoría social construida para que todos encajemos. Finalmente, ¿es necesario?, ¿de qué nos sirve? Cuándo la orientación de mi deseo cambia puntual o largamente ¿me convierte en algo distinto? Nosotros preferimos referir a orientación sexual heterosexual, por ejemplo, y no a “personas heterosexuales”.

¿Qué es la identidad sexual y la identidad de género?

La identidad sexual refiere a la identificación con el sexo biológico con el que nacemos. A veces esa identificación no coincide con el sexo biológico, por ejemplo una persona que nace con genitales masculinos puede construir su identidad sexual como mujer, así como una persona que nace con genitales femeninos puede construir su identidad sexual como varón.

La identidad de género refiere al grado de identificación con los modelos de feminidad y masculinidad definidos en una sociedad y un momento histórico determinado. En esta identificación se incluyen todos los elementos pertenecientes a la categoría género, desarrollada en capítulos anteriores.

La definición de estos conceptos ha sido objeto de debates y de diversas interpretaciones, desde diferentes disciplinas y enfoques. En este material no incursionaremos en los principales nudos que constituyen el debate, si bien en la bibliografía mencionamos algunos autores que lo abordan (BUTLER, 1990; CABRAL y MAFFIA, 2003; FAUSTO-STERLING, 1998).

¿Qué colectivos integran el movimiento de la diversidad sexual?

Definiremos a continuación los principales movimientos y colectivos que integran la diversidad sexual, al igual que algunos conceptos claves. Los mismos surgen en momentos históricos diferentes y dentro de cada uno hay diversas denominaciones y corrientes teóricas. Las personas que integran estos movimientos han luchado por el reconocimiento de diferentes manifestaciones sexuales mediante la creación de un discurso común y autoreferenciado que genera procesos identitarios y senti-



do de pertenencia a un grupo. En este camino se lucha constantemente frente a los discursos y etiquetamientos que el modelo hegemónico de sexualidad genera y sobretodo se intentan evidenciar desde un enfoque de derechos las desigualdades y discriminaciones que sufren a diario estos grupos.

Trans: en términos populares, se entiende por transexual, a aquella persona, hombre o mujer, que siente que su sexo anatómico no se corresponde con su vivencia más profunda de pertenecer a éste, presentando un sentimiento de ajenidad para con el cuerpo que tiene. Por ejemplo una persona con sexo biológico femenino que se siente y realmente desea ser un varón. No todas las personas trans sienten la necesidad de modificar sus genitales (cirugía de reasignación de sexo) para que su cuerpo sea coherente con su identidad sexual.

Queer: concepto que surge en los años 40 haciendo referencia al "maricón", y también en ese entonces a "lo raro", a "lo extraño" y "bizarro". A partir de los '90 se denomina Queer a una corriente de pensamiento y acción que plantea que los movimientos gays-lésbicos no logran socavar el sistema de exclusión en sí y que de alguna forma terminan reproduciendo parte de la lógica binaria heterosexual-homosexual, mujer-varón en una lucha para entrar a la "normalidad". Como contraparte la corriente Queer se enfrenta a la dicotomía sexo-género, negando la existencia de una identidad estable y alegando que tanto el sexo biológico como los modelos de ser varón y ser mujer son construcciones históricas, sociales y culturales.

Lesbianas: Si bien en muchas ocasiones veremos la utilización indistinta de los términos homosexualidad femenina, mujeres gays y lesbianas, es necesario distinguir el último término de los dos primeros, ya que la palabra "lesbiana" se construye desde el movimiento feminista en la segunda oleada del movimiento de mujeres a finales de los años `60 del siglo XX. Las primeras mujeres feministas en plantear este concepto fueron Adrienne Rich y Monique Wittig que se convirtieron en las precursoras del feminismo lésbico, movimiento cultural y político que se hace popular a finales del `70 y principios del `80, principalmente en Estados Unidos y Europa Occidental. El objetivo del movimiento fue construir una identidad colectiva en la que las lesbianas pudieran reconocerse y a la vez dotar a esa identidad de una dimensión política pública. El movimiento cuestionó teóricamente el lugar de las mujeres y los homosexuales en una organización social patriarcal y heterocentrada.

Gay: la palabra gay es de origen inglés y significa "divertido", "alegre". Surge en los `70 en Norteamérica por un grupo de homosexuales que reivindicaban sus derechos. La autodenominación de "gays" por parte de estas personas tiene como fin poder otorgarle una connotación positiva frente a la peyorativa y estigmatizante que tiene la palabra "homosexual", dado que en sus orígenes era sinónimo de enfermedad, patología y perversión.

Intersexualidad: es la condición de una persona que presenta de forma simultánea caracteres sexuales masculinos y femeninos desde su formación genética, en grados variables. Frecuentemente las personas intersexuales sufren

de las clasificaciones dicotómicas que las ciencias naturales imponen al considerar únicamente válidos dos sexos: mujer y varón. En este sentido, actualmente existe un debate científico y médico específicamente en torno a las operaciones de reasignación de sexo en personas en estados intersexuales recién nacidas (FAUSTO-STERLING, 1998).

Como verán la lista es diversa, sin afán de clasificar y etiquetar a las personas en estas categorías, creemos pertinente reconocer estos escenarios para no dar lugar a la confusión permanente en torno a estos conceptos.

¿Qué es el movimiento LGTBQ...?

Este movimiento engloba y representa a los colectivos de Lesbianas, Gays, Trans, Bisexuales, Queer y en algunos casos se extiende a Intersexuales. Su característica común es que representan a personas cuya sexualidad se expresa fuera de los parámetros mal llamados "normales" y que desde hace tiempo vienen reclamando políticamente la igualdad de derechos y la plena integración social. Esta sigla se ha ido modificando a lo largo de la historia del movimiento en la medida en que se han ido incluyendo nuevos colectivos. El orden de las letras responde a razones históricas a veces (el orden de aparición de los colectivos en el movimiento) o políticas en otros casos. Actualmente, el comenzar la sigla con la L de "Lesbianas" es un claro ejemplo de decisión política que busca visibilizar este colectivo que históricamente han tenido menos fuerza política y acción social en comparación con los Gays. Aquí la perspectiva de género se cruza con este otro eje de desigualdad y podemos observar cómo los mandatos sobre cómo la mujer se apropia de los espacios públicos para la reivindicación de sus derechos y la negación de la sexualidad femenina, pesan negativamente en el colectivo de Lesbianas. Finalmente los puntos suspensivos refieren a la posibilidad de que se incorporen nuevos colectivos.

La lucha histórica de estos movimientos ha influido en los cambios pequeños o grandes que se han dado en nuestra sociedad en el camino hacia la igualdad y la integración. Aunque con muchas resistencias que provienen de diversos sectores sociales, ha habido avances legislativos en los últimos años tendientes a garantizar los derechos de las personas que no llevan una vida "heterosexual". Estos avances se inscriben en una lenta pero progresiva apertura del colectivo social a escuchar y revisar sus creencias al respecto de los modelos hegemónicos de sexualidad.

Es importante destacar que muchas personas que no se sienten identificadas necesariamente con ninguno de los colectivos de la diversidad sexual se integran a las actividades y movilizaciones en tanto comparten la causa. Después de todo, poder vivir en una sociedad libre de estereotipos y discriminaciones debería ser una causa de todos y todas.

Bibliografía:

1. ALONSO ELIZO, J., BRUGOS SALAS, V. y otros.: "Homosexualidad y lesbianismo en el aula. El respeto a la diferencia por orientación sexual". Ed. Xente Gai Astur (Xega), 2002.
2. AYRES, A et. FOUCAULT, M.: "Sexualidades occidentales". Paidos, Buenos Aires, 1987.
3. BORRILLO, D. "Homofobia". Ed. Bellaterra, 2001.
4. BOURDIEU, P. "La dominación masculina". Anagrama, Barcelona, 2000.
5. BUTLER, J. "Deshacer el género". Paidós. Barcelona, 2006.
6. BUTLER, J. "Cuerpos que importan: Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo". Paidós. Barcelona, 2002.
7. BUTLER, J. "Género en disputa: Feminismo y la subversión de la identidad". Routledge. Nueva Cork, 1990.
8. CABRAL, M. "Pensar la intersexualidad hoy", en MAFFIA, D. (comp.) "Sexualidades migrantes. Género y transgénero". Feminaria. Buenos Aires, 2003.
9. CASTAÑEDA, M. "La experiencia homosexual. Para comprender la homosexualidad desde dentro y desde fuera". Paidós. México, 1999
10. DE LA MORA, T. "Reflexiones del armario", Cuadernos de Trabajo Social. 2007.
11. DURÁN, M. "Michel Foucault y su política Queer de los placeres. Una mirada a las geografías del deseo homo erótico en Chile". Programa Magíster en Estudios de Género y Cultura en América Latina (mención Humanidades), Universidad de Chile. Santiago, 2005.
12. ECO, H. "Apocalípticos e Integrados". Barcelona, 1965.
13. ERIBON, D. "Reflexiones sobre la cuestión gay", Anagrama, Barcelona, 2001
14. FAUSTO-STERLING, A. "Los cinco sexos", en: "Transexualidad, transgenerismo cultura. Antropología, identidad y género". Nieto, José Antonio (comp.).Talasa Ediciones. Madrid, 1998.
15. EERTZ, C."Los usos de la diversidad".ES.: Paidós. Barcelona, 1996.
16. GIDDENS, A. "La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas". Cátedra, Madrid, 1992.
17. GILMORE, D. "Hacerse hombre. Concepciones culturales de la masculinidad", Paidos, Barcelona, 1994
18. GOFFMAN, E. "Estigma, La Identidad Deteriorada". Amorrortu Editores. Madrid, 2006.
19. GUASCH, O y VIÑUALES, O. "Sexualidades: Diversidad y control social". Bellaterra. Barcelona, 2003.
20. HERD, G., y KOFF, B. "La Gestión Familiar de la Homosexualidad" Ed. Bellaterra. Barcelona. 2002.
21. HERRERO BRASAS, J. A. "La Sociedad Gay". Una Invisible Minoría. Foca (Investigación), Madrid.2001
22. KATCHADOURIAN, H. A. y LUNDE, D. T. "Las bases de la sexualidad humana", Continental, México, 1999
23. LAMAS, M. "Nuevos valores sexuales" Debate feminista (Raras rarezas). México, 1997.
24. LANCASTER, R. "La actuación de Guto. Notas sobre el travestismo en la vida cotidiana" en Balderston, Daniel y Guy, Donna J. (comp) Sexo y sexualidades en América Latina, Paidos, Buenos Aires, 1998.
25. LAQUEUR, T. "La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta freud". Ediciones cátedra, Madrid.1984
26. LE BRETON, D: "La sociología del cuerpo", P.U.F. París, 1992.
27. MUÑOZ, C.: "Uruguay homosexual. Culturas, minorías y discriminación desde una sociología de la homosexualidad". Ediciones Trilce. Montevideo, 1996.
28. MUÑOZ, C: "Identidades translocales y orientación sexual en Caracas: arqueología, genealogía y tecnologías de la orientación sexual". Colección Monografías, Nº 2. Programa Globalización, Cultura y Transformaciones Sociales, CIPOST, FaCES, Universidad Central de Venezuela. Caracas, 2004. Disponible en: http://www.globalcult.org.ve/monografias.htm.

29. NIETO, J. “Antropología de la sexualidad y diversidad cultural”. Editorial Talasa, 2002.
30. OSBORNE, R., y GUASCH, O. (Comps.):“Sociología de la Sexualidad”. CIS-Siglo XXI Editores. Madrid, 2003
31. PRECIADO, B: “Manifiesto contra-sexual: Prácticas subversivas de identidad sexual”. Madrid: Opera Prima, 2002
32. TASSO, V. “El otro lado del sexo”. Plaza & Janés. Barcelona, 1996.
33. VENDRELL FERRÉ, J:“El Debate esencialismo-constructivismo en la cuestión sexual”. En Sexualidades diversas. Aproximaciones para su análisis. 1996
34. WEEKS, J: “El Malestar de la Sexualidad: Significados, Mitos y Sexualidades Modernas”, Talasa Ediciones S.L. Madrid, 1993.
35. WEEKS, J: “Sexualidad”. Paidós, Programa Universitario de Estudios de género, UNAM. México, 1998.
36. WEINBERG, T: “Gay Man, Gay Selves”. Ed. Irvington Pub, 1983.



3.4 Cuerpo y sexualidad

En este apartado nos centraremos en nuestro cuerpo, su relación con nuestra sexualidad y su respuesta durante nuestras experiencias eróticas. Trabajaremos la idea de cuerpo en general y su vínculo con la sexualidad, haremos una descripción de los genitales y su funcionamiento y describiremos la respuesta sexual humana.

Nuestra idea de cuerpo

Para empezar a trabajar necesitaremos redefinir el cuerpo, para ti, ¿qué es el cuerpo?

Hay quienes podrían contestar que es un montón de órganos, huesos, tendones, músculos, fluidos; y en parte es cierto, nuestro organismo forma parte de eso a lo que le llamamos "cuerpo". Pero, ¿no hay nada más?

Quizás, si nos contestamos algunas preguntas podamos definir qué es el cuerpo de forma un poco más integral. Empecemos pensando cuando nos miramos al espejo ¿qué vemos? La imagen que observamos es el exterior de nuestro cuerpo y sobre él inmediatamente hacemos valoraciones, "estoy lindo o linda hoy", "estoy un poco flaco", "tengo cara de cansada", "esta camisa me queda mal". Todo el tiempo hacemos valoraciones acerca de nuestros cuerpos y de los cuerpos de los demás "ese pibe está buenísimo", "no te toco ni loca", "estás arruinada hoy". Pero ¿de dónde salieron esas valoraciones?

Sin duda, no vienen implantadas en nuestro organismo. Las vamos aprendiendo en la medida que vamos integrándonos al mundo. En la medida que van creciendo, niños y niñas comienzan a fijarse en cosas que antes no. Empiezan a determinar qué cuerpo es lindo, qué ropa queda bien, qué gestos gustan, qué movimientos llaman la atención.

Así como construimos una visión de qué es lindo, qué es feo y qué no es ni lindo ni feo, aprendemos también qué se puede hacer y qué no, qué es "saludable" y qué no, cómo movernos y cómo no hacerlo. "¡No te sientes así!", "el deporte es salud", "ese baile es ridículo", "mira fulanito que bien se porta, cómo se queda quietito".

En la medida que vamos aprendiendo estas cosas, nuestro cuerpo deja de ser sólo un organismo y se convierte en un organismo valorado por mí y por los demás, atravesado por parámetros éticos y estéticos que construyen la imagen que yo tengo de mi propio cuerpo y del cuerpo de los demás. Y esa idea se construye en el intercambio con los otros.

En este sentido Alicia Fernández plantea: *"Nacemos con un organismo significado como cuerpo desde quiénes esperan o anticipan un hijo."* Y define cuerpo y organismo de la siguiente manera: *"Organismo: equipo genético - infraestructura neurofisiológica de todas las coordinaciones posibles. El organismo se recibe por herencia. Cuerpo: es una construcción, realizada sobre la "materia prima" que da el organismo, atravesado por la inteligencia y el deseo, en un momento histórico"* (FERNÁNDEZ, 1998: 51).

En esa construcción es clave la pertenencia a un sexo. Los mensajes que recibimos acerca de cómo valorar, cómo cuidar, cómo moverse y qué hacer con nuestro cuerpo cambian según seamos varones o mujeres. Por ejemplo, habrán escuchado aquello de "una niña no se sienta así" o "no camines así que pareces una mina". Pensemos en el resultado de esta educación desde una perspectiva de género, como venimos haciendo con otros temas.

> Toda vez que me impongan cómo debo actuar, pensar o sentir, con el único argumento de que pertenezco a un sexo, me están sesgando la libertad. Poder elegir por mí mismo/a, me hace más libre. Y desde luego, también hace más libre a nuestros cuerpos.

Sin duda la sociedad donde vivimos porta una serie de discursos y valoraciones éticas (qué está bien y qué no) y estéticas (qué es lindo y qué no) acerca de los cuerpos, que se traducen en nuestra vivencia del mismo y construyen nuestra subjetividad en torno al tema. Pero la sociedad y la cultura en la que vivimos no determinan, por sí solas, nuestra vivencia acerca del cuerpo. De ser así, todos viviríamos nuestro cuerpo de igual manera.

Nuestra historia personal, los mensajes que personalmente recibimos ("¡eso no se toca!", "¡sos la más linda del mundo!", "¡no te podés quedar quieto!"); y las vivencias que tuvimos al respecto de él (enfermedades que requieren quietud, estímulo para los deportes, actividades que favorecen la expresión, espacio para jugar y crear), también pasan a ser parte de nuestro cuerpo.

Mi cuerpo será entonces, mi organismo biológico, atravesado por valoraciones sociales que yo interpreto, acepto o rechazo de forma única y por mi historia personal, que vivo e integro a mi subjetividad. Es en el cruce de todos estos factores que concebiremos el cuerpo, de modo de poder pensar en él de forma integral e integrada a nuestra vida y nuestra sexualidad.

La sexualidad y nuestro cuerpo

En muchas actividades solemos solicitar a los participantes que tracen una silueta humana y sobre ella dibujen, señalen y nombren, todas las partes del cuerpo que intervengan en la sexualidad.

Ante esta consigna hay grupos que dibujan sólo los genitales de forma a veces completa y a veces incompleta. Otros grupos dibujan órganos como el cerebro y llegan a señalar incluso los dedos de los pies. ¿Qué harías tú?

A partir de este ejercicio buscamos construir colectivamente la idea de que todo el cuerpo interviene en la sexualidad humana. Cuando en el intercambio entre los grupos se argumenta por qué se señaló cada parte, comenzamos a visualizar que cada una juega un papel en nuestra sexualidad. En general tenemos que aclarar una

vez más que la sexualidad es mucho más que las relaciones sexuales y pone en juego mi persona integralmente.

Aún si la consigna hubiera sido, señalen "todas las partes del cuerpo que intervienen en las relaciones sexuales" la conclusión sería la misma, el cuerpo se pone en juego completamente. En la respuesta sexual humana y en nuestras experiencias eróticas en general, nuestro cuerpo de forma integral hace parte de la vivencia; cuanto más seamos libres de poner el cuerpo, de sentir, de movernos, más completa será nuestra experiencia.

Sin embargo esto no siempre es así. Muchas veces reducimos nuestra sexualidad a nuestros genitales y nos negamos la posibilidad de sentir placer con otras partes del cuerpo. Cuando en un taller se comienza a compartir ideas acerca de las distintas partes del cuerpo que intervienen en la sexualidad, pronto nos damos cuenta que todas pueden contribuir a completar nuestra experiencia erótica. Los sentidos (a través de nuestros ojos, lengua, piel, oídos y nariz), nos permiten comunicarnos con el otro y la otra y con nuestro entorno. Nuestro cerebro, que comanda la experiencia y nos permite responder a los estímulos y todas las zonas de nuestro cuerpo pueden ser fuente de placer para nosotros y/o para quién o quiénes comparten la experiencia con nosotros. Muchas veces la experiencia no es compartida sino personal y poner en juego nuestro cuerpo completo, acariciarnos, movernos, escucharnos, puede enriquecer la experiencia.

¿Qué nos ha pasado? Si tan placentero y enriquecedor es vincularnos con libertad con nuestro cuerpo y el de los demás, ¿por qué a tantos de nosotros nos cuesta tanto hacerlo?

Vivimos en una sociedad donde los mensajes acerca del cuerpo son contradictorios, se establece lo que debe considerarse lindo y se lo exhibe en la televisión, en internet, como si el cuerpo pudiera ser objeto de consumo. Pero por otro lado se condena y reprime las expresiones espontáneas y genuinas, disciplinando los cuerpos para la vergüenza, la quietud y el pudor, más aún si se trata de mujeres. Se promueve por un lado el cuerpo de las mujeres como un objeto más de consumo y a la vez se les prohíbe y condena la expresión de su sexualidad.

"La mujer interioriza el silencio y la prohibición erótica en lugar del placer. Mediante la amnesia olvida incluso partes de su cuerpo descubiertas al placer en la infancia. Es común que las mujeres redescubran, en momentos distintos de su vida, zonas de su cuerpo olvidadas o insensibilizadas por medio de una cultura de la deserotización de las mujeres" (LAGARDE, 1997: 214).

Empecemos esta historia desde niños, con el famoso "¡sácate la mano de ahí cochino!". El "ahí" muchas veces refiere a los genitales y aprendemos "los genitales son cochinos". Aunque este mensaje nos llega en general a varones y mujeres, en éstas tiene un impacto aún mayor. En las mujeres por las características anatómicas de sus genitales, se requiere de una actitud activa para conocer su vulva. Estas características anatómicas en el caso de los varones permiten una "relación" con su pene más cotidiana al menos al ir a orinar.

Muchas veces se dice que los varones, en cambio, tienen más libertades con su cuerpo. ¿Será así? Quizá sólo tengan otro tipo de restricciones. Cuando hablamos de cuerpo y sexualidad con los varones, parece difícil que se despeguen de los genitales como fuente de placer. Al hablar de auto-estimulación, los varones describen una práctica en la que entran en juego básicamente la mano y el pene. Ante la pregunta ¿y el resto del cuerpo?, ¿se tocan algo más, se acarician?, la respuesta es negación con cara de ¿para qué se precisa más? No se niegan los genitales, pero sí el resto del cuerpo como fuente de placer. ¿Y como fuente de expresión? ¿Se acepta la expresividad corporal de los varones igual que la de las mujeres? Mujeres y varones somos perjudicados por los estereotipos de género.

Nuestra libertad de movimiento y nuestra capacidad de expresarnos a través del cuerpo son construidas socioculturalmente, en el marco de nuestra socialización. Hemos aprendido muchas cosas que necesitaríamos desaprender para ser más libres y descubrir por nosotros mismos cómo nos gusta movernos, cómo nos gusta pararnos, qué nos gusta sentir, qué cosas nos excitan, en definitiva, cómo queremos *"vivir nuestro cuerpo"*.

SITUACIÓN EN UNA ACTIVIDAD DE CAPACITACIÓN

- ¿Qué hacemos si un preservativo nos queda dentro de la vagina?
- Meten los dedos y lo sacan.
- ¿Cómo los dedos? Pero si quedó adentro, se metió bien adentro.
- ¿Adentro dónde?, la vagina mide unos centímetros, si meten los dedos lo enganchan y lo sacan.
- PUAAAHH! !!!Que asco, yo le pido que lo haga él!!!
- Ni loca, yo voy al ginecólogo y que lo saque...

Mientras continuemos transmitiendo a las mujeres que no se toquen la vulva, que es algo chancho y sucio, seguiremos desestimulando que éstas se apropien de su cuerpo.

Cuando nos proponemos trabajar acerca del cuerpo y la sexualidad es importante considerar que:

1. Queremos hablar de cuerpo y sexualidad y en realidad terminamos hablando de los genitales. A veces también reforzamos esta imagen de cuerpo "desintegrado", utilizando alguna lámina con genitales "sueltos", sin cuerpo con un título bien grande que dice algo así como "Aparato Reproductor Femenino/Masculino". ¿Cuántos mensajes dimos sin querer con esta acción? La sexualidad la reducimos a los genitales, a los genitales los aislamos del cuerpo, a la genitalidad la asociamos a la reproducción, al cuerpo lo reducimos a un conjunto de "aparatos".

2. A veces nos vamos al otro extremo, como todo el cuerpo hace parte de nuestra experiencia sexual, hablamos en general, pero no hacemos referencia a los genitales (que tan ilustres desconocidos son muchas veces), ni a las prácticas sexuales (entonces se da por sentado que "todo el mundo sabe qué se hace y de qué estamos hablando"), ni se habla de respuesta sexual (y entonces nos perdemos la oportunidad de promover el ejercicio pleno y placentero de la sexualidad).

3. En otras ocasiones hacemos una buena selección de contenidos, recorremos integralmente la idea de cuerpo, sexualidad y respuesta sexual humana, pero trabajamos como si el cuerpo no existiera, todo el mundo bien sentado, quieto, escuchando hablar de un cuerpo que aunque presente, termina siendo el gran ignorado. Para hablar de cuerpo es importante hacer ejercicios que nos lo hagan presente. Hay que sentirlo, usarlo, moverlo, pensarlo desde la acción.

Recomendamos que el cuerpo empiece a trabajarse desde la acción, desde el movimiento, desde el disfrute, desde la interacción con otros y desde la reflexión acerca de esas acciones. Consideramos que se debe "re-crear la idea de cuerpo" (en el sentido explicado arriba) desde el principio, porque lo que surja de ese ejercicio nos permitirá comprender los contenidos que trabajaremos específicamente. De esta manera podremos integrar los genitales (que deben ser trabajados específicamente) como parte de nuestro cuerpo. Asimismo, la respuesta sexual deja de ser una descripción fisiológica general para ser una experiencia de las personas. Por ejemplo, la excitación es una fase de la respuesta sexual y en general, todos pasamos por esa fase. Podemos hacer una descripción científica y distante de esa experiencia. Lo interesante es encontrar una descripción que logre que los participantes de la actividad identifiquen que la excitación puede convertirse en una experiencia personal, que puedan pensar en "su excitación", cómo viven esa fase y conceptualicen esa "respuesta orgánica" en tanto "experiencia de su cuerpo".

3.4.1 Los genitales y la respuesta sexual humana

En este apartado describiremos los genitales, su funcionamiento y la respuesta sexual humana. Para esto, haremos referencia a un cúmulo de información de carácter biológico que hemos sintetizado de la forma más sencilla que nos fue posible. Hacer este ejercicio didáctico implicó hacer un recorte de la información privilegiando lo que a nuestro criterio es más relevante en la vida cotidiana de las personas.

Las fuentes de la información recopilada provienen de tratados de anatomía y fisiología generales y específicos y otros textos de origen principalmente médico, que están enumerados en la bibliografía del capítulo. Se puede recurrir a ellos para ampliar la información aquí presentada.

Por otro lado hemos incluido ejemplos de cómo estos temas son abordados en nuestros talleres u otras instancias de formación y cómo esa información biológica abstracta "hace carne" en las personas atravesada por ideas, normas y modelos de nuestra cultura.

Los genitales de las mujeres

Frente a la frase “los varones tienen pene y las mujeres…”. El contenido de los tres puntos suspensivos ha variado a lo largo de los años. Una posible es “y las mujeres, no tienen”, otra puede ser “y las mujeres tienen vagina”, otra menos frecuente, pero adecuada sería “y las mujeres tienen vulva”.

No se puede hablar de los genitales de las mujeres sin comenzar por hacer visible su negación histórica. Hay quién argumentará que difícilmente se le diga en la actualidad a una niña “y las mujeres no tienen” y punto. Pero va otro ejemplo, “los niños tienen pito y las niñas cola”. El pito tiene identidad propia ¿verdad?, pero ¿la cola? Una niña se confunde con eso de la cola de atrás y la de adelante. Además, no le aporta mucha identidad, puesto que los varones también tienen cola. Este lenguaje anula la genitalidad de las mujeres.

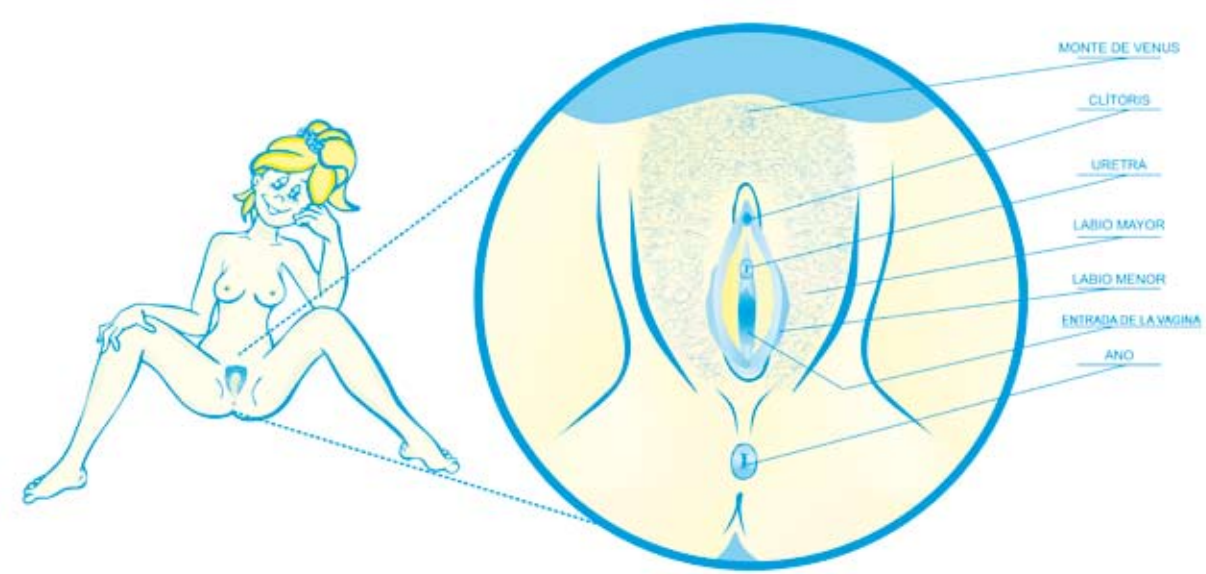
Vamos con la segunda respuesta “las mujeres tienen vagina”. ¿Qué es la vagina? En primer término, un genital interno. No se ve, por lo tanto una niña no puede verla y señalarla. Además, si la frase empieza “los niños tienen pene”, que es un genital externo, ¿por qué la completo nombrando genitales internos de las mujeres? Un apunte: vagina viene de latín, donde vagina significa “vaina”. ¿Saben lo que es una vaina? el estuche donde se guarda el cuchillo o la espada. Pueden imaginarse a qué “espada” se hace referencia. Vagina no parece ser tampoco una buena equiparación a fin de cuentas.

Este tipo de referencias han negado la genitalidad de las mujeres. Aunque difícilmente una mujer adulta no sepa que tiene útero u ovarios (que no se ven), muchas veces no reconocen ni pueden nombrar sus genitales externos (que pueden ser vistos), ni tampoco mencionar la cantidad de orificios que tienen y sus funciones. Esto no es una casualidad, ni es inocente: por distintos medios, muchas culturas han elaborado estrategias para coartar el placer sexual de las mujeres, confinando su sexualidad a la reproducción e instalando las relaciones sexuales como otro mecanismo de sometimiento.

Ana María Fernández se refiere a las condicionantes que se imponen sobre la sexualidad de las mujeres y nos invita a reflexionar: *“(…) no sólo implicará ausencia de relaciones sexua-les antes del matrimonio, sino fundamentalmente las “ignorancias” que garanticen, a la hora del encuentro sexual, que la excitabilidad de su cuerpo esté en “manos del hombre” (…) Solemos horrorizarnos por la crueldad de la clitorectomía ritual que en los países árabes se le practica a las niñas, pero omitimos una pregunta a nuestro mundo occidental: ¿Cuál es el cuchillo en nuestra cultura que produce el corte?”* (FERNÁNDEZ, 1994: 87). Promover los derechos sexuales y reproductivos, explicitar esta negación, ponerle nombre y darle un lugar a los genitales negados, aporta para que esta historia se modifique.

Vamos entonces a empezar la descripción de los genitales externos femeninos diciendo que las mujeres tienen una vulva, compuesta por labios mayores y menores, por el vestíbulo de la vagina donde encontramos el meato urinario (que es el final de un conducto que viene desde la vejiga, y es por donde saldrá la orina), el orificio de desembocadura de la vagina y por el clítoris.

Al detenernos en la vulva, debemos destacar al clítoris, puesto que su función principal es dar placer. Está ubicado por debajo de los labios mayores y entre los pliegues que dan origen a los labios menores. Si bien se trata de un órgano de tamaño importante, muchas veces se cree que el clítoris es sólo el "botoncito" que se ve en el exterior. Muy por el contrario, lo visible apenas representa una décima parte de su tamaño. Por dentro se ramifica a ambos lados de la vagina como lo muestra el dibujo.



Está compuesto por el glande, el cuerpo y la raíz. La parte que podemos ver la constituyen el glande y el pliegue de piel que lo recubre comúnmente llamado capucha o prepucio del clítoris. Por dentro quedan el cuerpo y la raíz. Al igual que el pene, los cuerpos cavernosos del clítoris se llenan de sangre provocando su erección durante la excitación. La importante afluencia de sangre genera que duplique su tamaño, y aporta a que toda la zona vulvar se tense y oscurezca su color. En el clítoris se encuentra una importante concentración de terminaciones nerviosas, lo que lo convierte en una de las principales fuentes de placer sexual para la mayoría de las mujeres.

La falta de estimulación en el clítoris es uno de los obstáculos más frecuentes que encuentran las mujeres para poder disfrutar de su sexualidad. Si bien el clítoris puede ser estimulado con facilidad por otra u otro o por una misma, muchas personas ni siquiera tienen clara su localización. Además es importante transmitir que el clítoris debe ser estimulado o acariciado con cuidado puesto que es una zona muy sensible. Muchas veces el desconocimiento del mismo lleva a que muchas parejas lo ignoren y directamente introduzcan un dedo o el pene en la vagina. Este tipo

de prácticas, centradas en la penetración, son mencionadas a menudo como una preocupación y fuente de malestar por parte de las adolescentes y mujeres. La negación de los genitales femeninos que referíamos antes es la que genera estas situaciones.

Respecto de los genitales internos de la mujer, si continuamos la descripción a partir de la vulva hacia adentro del cuerpo nos encontraremos, ahora sí, con la vagina. Muchas veces entre las personas, fundamentalmente entre los varones, está instalada la idea que la vagina es como un tubo, una cavidad hueca. Es importante insistir en que "no se trata de un tubo", sino de una cavidad virtual. Si quisiéramos mirar hacia adentro de la vagina no podríamos, porque está cerrada. La apertura de la vagina depende de lo que entre o salga de ella. Si va a entrar un tampón sus paredes se despegan como para que pueda entrar, no más. Asimismo, si va a salir un bebé durante el parto, la vagina se dilata de forma extraordinaria, como para dar a luz. Se trata de un órgano muy adaptable. Para ilustrar la podemos comparar con la manga de un buzo (fundamentalmente porque es una prenda de vestir que muy factiblemente podamos tener a mano en cualquier instancia de formación), sus paredes se mantienen unidas, pero cuando nos lo ponemos se abre para dejar que entre nuestro brazo.

Sin embargo, muchas veces puede tensarse y no permitir que nada ingrese. Por ejemplo, en la consulta ginecológica, cuando él o la profesional procede con brusquedad, la vagina puede impedir el ingreso del especulo (instrumento que es utilizado en ginecología para abrir las paredes de la vagina) o su ingreso puede llegar a ser doloroso. Asimismo, durante una relación sexual, la penetración de un dedo, del pene o de cualquier objeto en la vagina de una mujer que no está excitada o no desea esa penetración, puede ser dolorosa, dificultosa o imposible. Lamentablemente, este tipo de situaciones suceden con frecuencia y no siempre son percibidas por quienes las viven o las conocen como una violación a los derechos sexuales de las mujeres. Muchas veces las mujeres creen o sienten que se trata de un problema de ellas o que simplemente es normal, que debe pasarle a todas, o lo han planteado y sus parejas no han modificado sus prácticas. Manifestar que nadie tiene derecho a violentar a una mujer de esa manera es fundamental cuando trabajamos este tema.

La vagina mide promedio de 8 a 11 centímetros, aunque varía de acuerdo a los distintos genotipos humanos. Como es flexible, puede expandirse unos 3 o 4 centímetros más. La mayor parte de las terminaciones nerviosas de la vagina se encuentran en su tercio externo, es decir, en los primeros 3 o 4 centímetros desde el orificio de entrada. Este tipo de cosas es importante destacarlas, primero para que podamos tener una noción realista de cuál es el espacio real que ocupa cada órgano en nuestro cuerpo, noción que a veces perdemos, sobre todo con las láminas donde la vagina parece un largo tubo hacia arriba. Por otro lado, nos es práctico, para desmitificar aquella idea de que un pene más grande proporciona mayor placer a una mujer cuando elige tener un coito vaginal.

Dentro de la vagina encontramos proyectado el cuello del útero, que podemos tocar si introducimos los dedos y se sentirá como una pequeña protuberancia redonda en la pared de la vagina. El cuello uterino es la porción final del útero y se encuentra cerrado la mayor parte del tiempo. Sin embargo permite la entrada y salida de algunas "cosas". ¿Qué cosas? Es bueno hacer esta pregunta en los ta-

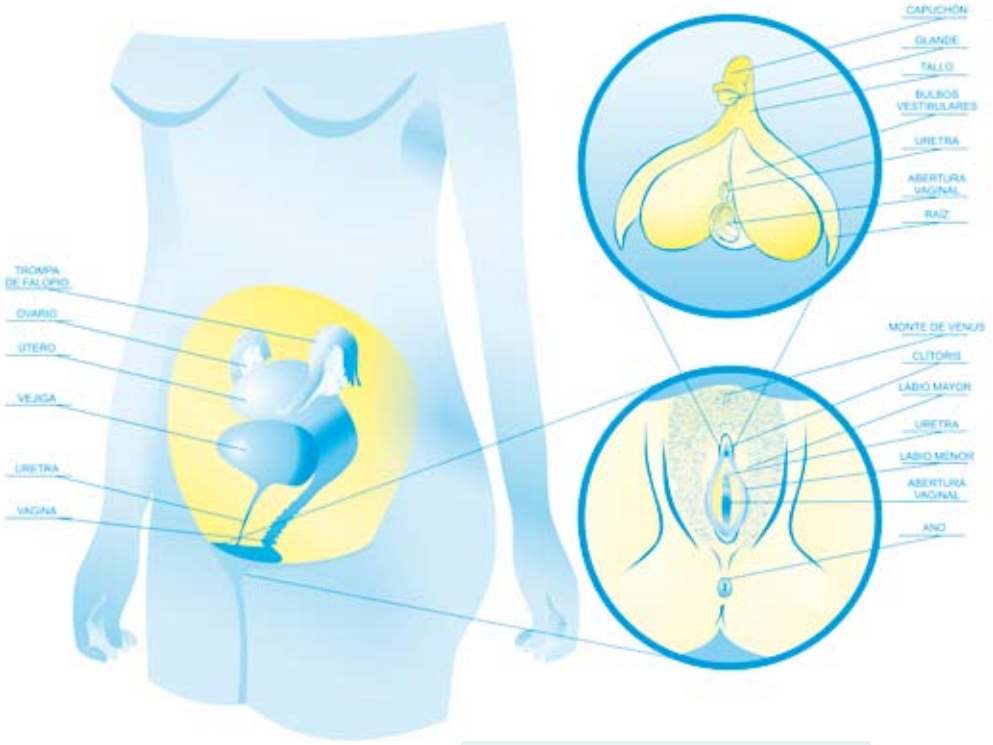
lleres u otras instancias formativas porque nos ayuda a pensar acerca de cosas habituales, que no siempre tenemos claras: la menstruación por ejemplo, sale del cuerpo a través del cuello del útero y por la vagina. También es la vía de salida de los bebés en el momento del parto vaginal, circunstancia especial en la que el cuello es capaz de dilatarse unos 10 centímetros.

Pero el cuello permite también la entrada, por ejemplo, de los espermatozoides, sobre todo en la llamada "semana fértil". En esa semana el moco cervical (así se llama a la secreción que recubre el cuello del útero y que cambia a lo largo del ciclo ovárico, haciéndose más permeable o impermeable), se encuentra en un estado que les facilita a los espermatozoides ingresar al útero y seguir su camino hacia el óvulo. Más adelante veremos como un DIU se coloca también entrando por el cuello del útero, preferentemente en el momento de la menstruación, aprovechando que se abre un poco para permitir su salida.

El útero es un órgano muscular, hueco, que tiene forma de pera. Su función principal es la gestación. Todos hemos estado dentro del útero de nuestras madres antes de nacer, durante un período que en general dura alrededor de 40 semanas. Durante ese período, el útero, que tiene normalmente el tamaño de un puño chico, se expande lo suficiente como para albergar a un bebé a punto de nacer.

¿Cómo y dónde está ubicado el útero? A veces las láminas planas donde el útero, la vagina y las trompas parecen estar en línea recta hacia arriba nos llevan a imaginar que el útero está, por ejemplo, unos 10 o 20 centímetros arriba del ombligo, con el cuerpo del útero hacia arriba y el cuello bien en línea recta hacia abajo. Imagínense, si el cuerpo fuera así, ¿cómo sería un embarazo? No habría panza, porque el bebé crecería hacia adentro del cuerpo y hacia arriba, no dejando lugar a los demás órganos que sí están ubicados en esa zona.

La pregunta ¿cómo es la panza de una embarazada?, nos ayuda a pensar cómo está ubicado el útero. Está mucho más abajo (unos 4 dedos debajo del ombligo), y hacia adelante, como crece la panza. Pueden verlo en el dibujo. El útero no es una continuación de la vagina, sino que está ubicado de forma oblicua a ella. El pene durante una penetración vaginal, por ejemplo, no se topa con el cuello del útero



sino que lo roza perpendicularmente. Hay muchas fantasías alrededor de estas cuestiones anatómicas, y por eso es bueno insistir y promover que emerjan preguntas como ¿el pene le puede hacer daño a un feto cuando se mantiene relaciones vaginales durante el embarazo? o ¿a dónde se va el preservativo cuando queda adentro de la vagina?

En el útero desembocan los oviductos o trompas de Falopio. Existen dos, cada una comunica al útero con uno de los ovarios. Miden unos 10 centímetros y tienen entre 2 y 4 milímetros de espesor. Para ilustrar esto podemos decir que es parecido al tamaño del tubito interior de una lapicera. No terminan completamente adheridas a los ovarios como a veces pareciera verse en los esquemas. Sí tienen en el extremo esa forma de "tentáculos" y uno de ellos está contiguo al ovario.

Los ovarios por su parte son dos, del tamaño de una avellana, y sus principales funciones son producir hormonas y madurar óvulos. En el próximo apartado vamos a explicar en detalle su funcionamiento.

Los genitales de los varones

El desconocimiento del cuerpo de los varones también está presente, aunque se manifiesta de distinta manera que como lo analizamos para el caso de las mujeres. En las actividades que desarrollamos la mayoría de las veces cuesta identificar los genitales externos de las mujeres y también cuesta identificar los genitales internos de los varones. ¿Por qué será?

Por un lado, porque la sexualidad de los varones está completamente unida a la genitalidad y ésta principalmente al pene. Es como si el resto del cuerpo no existiera o no tuviera importancia. Al referirse al modelo hegemónico de sexualidad de los varones Badinter comenta: *"Acorralado entre el miedo a dejarse ir y su utilización del falo como medio de apropiación, tiene una sexualidad bloqueada, triste, que ignora muchos placeres puesto que está sometida al dictado de lo genital"* (BADINTER, 1993: 228).

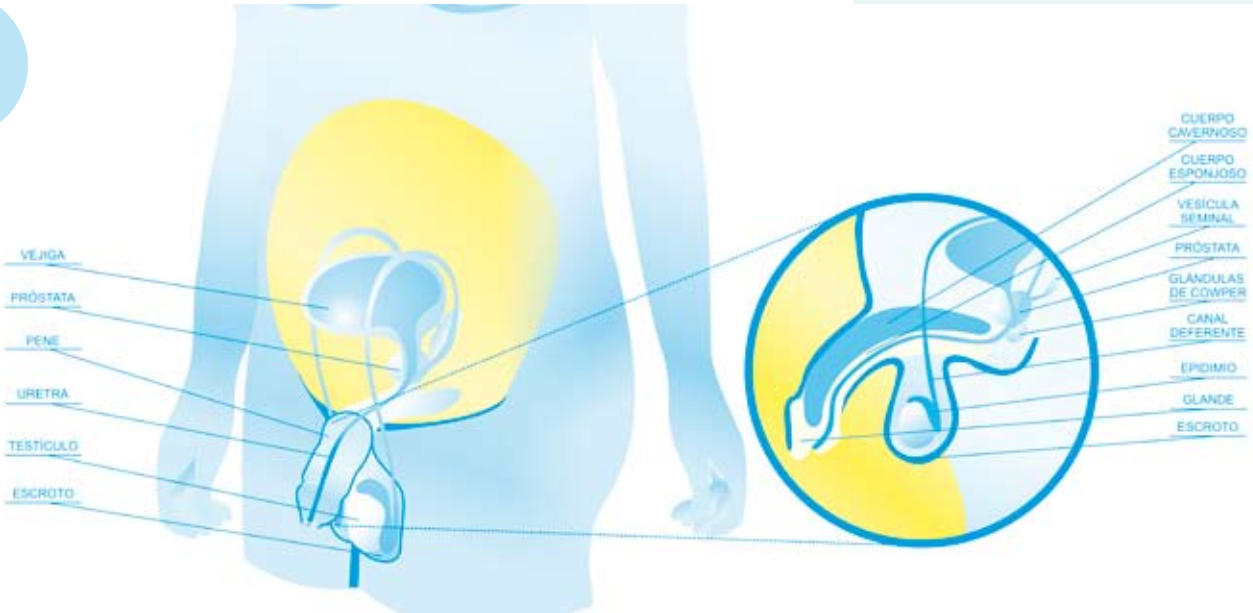
Por otro lado, por la importancia atribuida socialmente a la reproducción ¿Por qué conocemos más acerca de los genitales internos de las mujeres? Porque socialmente se le asigna a la mujer el rol reproductivo sin considerar el papel de los varones en la reproducción. *"Las prácticas sexuales de los varones significadas desde el modelo hegemónico de masculinidad, nos ofrecen un sujeto activo en la búsqueda del placer sexual y "descentrado" de las decisiones reproductivas. La otra cara de la moneda: el modelo hegemónico de feminidad centra a las mujeres en sus roles y funciones reproductivas"* (GÜIDA y LÓPEZ, 2000: 65).

Dado que la gestación se produce en el cuerpo de la mujer, se ha difundido mucho más la anatomía de las mujeres, porque se ha hablado mucho más de reproducción disociándola de la sexualidad. La función erótico-placentera de la sexualidad ha sido abordada con menor frecuencia que la reproductiva. Cuando se recortan así los contenidos, hablar de los genitales de los varones pasa a ser secundario y por eso se habla al pasar y sin darle mucha trascendencia. Darle también a los varones un lugar y un mensaje distinto acerca de sus cuerpos contribuye a cambiar esta tendencia.

A simple vista, un varón desnudo frente a un espejo puede ver sus genitales externos: el pene y los testículos. Durante los talleres, muchas veces preguntamos, siendo los testículos órganos tan delicados y siendo que las partes delicadas del cuerpo en general están dentro, ¿por qué los testículos son externos? La respuesta está vinculada a una de las funciones de los testículos: producir espermatozoides. Estos necesitan una temperatura promedio más baja que la temperatura corporal y por ese motivo los testículos se encuentran en una bolsa de piel llamada escroto en el exterior del cuerpo. Para conservar su temperatura estable pueden moverse, acercándose al cuerpo cuando necesitan más calor y alejándose cuando no lo requieren. Podemos sugerir en las actividades que realicemos, la importancia de que los varones toquen sus testículos por ejemplo al bañarse, de modo de poder detectar precozmente posibles "bultitos" que pueden ser señal de cáncer testicular.

La producción de espermatozoides se da de forma continua a partir de la pubertad, disminuyendo en general con el paso de los años. Los testículos de un varón adulto son ovoides, y miden de 4 a 6 centímetros de largo y de 2 a 4 centímetros de ancho. Son glándulas compuestas básicamente de conductos más finos que un cabello llamados túbulos seminíferos, envueltos sobre sí mismos. Su función es producir los espermatozoides y las hormonas masculinas (testosterona).

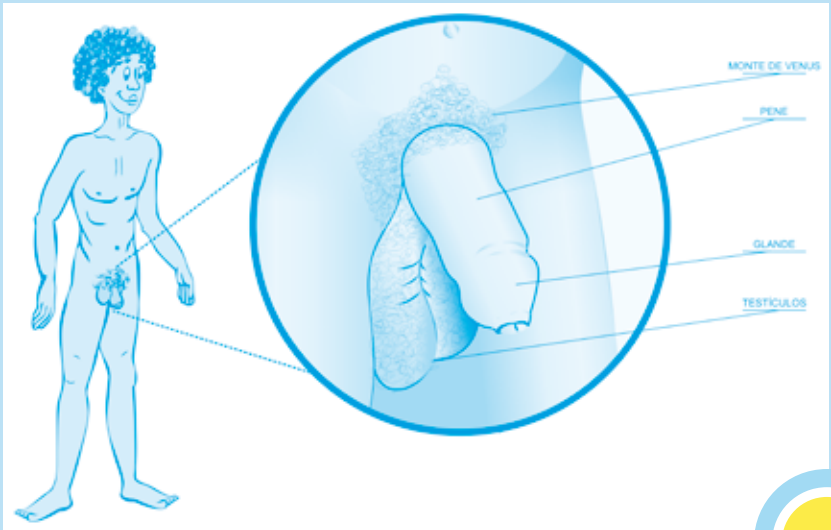
Cada uno se une con otro órgano llamado epidídimo a través de los conductillos deferentes del testículo. El epidídimo es una especie de tubo que está apretadamente envuelto y adherido a cada testículo. Si lo extendiéramos mediría unos 6 metros de largo, pero arrollado como se encuentra en nuestro cuerpo mide apenas unos 5 centímetros de largo, 1 de ancho y 1 de espesor. Su función principal es la de madurar a los espermatozoides y conservar a los maduros hasta que sean eyaculados o absorbidos por el cuerpo. Cuando los espermatozoides se forman, maduran en el epidídimo. Cuando comienza el proceso de emisión llegarán a la uretra interna a través de los cordones espermáticos para allí conformar el semen. Para que esto suceda tiene que haber una erección y el mecanismo de producción del semen se tiene que haber activado.



Frente a la pregunta ¿cuándo produce semen un varón?, muchas veces la respuesta es "siempre". Esta idea circula a menudo pero es incorrecta, que se produzcan espermatozoides todo el tiempo no significa que el semen se produzca de continuo. De hecho, los espermatozoides son sólo una pequeña porción del semen (alrededor de un 10%). Es bueno aclarar esto, porque muchas veces está instalada la fantasía de que los varones tienen "necesidad imperiosa por eyacular", para evitar "la acumulación de semen en los testículos". El semen no se produce y nunca se instalará en los testículos. Lo que si se produce en los testículos son los espermatozoides y cuando éstos no llegan a formar parte del semen, son reabsorbidos sin problemas por el cuerpo. De hecho, cuando se realiza una vasectomía (un corte en los conductos deferentes que impide que los espermatozoides lleguen a formar parte del semen), no se produce una "acumulación" en los testículos ni ningún otro tipo de problemas. Y por otro lado, los varones siguen eyaculando, puesto que el semen, como dijimos, esencialmente se compone de otras substancias. Más adelante explicaremos este mecanismo.

El pene es el otro órgano genital externo de los varones. A simple vista se distinguen dos zonas: la más cercana al cuerpo, algo más angosta, llamada "cuerpo del pene" y el extremo, algo más grueso, llamado glande o cabeza. Está recubierto por piel. Esta piel se transforma en un pliegue móvil cuando comienza el glande, que puede cubrir o descubrir la mucosa del mismo. Este pliegue llamado prepucio, es extirpado por motivos religiosos en muchas culturas. En otras ocasiones lo es por motivos médicos, el más común es la fimosis.

Detenerse durante una actividad en este tema es muy importante. Muchos varones padecen fimosis en la niñez e incluso siendo adolescentes o adultos. Si es ignorada disminuye la capacidad para disfrutar de la vida sexual y puede generar complicaciones de salud. Para hacer una adecuada higiene del pene, el prepucio debe poder retirarse para dejar el glande completamente al descubierto. Cuando esto no sucede, puede deberse a dos motivos: que la abertura del extremo del prepucio sea más angosta que el glande y no tenga flexibilidad como para permitir que este salga (a esto le llamamos fimosis), o que el frenillo (es la zona de piel que une el prepucio con el cuerpo del pene), sea demasiado corto y no permita el movimiento completo (esta circunstancia no requiere circuncisión, sino un pequeño corte que libere el prepucio). Cualquiera de los dos problemas puede ser solucionado consultando a un médico y



si esta información es transmitida a quienes cuidan a los niños pequeños puede ser de mucha utilidad para la prevención. Algunos síntomas de la fimosis son por ejemplo dolor al rozar los calzoncillos, sangrado o dolor en la penetración vaginal o anal o en la masturbación.

El pene es un órgano eréctil, que cambia de tamaño y consistencia cuando se llena de sangre. Su cuerpo está conformado por tres columnas de tejido eréctil, los dos cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso, como pueden verlo en la lámina. El glande por su lado, está conformado principalmente por el cuerpo esponjoso. En él podemos ver el orificio uretral, que es el extremo del conducto de la uretra, a través del cual saldrá tanto la orina como el semen.

El pene no está completamente afuera. Los cuerpos cavernosos comienzan cerca de la próstata aunque normalmente consideramos sólo la parte que se ve. Cuando un pene se erecta aumenta su tamaño. Muchas veces, los penes que en flacidez (así se llama cuando no hay erección) son más grandes, aumentan menos su volumen durante la erección. En cambio los que en flacidez aparentan ser más chicos, aumentan más su tamaño al erectarse. En promedio, un pene en erección mide entre 13 y 17 centímetros. Este dato se brinda al igual que cuando hablamos del tamaño de otros órganos, aclarando que el tamaño del pene no influye necesariamente en la capacidad de sentir o producir placer sexual. Si anatómicamente no es importante el tamaño del pene, ¿por qué se le da tanta importancia?, ¿qué idea de cuerpo, de sexualidad, de varón y de mujer hay detrás de esto?

Pasemos ahora al interior del cuerpo de los varones. Para esto vamos a retomar aquella pregunta, ¿cuándo produce semen un varón? Los varones producen semen luego que se activa el mecanismo de erección y el cuerpo se prepara para una eyaculación, siempre que los genitales estén desarrollados (recordemos que los niños pequeños tienen erecciones, pero antes de la pubertad no se produce semen).

El pene no siempre se erecta porque hay excitación. Muchas veces la erección se produce a causa del frotamiento derivado de vibraciones o a causa de cambios repentinos de temperatura como la salida del agua. Esto sucede aún con más frecuencia en la pubertad. También puede producirse en la mañana, sobre todo debido a la retención de orina que hacemos durante la noche.

Cuando la erección se produce en el marco de un ciclo de respuesta sexual, la erección del pene es el inicio de una serie de cambios en la interna del cuerpo de los varones, uno de cuyos objetivos es producir semen.

Hagamos el recorrido completo: se le llama fase de emisión al momento previo a la eyaculación. En esta fase, los espermatozoides maduros en el epidídimo subirán desde los testículos a través de los conductos deferentes. Estos pasan por detrás de la vejiga y cerca de la próstata desembocan en ellos las vesículas seminales. Estas glándulas aportan más del 50% de líquido que compone el semen. Ya tenemos entonces espermatozoides más líquido seminal. El conducto pasa por la próstata (que aportará otro líquido, el “prostático”) y desemboca en la uretra interna, donde se acumularán por efecto de la contracción del músculo pubocoxígeo, que forma un esfínter entre la uretra interna y externa. La próstata es un órgano pequeño, que además de servir para aportar el liquido prostático es el punto de encuentro entre el conducto deferente y la uretra. El semen y la orina salen del cuerpo por el mismo conducto (la uretra posterior o externa) pero se producen en zonas diferentes del cuerpo. Cuando los varones tienen una

erección, por reflejo el conducto que viene de la vejiga se cierra (se contrae el esfínter vesical). Es por eso que cuando se intenta ir a orinar con el pene erecto la orina parece negarse a salir, y cuando finalmente lo hace, muchas veces el pene pierde parte de su erección. El cuerpo de los varones funciona de forma tal que si va a salir semen, no salga orina y viceversa. Por suerte ¿verdad?

Si el mecanismo de producción de semen se activó debido a que el varón está teniendo una experiencia sexual que lo conducirá al orgasmo, va a llegar un momento que el semen acumulado en la uretra interna tome contacto con la uretra externa. Cuando esto pasa, la eyaculación ya no puede detenerse y se produce, en general, al mismo tiempo que el orgasmo.

Pero desde el comienzo mencionamos que no siempre que el pene se erecta significa que hay excitación y no siempre que hay excitación va a haber un orgasmo. ¿Qué pasa con el semen cuando no hay una eyaculación? Esta pregunta la hacemos siempre porque hay muchas historias acerca del dolor en los testículos debido a interrumpir un ciclo de respuesta sexual, que muchas veces se asocia a que el semen "se quedó llenando los testículos". Ya hemos explicado que eso no puede suceder de ninguna manera y lo que sucede es mucho más simple: el esfínter que comunica la vejiga con la uretra interna se abre y el semen se disuelve en ella. Cuando vamos a orinar lo expulsamos. De hecho, muchas veces podemos sentir un olor distinto en la orina, sobre todo de mañana, por la concentración de fructosa del semen que expulsamos en esa orina (que en general contiene, debido a las erecciones nocturnas).

El dolor que a veces puede sentirse (no necesariamente) se debe a la tensión y congestión que se fue acumulando en la zona de los genitales cuando iniciamos un ciclo de respuesta sexual. Esta tensión normalmente se libera con el orgasmo y toda la zona se descongestiona rápido. Cuando esto no pasa, el "afloje" demora un poco más y puede resultar molesto, pero nada tiene que ver con la acumulación de semen.

Para terminar, mencionaremos las glándulas de Cowper. Son dos, se encuentran una a cada lado de la uretra, a la salida de la próstata y su principal función es la de segregar un líquido (llamado líquido preseminal), cuya función es limpiar la uretra y cambiar el Ph, de forma que los espermatozoides al salir, no se vean afectados por el mismo (que normalmente es ácido debido a la orina). Este líquido es muy nombrado, sobre todo porque contiene espermatozoides y puede provocar un embarazo durante una relación heterosexual, aún cuando no haya eyaculación en la vagina o en la vulva. Es la famosa "gotita que embaraza", que muchas veces se menciona. Por otra parte es un fluido que puede transmitir eficazmente virus como el del VIH.

Toda la información que hemos manejado en estos apartados, no siempre la volcamos completa en los talleres o actividades. Eso depende del interés del grupo. A veces la sobreexposición a detalles biológicos aburre. Pero otras veces, escuchar y entender "¿por qué me pasan las cosas que me pasan?" resulta muy esclarecedor. El cuerpo no es sólo su sustrato biológico, es cierto. Pero sí este sustrato hace parte de la vivencia de todos y con esa cercanía lo tenemos que presentar. Cuando se hace de ese modo, las preguntas y el interés del grupo aparecen y eso que parece abstracto empieza a tener sentido, porque lo viví o vi cómo lo vive otro u otra.

La respuesta sexual humana

Hablar de sexualidad debería implicar referir al placer y promoverlo. El placer se vincula con nuestra sexualidad de muchas formas y en muchas circunstancias. La afectividad, sentirnos atractivos, jugar con la fantasía, proyectarnos, todo lo vinculado a la sexualidad puede ser fuente de placer.

El cuerpo desde luego no es la excepción y puede ser fuente de sensaciones y de placer durante nuestras experiencias eróticas. Sin embargo, para que la sexualidad y las experiencias sexuales sean gratificantes, tienen que darse algunas condiciones, porque así como podemos disfrutar de nuestra sexualidad y de nuestro cuerpo, podemos padecerlo mucho también.

Hablar de esto es imprescindible. No se debe trabajar sexualidad sin remitirnos a las experiencias sexuales, a las fantasías, al autoerotismo y a las relaciones sexuales. Y sobre todo sin referirnos al placer que debieran generar estas experiencias.

Los estereotipos de género, los mitos y tabúes, la homofobia y otros discursos disciplinadores, son una fuerte barrera que logra que muchas veces las personas tengan experiencias sexuales, pero no placer sexual.

En nuestras instancias de formación incluimos la respuesta sexual humana como tema destacado, siendo nuestro objetivo que se pueda conocer y entender cómo reacciona nuestro cuerpo cuando se dispone a vivir una experiencia sexual y qué circunstancias cotidianas pueden intervenir para mejorar o no nuestra respuesta sexual. En definitiva queremos hablar del placer que debieran generar las experiencias sexuales, y pensar acerca de las barreras que pueden interponerse a que lo disfrutemos. A lo largo del tiempo, muchos comentarios de los participantes de nuestras actividades nos han demostrado lo importante que es trabajar este tema: “¡pensé que me pasaba sólo a mi!, “¡por eso era…!”, “tengo una amiga a la que le pasa y no sabe por qué es…”, “yo ya tengo relaciones sexuales pero no sé cómo es un orgasmo”.

Habitualmente este tema lo vamos articulando cuando trabajamos genitales internos y externos. Antes que nada un poco de historia, Virginia Johnson y William Masters fueron una pareja de investigadores que en la década del ‘60 publicaron un libro llamado “La respuesta sexual humana”, fruto de una investigación donde observaron minuciosamente más de 10.000 secuencias de actos sexuales, individuales y en parejas. Estos actos eran protagonizados por varones y mujeres, de entre 18 y 90 años y marcó un hito en lo referido a las investigaciones acerca de la sexualidad.

A partir de lo que observaron dividieron la respuesta sexual humana en cuatro fases: la excitación, la meseta, el orgasmo y la resolución. Enseguida describiremos cada una de ellas, pero antes empecemos por preguntarnos, ¿qué es lo primero que me tiene que pasar para que tenga un ciclo de respuesta sexual completa?

La respuesta es muy sencilla pero no necesariamente evidente, debe haber deseo, “tengo que tener ganas”. Si no las tengo alguien o algo me las debería generar. Cuando hay deseo, el ciclo de respuesta sexual puede comenzar, pero cuando no lo hay, no. Fue la psiquiatra Helen Kaplan, la que planteó la importancia del deseo en la respuesta sexual y la incluyó como una fase. ¿Por qué?

Porque muchas veces identificamos que tenemos algún problema en nuestra respuesta sexual

y su causa no es otra que la falta de deseo. Por ejemplo, una pareja mantenía relaciones sexuales habitualmente y las dos personas las disfrutaban, pero eso dejó de suceder. Los motivos específicos pueden ser muchos y varían en función de las personas y las circunstancias, pero lo que sí sucede independientemente de estas particularidades es que si no hay ganas nuestra sexualidad se empobrece. Las experiencias sexuales deben ser voluntarias, no debemos forzarnos a hacer aquello que no tenemos ganas. Y no olvidemos que somos seres integrales y cuestiones personales o relacionales que suceden en nuestra cotidianeidad obviamente afectarán nuestra respuesta sexual.

Para tener una sexualidad placentera debemos hacer aquello que deseamos, no aquello que sentimos que *"debemos hacer"*. A veces no estamos con las personas del sexo que deseamos, por temor a la homofobia o porque sentimos *"que no es lo que debemos desear"*. Otras veces accedemos a tener prácticas que no deseamos *"porque mi pareja insistió"*. Ejemplos hay muchos. Lo que hay que destacar es que el deseo está directamente vinculado al derecho a decidir *"cuándo, qué, cómo, con quién"* y a respetar lo que los demás deciden. Cuando hablamos de relaciones sexuales necesitamos siempre hablar de "negociación sexual". El concepto de negociación sexual *"Se refiere a los procesos de acuerdo y toma de decisiones en una pareja sexual. Proceso interactivo donde las personas involucradas cuando se enfrentan a intereses distintos, llevan a cabo una serie de acuerdos destinados a obtener aquello que desean en esa relación (..). En condiciones de igualdad supone el reconocimiento de los intereses, deseos y necesidades propias en el terreno sexual."* (LÓPEZ y QUESADA, 2002: 120).

Estas condiciones de igualdad señaladas oportunamente en la definición no están dadas, son un desafío para todos y todas los y las que intervenimos en el campo de la sexualidad y demanda trabajar en pos de la construcción de la autonomía. *"El concepto de autonomía en el campo de la sexualidad está referido a la idea de que la persona desarrolle la capacidad de negociar sexualmente con el otro, desde un lugar de equidad, y no desde posiciones supraordinadas o subordinadas"* (LÓPEZ, 2005: 29). Es por ese motivo que a lo largo de este trabajo nos hemos referido y nos seguiremos refiriendo a aspectos vinculados con la negociación sexual que pueden ser necesarios en diferentes momentos y ante diferentes situaciones de nuestra vida sexual.

Supongamos que el deseo está, ¿cómo continúa la respuesta sexual? Una respuesta frecuente es, "hay que conseguir con quién". Esto es cierto cuando vamos a tener relaciones sexuales con otras personas, pero no es imprescindible para completar un ciclo de respuesta sexual. Masters y Johnson estudiaron el autoerotismo, porque también a partir de estas experiencias se puede tener un ciclo completo de respuesta sexual. Muchas veces surgen comentarios como "eso es cuando no conseguiste a nadie" o "eso es para los gurises". Cuando hablamos de autoerotismo es importante resaltar que es una experiencia distinta pero no menos valiosa que las relaciones sexuales con otras personas. Muchas personas, aún teniendo relaciones sexuales habitualmente tienen experiencias autoeróticas, porque las desean y las disfrutan de distinta manera. Es una experiencia que además nos puede ayudar a descubrir cómo reacciona nuestro cuerpo a distintos estímulos y enriquecer nuestras experiencias sexuales en general.

Retomando la pregunta, ya hay deseo ¿ahora qué pasa? Ahora comenzamos a vivir cada una de las fases que mencionamos anteriormente. Primero la **excitación**.

La respuesta sexual es un ciclo con etapas que se van sucediendo. No puede faltar una, porque si eso ocurre, no se completa el ciclo. Así como no es posible disfrutar de una experiencia sexual cuando no hay deseo, tampoco es posible si no completamos adecuadamente esta fase.

Es bueno que sepamos que todos somos distintos y necesitamos cosas distintas para excitarnos. A veces se plantea que las mujeres requieren de una etapa de excitación más larga que los varones, que incluya bastante contacto corporal, no centrado en lo genital. Besos y caricias en toda la piel son los estímulos más eficaces para la mayoría de las mujeres (no necesariamente para todas). Por su lado, los varones en general requieren menos tiempo para excitarse y a veces el simple estímulo visual le alcanza para cumplir esa fase. En esto, como en todo lo relativo a la sexualidad, la cultura y la socialización de género han jugado un rol importante. Para ambos casos, los estímulos de todos los sentidos (vista, olfato, oído, tacto y gusto), la fantasía, el ambiente, el estímulo directo al cuerpo entero, sobre todo en las zonas que para cada uno resultan erógenas y lo que genera la compañía de otro/s (en caso de que lo hubiere), intervienen en la excitación.

Durante la fase de excitación los cuerpos comienzan a mostrar cambios. Es durante esta fase que el pene de los varones se erecta, el clítoris de las mujeres también se llena de sangre y sus pezones se endurecen. La vagina por su parte se humedece debido a las glándulas de Bartholino que son muy pequeñas, están situadas a los lados de la vulva y se encargan de segregar unas gotas de líquido lubricante durante la excitación. Aparece el rubor sexual, sobre todo en el caso de las mujeres. El ritmo cardíaco y respiratorio pueden aumentar levemente, pero aún no de forma notable como en la siguiente fase.

Cuando se interrumpen los estímulos que están provocando la excitación, a veces la respuesta sexual se puede interrumpir y hay que volver a empezar. “Sonó el teléfono”, “me pareció escuchar la puerta de calle”, “me olvidé del preservativo en el living”… o cualquier otra cosa que puede ser motivo del mismo. Es importante remarcar que esto existe y tomarlo en cuenta, porque puede transformar una linda experiencia en algo desagradable. Hay que señalar que es fundamental que la mujer complete su fase de excitación adecuadamente, más aún cuando va a haber una relación sexual con coito vaginal o anal. Cuando esto no sucede (y muchas veces no sucede), el coito puede ser doloroso y desde luego, la mujer no disfrutará para nada de esa relación. Es clave trabajar acerca de la importancia de la comunicación entre las personas que mantienen relaciones sexuales, antes, durante y después.

En la siguiente fase llamada **meseta**, simplemente se acentuarán los signos que se produjeron durante la excitación, acumulándose tensión muscular, que se resolverá en el orgasmo. En los varones sobre el final de esta fase se producirá la generación de la cavidad cerrada en la uretra interna por la contracción del músculo pubocoxígeo y el esfínter visal, preparando la eyaculación. El clítoris se eleva y se coloca dentro del capuchón. La respiración y el ritmo cardíaco aumentan más notablemente y se produce un aumento de la presión arterial.

¿Qué es el **orgasmo**? Siempre hacemos esta pregunta y a veces surge "es el momento de mayor placer", "te sentís como si flotaras, como si no importara nada más", pero también aparecen interrogantes como "qué significa el multi-orgasmo", "¿es verdad que los varones después que "acaban" no pueden seguir?".

De manera menos romántica, podríamos decir que el orgasmo es una etapa de la respuesta sexual extremadamente placentera en general que se caracteriza por liberar rápidamente toda la tensión que se acumula a lo largo de la excitación y la meseta. Es una reacción que se origina en el sistema nervioso central y se expande luego por el cuerpo generando contracciones musculares involuntarias y rítmicas que se sienten sobre todo en la zona pélvica. Durante el orgasmo el cuerpo libera también moléculas de endorfinas que contribuyen a generar esa sensación de placer, relajación extrema y de "pérdida de la conciencia".

En la inmensa mayoría de los casos el orgasmo sólo aparece cuando hemos completado las fases previas: hubo deseo que se convirtió en excitación y se sostuvo en un punto límite durante algún tiempo. Para la mayoría de las mujeres el estímulo del clítoris en estas fases contribuye decisivamente a que el orgasmo se produzca. Lamentablemente la falta de información, la negación de los genitales, la negación del placer de las mujeres y la inequidad en la negociación sexual, trae como consecuencia que aún hoy muchas mujeres no logren tener un orgasmo.

En las relaciones sexuales heterosexuales, principalmente en aquellas que se centran en el coito, es muy factible que el clítoris no sea estimulado sobre todo en posturas donde la mujer tiene restringida su capacidad de moverse, y el varón sólo se preocupa por penetrar. A veces surge como inquietud "no puedo llegar al orgasmo con mi pareja", las preguntas son: ¿están dadas las condiciones?, ¿completas tu etapa de excitación?, ¿hay estimulación del clítoris durante la relación?, ¿has intentado llegar al orgasmo mediante autoerotismo?, ¿lo has hablado con tu pareja? Cuando no estamos disfrutando lo que hacemos es importante poder plantearlo para intentar solucionarlo. Esto no siempre es sencillo o posible, debido a las limitaciones que las inequidades culturales generan. Pero siempre hay que trabajar para andar en ese camino. El orgasmo no es un "lujo", es un derecho, porque se vincula estrechamente con el derecho al placer y a vivir la sexualidad de forma plena.

Respecto de la estimulación del clítoris es bueno aclarar que no se trata de un "botoncito que hay que frotar", puesto que como explicáramos antes, es un órgano extremadamente sensible, que va cambiando a lo largo de la respuesta sexual. El estímulo adecuado lo debe explorar cada una en su cuerpo y con su compañero o compañera, compañeros o compañeras sexuales. Y es importante recalcar lo que se mencionó al comienzo del capítulo, sería bueno que cada uno y cada una experimentara y encontrara aquellas zonas de su cuerpo que le provoquen mayor placer y estas no siempre estarán asociadas a los genitales.

Además de la importancia del orgasmo como fuente de placer, es importante destacar que la **resolución** (última fase de la respuesta sexual), se produce más rápidamente y de mejor manera cuando hay orgasmo, tanto en el caso de los varones como en el de las mujeres. En caso contrario, la sangre que se acumula en la zona pélvica durante la excitación y la tensión general, son liberadas mucho

más lentamente. Esto puede provocar sensación de molestia, cuando sucede ocasionalmente. Pero también puede provocar dolor, incluso en momentos donde no se comenzó un ciclo de respuesta sexual, cuando sucede habitualmente.

Al respecto del orgasmo de los varones, lo que más surge en las actividades es a propósito de lo "apurados" que son y que quedan "liquidados" luego de tenerlo. Acerca de lo primero, puede haber casos en los que aparezca un problema llamado "ausencia de control eyaculatorio" (antes llamada eyaculación precoz, que es tratable por profesionales), pero el "apuro" al que se hace referencia también puede estar vinculado a la falta de disposición para esperar a los demás participantes de una relación sobre todo cuando se trata de una mujer, o al modelo hegemónico de sexualidad donde la eyaculación es concebida como lo más importante en la respuesta sexual. En general, el ciclo de respuesta sexual se completa más rápido en los varones, pero estos pueden aprender a manejarlo, de forma tal de mejorar la experiencia.

Luego de un orgasmo, en el caso de los varones, el cuerpo comienza a recuperar el estado previo a la fase de excitación. La erección se pierde, los músculos se aflojan y dependiendo de la edad, la condición física y la situación que esté viviendo ese varón, hay un período de tiempo (período refractario), donde el estímulo sexual no genera excitación (en términos fisiológicos). El período refractario en los varones va variando con la edad y la condición física. Puede ser muy breve en la juventud y en general va aumentando con la edad, llegando a durar un par de días o más, en muchos adultos mayores.

A esto se refiere la expresión "estar liquidados". Sin embargo, el período refractario simplemente es un tiempo en el cual no aparece nuevamente la excitación. Eso no implica que un varón no pueda continuar el intercambio sexual. Al contrario, si su pareja aún no alcanzó el orgasmo puede continuar la estimulación de forma que también lo logre. Recordemos que la estimulación no requiere de una erección, sino de disposición, nada más. No olvidemos que los estímulos pueden provocarse de muy diversas formas a través de caricias, frotamientos, besos.

Otra vez, el tema de la negociación sexual es clave, hay que promover que cualquier persona que tenga experiencias sexuales con otra u otras, esté en condiciones de ejercer su derecho al placer y considere al otro u otra como una persona con los mismos derechos. Sea una relación casual o un vínculo de pareja, motivado por el amor y/o la pasión y/o las ganas, siempre que una experiencia sexual se comparte, el/la otro/a/s debe ser respetado en tanto persona.

Para terminar, observemos qué sucede con las mujeres luego del orgasmo. Al igual que en el caso de los varones, su fase de resolución se caracteriza por un retorno del cuerpo a su estado previo a la excitación. Sin embargo, a diferencia de lo que sucede con éstos, las mujeres no necesariamente "quedan liquidadas". Potencialmente, la respuesta sexual de las mujeres puede variar, pasando del orgasmo nuevamente a la meseta y nuevamente al orgasmo, en varias ocasiones. A este tipo de respuesta sexual se le llama multiorgásmica. El hecho de experimentar multiorgasmos no quiere decir que todas las relaciones sexuales tienen que tener este tipo de respuesta sexual.

Bibliografía:

1. BERNARD, M. “El cuerpo”. Paidós. España, 1985.
2. BOTELLA, J., J. y CLAVERO, A. “Tratado de ginecología: fisiología, obstetricia, perinatología, ginecología, reproducción”. Díaz de Santos. España,1993.
3. BUTLER, J. “Cuerpos que importan”. Paidós. Buenos Aires, 2002.
4. CALMELS, D. “Cuerpo y Saber”. Colección Capítulos de Psicomotricidad. DyB. Buenos Aires, 1998.
5. DOLTO, F. “La imagen inconsciente del cuerpo”. Paidós. España, 1986.
6. ESCRIBANO TÓRTOLA, J. J. “Ginecología y Atención Primaria. Problemas clínicos”. Aula Médica. España, 2001.
7. FERNÁNDEZ, A. “La sexualidad atrapada de la señorita maestra”. Nueva Visión. Buenos Aires, 1998.
8. FERNÁNDEZ, A. M. “La Mujer de la Ilusión”. Paidós. Buenos Aires, 1994.
9. FLORES COLOMBINO, A. “Respuesta Sexual” Dismar. Montevideo, 1990.
10. FOUCAULT, M. “Microfísica del poder”. De la Piqueta. Madrid,1992.
11. GARCÍA, B. “El cuerpo. Cuerpo real, esquema corporal, Imagen corporal”. En: “Cuerpo y representación” Editorial Psicolibros. Montevideo, 2000.
12. GONZÁLEZ-MERLO, J., GONZÁLEZ-BOSQUET, E. y GONZÁLEZ-BOSQUET, J. “Ginecología”. Elsevier. España, 2003.
13. GRAY, H., DRAKE,R. L., WAYNE VOGL, A. y MITCHELL, W. M. “Gray. Anatomía para estudiantes”. Elsevier. España, 2005.
14. GUYTON, A. C. y HALL, J. E. “Fisiología Médica”. Elsevier. España, 2006.
15. KAPLAN, H.S. “Trastornos del deseo sexual”. Grijalbo. Barcelona, 1982.
16. LAGARDE, M. “Los cautiverios de las mujeres”. UNAM, México, 1997.
17. LAMAS, M. “Cuerpo: diferencia sexual y género”. Taurus. México D.F., 2002.
18. LAQUEUR, T. “La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud”. Cátedra. Valencia,1994.
19. LE BRETON, D. “Antropología del cuerpo y modernidad”. Nueva Visión. Buenos Aires, 1990.
20. LE BRETON, D. “La sociología del cuerpo”. Nueva visión. Buenos Aires, 2002.
21. LÓPEZ, A. “Consideraciones conceptuales”. En: LÓPEZ, A. (Coordinadora) “Adolescencia y sexualidad. Significados, discursos y prácticas en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995-2004)”. Facultad de Psicología (UDELAR)/ UNFPA. Montevideo, 2005.
22. LÓPEZ, A. y QUESADA, S. “Guía Metodológica. Material de apoyo en salud sexual y reproductiva con enfoque de género a Equipos Técnicos de los Centros CAIF”. Gurises Unidos – CAIF. Montevideo, 2002.
23. MASTERS, W. y JOHNSON, E. “Respuesta sexual humana”. Científico-Técnica. La Habana, 1990.
24. POCOCK, G. y RICHARDS, C. D. “Fisiología Humana: La base de la Medicina”. Elsevier. España, 2005.
25. ROUVIÈRE, H., DELMAS, A. y DELMAS, V. “Anatomía humana: Descriptiva, topográfica y funcional”. Elsevier. España, 2005.
26. SASSANO, M. “La escuela: un nuevo escenario para la psicomotricidad”. En “Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y técnicas corporales”. N° 11 Año 2003 Disponible en: www.iberopsicomot.net (Revisado: Abril 2009).
27. USANDIZAGA, J.A. “Bases anatómicas y fisiológicas de la sexualidad y la reproducción humana”. Fundación Universidad Empresa. Madrid, 1990.

3.5 Salud y Derechos Reproductivos

Comentábamos hace algunos capítulos, que los fines de la sexualidad son el erótico placentero y el reproductivo. Sin embargo, esos fines no tienen por qué ir juntos y en nuestra vida cotidiana tendemos a separarlos la mayoría de las veces. Desde que los humanos percibimos la relación existente entre las prácticas sexuales y la reproducción, hemos generado estrategias para separar la función placentera de la reproductiva. Hay relatos de la antigüedad donde ya se describían prácticas "anticonceptivas" y de allí en más, hay descripciones acerca de las mismas que recorren toda la historia de las culturas de nuestro planeta.

La reproducción en nuestros días debería poder ser una decisión. Sin embargo, en Uruguay ¿las personas tienen la cantidad de hijos que quieren, en el momento que lo desean? ¿Cuántas veces han escuchado de parejas que quedan "embarazadas" en un momento que no lo buscaban? O ¿cuántas personas quieren tener hijos y no pueden? Les proponemos que hagan una encuesta personal entre sus conocidos que tengan hijos, pregúntenles ¿ustedes estaban buscando un hijo cuando quedaron embarazados? Y a quienes no tienes hijos pueden preguntarles ¿decidiste no tener hijos?

Según la encuesta Género y Generaciones que se realizó en 2005 en nuestro país, el 42% de las mujeres no estaba buscando su último hijo nacido y otro 16% no estaba segura. En otras palabras, de cada 10 embarazos ocurridos, sólo 4 fueron buscados. En el caso de los varones sólo el 42% estaba buscando su último hijo. ¿Por qué pasa esto, si existen estrategias anticonceptivas muy efectivas? Como en otros casos, el problema está en la real posibilidad de las personas de ejercer sus derechos. Que existan los medios para evitar un embarazo no planificado, no significa que todos y todas los conozcamos, ni que podamos acceder a ellos, ni que sepamos usarlos correctamente, ni que podamos negociarlo en nuestra vida privada con nuestra pareja. Tomar una decisión reproductiva y efectivizarla es todo un ejercicio de derechos que implica tanto condiciones personales como garantías estatales, que no están presentes siempre.

3.5.1 La reproducción humana

En los talleres solemos preguntar ¿Qué se necesita para que se produzca un embarazo? Generalmente escuchamos cómo respuesta: "una relación sexual". Esto es cierto, pero es muy importante aclarar que no todas las relaciones sexuales tienen potencial para producir un embarazo. De hecho, se puede tener relaciones sexuales sin método anticonceptivo y sin posibilidad de que se produzca un embarazo. En esta categoría están todas las relaciones sexuales no heterosexuales y todas las relaciones sexuales que no incluyen prácticas donde el semen entre en contacto con la vulva o la vagina. Esto hay que mencionarlo porque si no reforzamos la idea de que "relación sexual" es sinónimo de "un varón y una mujer teniendo un coito vaginal", visión restringida de la sexualidad.

Con esta salvedad, la respuesta sería "se necesita una relación sexual en la que haya contacto entre el pene y la vulva y donde la pareja no esté usando un método anticonceptivo". Esta respuesta se acerca más, pero con estas condiciones, ¿seguro hay embarazo?

A veces surge como respuesta "no, la mujer tiene que estar en el período fértil". ¿A qué le llamamos período fértil? Existe un acuerdo acerca de que el "período fértil" se refiere a los días del ciclo ovárico en los cuáles de ingresar espermatozoides a través del cuello del útero, pueden llegar a fecundar un óvulo.

Partiendo de esta idea sobre la que hay acuerdo, ¿qué factores influyen para determinar el período fértil? En principio son tres: cuánto tiempo pueden vivir los espermatozoides dentro del cuerpo de una mujer, la fecha en la que se produjo la ovulación, y la duración del óvulo. Sobre estos puntos hay diversas posturas. Vayamos punto por punto comenzando por explicar el ciclo ovárico para determinar la fecha de la ovulación.

¿Qué es el ciclo ovárico?

Desde la primera menstruación llamada menarca hasta la última llamada menopausia, las mujeres menstrúan cada cierto período de tiempo, más o menos regular, a lo largo de los años. Este período, medido entre el primer día de una menstruación y el primer día de la siguiente, dura en la mayoría de las mujeres entre 26 y 32 días, si bien pueden haber períodos más largos de 32 o más cortos de 26. En cada uno de esos períodos uno de los ovarios logrará madurar completamente un óvulo, que ingresará a una de las trompas de Falopio el día de la ovulación. Si ese óvulo no es fecundado, unos días después se producirá una nueva menstruación y una vez más, un ovario empezará a madurar un óvulo.

El ciclo ovárico tiene entonces dos fases: una previa a la ovulación, donde el ovario madura el óvulo que se desprenderá, llamada fase folicular, y una posterior al momento de la ovulación que durará hasta que inicia el nuevo ciclo el primer día de la próxima menstruación, llamada fase lútea.



¿En qué momento del ciclo se produce la ovulación?

En general, la fase lútea es más regular que la folicular. Una mujer cuyos ciclos son irregulares tiene variaciones en la fase folicular, no en la fase lútea. En otras palabras, en una misma mujer cuando se produce un ciclo corto puede decirse que el ovario demoró menos en madurar un óvulo y en un ciclo largo, que demoró más. Pero luego que ovuló, la fase lútea duró lo mismo tanto en los períodos largos como en los cortos. En general, dura 14 días en la mayoría de las mujeres, pero puede durar entre 10 y 16 días.

Eso quiere decir que para saber qué día ovuló una mujer, debo saber dos datos: cuánto duró su período entre menstruación y menstruación (dato variable) y cuánto dura su fase lútea (dato que en general se mantiene estable a lo largo de la vida de una mujer). Vamos a poner un ejemplo, una mujer completó un ciclo ovárico de 31 días. Quiere saber qué día de ese ciclo ovuló. ¿Cómo lo calcula? Primero debe saber cuánto dura su fase lútea. Supongamos que dura 15 días. El último día de su ciclo fue el 31, su fase lútea dura 15, por lo tanto 15 días antes del día 31 ovuló. Es decir el día 16. Ahora, el próximo ciclo de esa mujer duró 28 días. Debo descontar la fase lútea, que seguirá durando 15 días, por lo tanto ella ovuló el día 13, en ese ciclo más corto.

¿Cómo se determina cuánto dura la fase lútea?

Las fases del ciclo ovárico vienen acompañadas de cambios en la presencia hormonal, que producen signos en el cuerpo. En estos signos se basan los métodos anticonceptivos llamados “naturales” para determinar la fecha de ovulación de una mujer. No nos detendremos en la explicación de estos métodos, pero sí mencionaremos que hay signos como el aumento de la temperatura corporal y cambios en el moco del cuello uterino, que nos permiten determinar que una mujer está ovulando. Una vez que determinamos en qué momento se ovuló, sólo hay que esperar hasta la próxima menstruación para hallar la duración de la fase lútea. Si constatamos que 14 días después de la ovulación ocurrió la menstruación, entonces la fase lútea en esa mujer dura 14 días. Lógicamente esta constatación hay que realizarla varias veces, para minimizar posibles errores.



¿Cuánto vive un espermatozoide en el cuerpo de una mujer y cuánto vive un óvulo?

Supongamos que ya pudimos determinar la fecha de la ovulación de una mujer, ahora necesitamos dos datos más para determinar qué días fue fértil. Sobre estos dos datos no hay completo acuerdo. Se dice, en general, que un espermatozoide en la vagina, muere a las seis u ocho horas luego de que fue eyaculado. Pero, una vez que llega al cuello del útero e ingresa al mismo, su esperanza de vida se alarga notablemente. Habitualmente, se habla como mínimo de dos o tres días de supervivencia (MARTINEZ, MOORE y PERSAUD, 2004; POCOCK y RICHARDS, 2005). Sin embargo, otros estudios señalan haber encontrado espermatozoides móviles hasta 5 días después del coito o la inseminación artificial (GONZALEZ y MERLO, 2006) y aún hasta 8,5 días después (NOVOA, 2004).

Le llamábamos periodo fértil a los días en los cuales si los espermatozoides ingresan al cuerpo de la mujer, pueden fecundar al óvulo. Por lo tanto, si una mujer ovuló el día 16 de su período, es fértil tantos días antes como consideremos que viven los espermatozoides. Si decimos que viven tres días, es fértil a partir del día 13, porque si ese día ingresan espermatozoides a su cuerpo, pueden estar vivos el día 16 para fecundar el óvulo. En cambio, el día 12 no es un día fértil, porque los espermatozoides que ingresan el 12, sólo vivirán hasta el día 15, y el 16 cuando aparezca el óvulo ya no estarán allí para fecundarlo.

Si consideramos que los espermatozoides son más longevos el período fértil también se hace más largo. Si tomamos el dato de las investigaciones que dicen que viven 7 días, ya desde el día 9 esa mujer sería fértil, porque los espermatozoides ingresados ese día, podrían estar vivos aún el día 16.

Con el óvulo nos pasa lo mismo sólo que el período fértil se prolonga desde la ovulación en adelante. Si consultan materiales más antiguos en general se considera que el óvulo puede sobrevivir hasta tres días luego de la ovulación (NOVOA, 2004). Eso implica, que si una mujer ovuló el 16, tendrá un óvulo pronto para ser fecundado hasta el 19, por lo tanto, su período fértil se alargaría hasta ese día. Pero los materiales más recientes nos hablan de que una vez que se produjo la ovulación, el óvulo debe ser fecundado durante las primeras 24 horas siguientes antes de que deje de ser fértil (MARTINEZ, MOORE y PERSAUD, 2004; POCOCK y RICHARDS, 2005). Es decir, el período fértil se nos alarga sólo un día y terminaría el 17.

De acuerdo al criterio del Ministerio de Salud Pública (MSP), un espermatozoide vive de tres a cinco días dentro del cuerpo de la mujer y un óvulo tiene capacidad de supervivencia hasta un máximo de 12 a 24 horas luego de la ovulación (PNSMG, MSP, 2005). Este criterio es el que adoptaremos para determinar el período fértil.

Con este criterio determinemos finalmente el período fértil de la mujer del ejemplo, que había ovulado el 16. Desde 5 días antes, los espermatozoides que ingresen pueden sobrevivir esperando el óvulo, tomamos entonces el 12, 13, 14, 15 y 16 como días fértiles. A eso le agregamos el tiempo que puede vivir el óvulo, porque no olvidemos que el día 17, el óvulo puede estar vivo y de ingresar espermatozoides en esa fecha, pueden fecundarlo. Por lo tanto también el 17 es un día fértil. Es decir, entre el 12 y el 17 esa mujer estará en su período fértil.

Esta explicación parece un poco extensa pero es fundamental que las personas, varones y mujeres conozcan en detalle el ciclo ovárico. Tener la información correcta al respecto es parte de nuestro derecho a tener información científica, objetiva y de calidad, sobre todo en temas acerca de los cuáles muchas veces circulan versiones simplificadas que inducen a errores. Por otra parte el ciclo ovárico y el mecanismo de fecundación y embarazo deben ser conocidos y reconocidos de forma que el fenómeno de la reproducción forme parte del universo de los hechos que controlamos. Es difícil controlar y tomar decisiones acerca de algo que no se sabe cómo sucede, por eso un paso muy importante hacia el ejercicio de los derechos reproductivos es conocer a fondo el proceso de reproducción.



¿A qué le llamamos embarazo?

Ya hemos determinado qué es el período fértil. Supondremos ahora que un varón y una mujer tienen en uno de los días fértiles, una relación donde los espermatozoides podrían ingresar al cuerpo de la mujer y no hay ningún método anticonceptivo actuando. Esa mujer podría quedar embarazada, ¿pero cuándo?

Cuando formulamos esa pregunta en una actividad las respuestas van desde “instantáneamente”, pasando por “a las 2 horas” o incluso hasta “un mes después”. Cuándo trabajamos el tema reproducción es importante explicar la diferencia entre fecundación y embarazo y transmitir con claridad cuándo se producen cada una de estas etapas.

Para simplificar la explicación, supondremos que la mujer ha ovulado un par de horas antes del contacto sexual, por lo tanto una vez que ingresan los espermatozoides, sólo debemos esperar a que se junten con el óvulo ¿cuánto demora eso?

Los espermatozoides recién eyaculados aún no son capaces de fecundar. Una vez que ingresan al cuerpo de la mujer iniciarán una etapa llamada “capacitación” que durará unas 7 u 8 horas y se producirá a nivel del útero y las trompas. Recién cuando esta etapa está terminada los espermatozoides pueden fecundar. De los millones eyaculados sólo unos 200 llegarán a rodear al óvulo y sólo 1 logrará fecundarlo.

¿Se produjo entonces el embarazo?

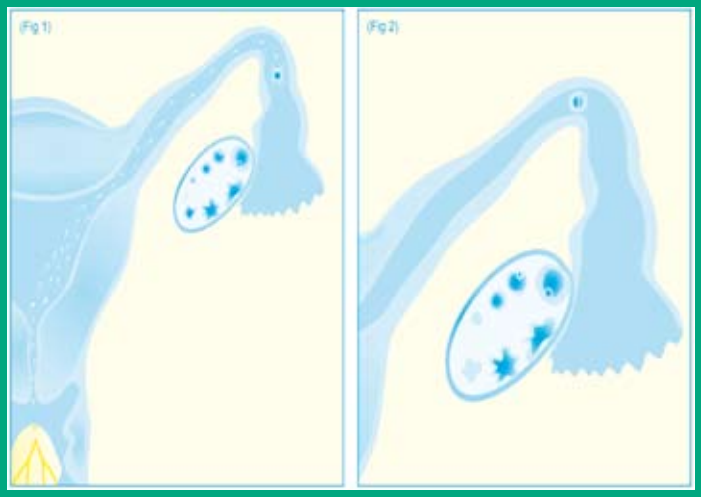
No, a la unión del óvulo con el espermatozoide se le llama fecundación, se produce en el tercio de la trompa más cercano al ovario y no siempre termina en un embarazo. La fecundación produce una célula llamada cigoto que deberá iniciar ahora un recorrido desde la trompa donde fue creada, hasta el útero donde deberá completar un proceso llamado anidación.

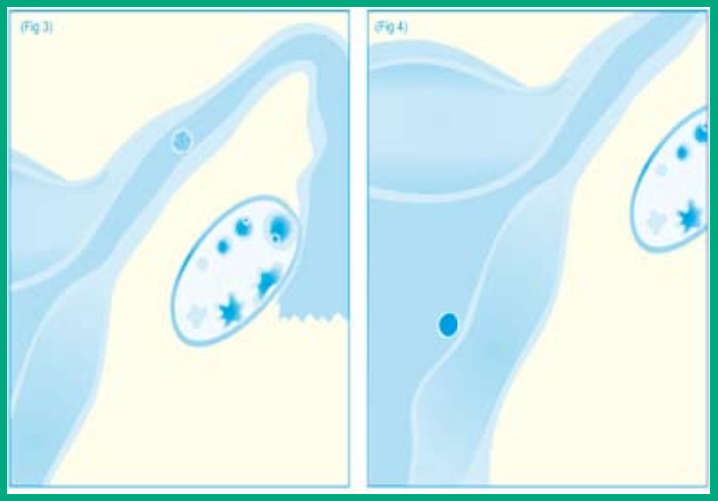
Esta célula, que es de un tamaño notablemente más grande que el espermatozoide y a diferencia de éste no cuenta con un flagelo que le ayude a moverse (se le llama flagelo a la "colita" que puede verse en la ilustración), demorará unos días en completar su viaje por la trompa hasta el útero. Dependerá básicamente de las contracciones de la trompa de Falopio que la irán empujando y la llevarán hasta el útero en unos cuatro o cinco días.

¿Al llegar al útero ya hay embarazo?

No, y no necesariamente se producirá. Cuando el trayecto hacia el útero se completó, el cigoto ya se convirtió en una blástula, es decir, ya está conformado por más de una sola célula. Este período es crítico y no siempre que la blástula llega al útero logra implantarse. En muchos casos es rechazada y no se producirá embarazo.

En otras ocasiones logra adherirse a las paredes del útero y comenzar el proceso de implantación o anidación, donde la blástula iniciará el desarrollo de los órganos que asegurarán la alimentación y protección del embrión. Este proceso se completa unos 10 días después de que la blástula ingresa al útero y entonces recién se considera que ya se produjo la implantación y por tanto el embarazo.





La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el embarazo como el período que va desde que se produce la implantación del embrión en el útero, hasta el parto. Si sumamos todos los días que se requieren en cada etapa hasta el final de la implantación encontramos que el embarazo se producirá recién 14 días después del contacto sexual que lo inició.

En nuestras actividades, siempre trabajamos este tema antes de hablar de decisiones reproductivas y anticoncepción, puesto que para entender cuál es el mecanismo de acción de un anticonceptivo o bien, cómo se evita un embarazo, consideramos clave que se entienda antes cómo se produce.

3.5.2 Decisiones reproductivas

Comenzaremos ahora a tratar el tema decisiones reproductivas. Mencionábamos al comienzo que tomar una decisión acerca de nuestra reproducción, es todo un ejercicio de derechos que implica condiciones personales y garantías estatales. Con algunos ejemplos podremos darle contenido a esta idea.

Pensemos en una mujer de 28 años que tiene una pareja varón también de 28 años, con el que convive hace 4. Tienen 2 hijos y el segundo nació hace 2 meses. Su deseo por el momento, es no tener otro hijo. Para que ese deseo se torne en una decisión reproductiva, deben darse las condiciones para que se plasme en la realidad.

¿Qué pasa si esa mujer fue informada que mientras esté dando pecho no necesita cuidarse con otro método porque la lactancia es un anticonceptivo natural? Si ella basa su decisión reproductiva en una información incompleta[3] como ésta, puede quedar embarazada aún cuando no era su deseo. La información inexacta va en detrimento de la toma libre y responsable de las decisiones reproductivas.

¿Qué pasa si esa mujer decide que desea utilizar preservativo como método anticonceptivo habitual y su pareja se opone? El método anticonceptivo a utilizar es una decisión de la pareja pero la mayoría de los anticonceptivos se colocan o actúan en el cuerpo de las mujeres. Precisamente por ese motivo es muy importante que las mujeres puedan negociar con su pareja teniendo bien claro qué desea y qué no desea hacer sobre su cuerpo. Esto no siempre es posible porque los mandatos de género ya analizados repercuten en la sexualidad de mujeres y varones, lo que nos lleva a no poder tomar decisiones sexuales y reproductivas libres.

"Las mujeres tienen muchas dificultades en negociar el uso del preservativo con su pareja y muchas veces no pueden hacerlo. No tienen autonomía en el ejercicio de su sexualidad y ceden el derecho a protegerse teniendo poco control sobre su salud reproductiva (…) El derecho de exigir el preservativo a su pareja es parte de la promoción de las mujeres de su autoestima, autocuidado y el derecho al placer y a la salud" (OSIMANI y VIDAL, 2005: 47).

3. Para que la lactancia materna sea utilizada como método anticonceptivo natural deben darse tres condiciones: a) que la mujer no haya comenzado a menstruar, b) que el bebé no tenga más de seis meses de edad y c) que su alimentación sea exclusiva o casi exclusivamente la lecha materna.

¿Qué pasa cuando una pareja se asesora, toma en conjunto la decisión de qué anticonceptivo usar, pero no puede acceder al mismo? Una pareja de adolescentes decide usar preservativos. No tiene medios para comprarlos y como ambos tienen cobertura mutual de salud no son provistos de ellos. O viven muy alejados de donde pueden conseguirlos gratis. O quien dispensa los preservativos se los niega a ellos por ser adolescentes. Todas estas situaciones aún suceden en nuestro país y se relacionan con otro aspecto de las decisiones reproductivas: el Estado debe garantizar los medios para que éstas puedan efectivizarse, es decir, dar información científica y de calidad, garantizar el acceso a los métodos, promover medidas que tiendan a la equidad, garantizar que haya posibilidades de acompañamiento profesional en la elección y el seguimiento del uso del método. En definitiva para poder tomar decisiones reproductivas es necesario que los derechos reproductivos estén garantizados y es necesario poder ejercerlos en nuestra vida privada.

¿Decisiones reproductivas o prevención del embarazo no deseado?

La clave más importante de este capítulo es cómo trabajar la anticoncepción desde un enfoque de derechos. Suele suceder que el tema anticoncepción es trabajado desde un enfoque preventista donde solamente se busca evitar la consecuencia negativa o no deseada de un acto sin necesariamente promover el ejercicio de derechos por parte de las personas. Intentaremos analizar las diferencias entre ambos enfoques.

Podemos desde una postura preventista, explicar en un taller de anticoncepción cómo se hace para evitar un embarazo, analizando por ejemplo el correcto uso del anticonceptivo. O podemos desde un enfoque de derechos, promover la toma de decisiones reproductivas, libres, responsables y bien informadas. No bastará entonces que expliquemos cómo se usa un anticonceptivo sino que deberemos trabajar todos los aspectos que mencionamos antes acerca de las decisiones reproductivas.

Podemos desde una postura preventista, decir “a ti te conviene tal cosa” o “a los adolescentes se les recomienda esto o aquello”, en lugar de dar toda la información detallada para que cada uno con su pareja tome la decisión que le parezca.

El enfoque de derechos pretende trabajar para que las personas desarrollen capacidades para prevenir lo que desean evitar. Pero implica necesariamente trabajar además para que adquieran mayor autonomía, más capacidad de ejercicio de derechos, más libertad de elección y más posibilidades, no sólo de evitar lo que no desean sino también de lograr aquello que sí desean.

“La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud” (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Métodos anticonceptivos (MAC)

Luego de abordados todos los contendidos anteriores, llegamos a trabajar los métodos anticonceptivos en sí. A los efectos de este material, sólo nos referiremos al preservativo masculino, a los anticonceptivos orales combinados (AOC), a la anticoncepción de emergencia y al dispositivo intrauterino (DIU).

En nuestras actividades, en general, también trabajamos especialmente estos anticonceptivos. Es importante aclarar, que la elección de los mismos no es una recomendación sino simplemente un recorte principalmente por tres motivos:

1. Como mencionamos en otros apartados, trabajar demasiada información en poco tiempo es contraproducente, por tanto es necesario hacer un recorte. Nosotros priorizamos transmitir los enfoques transversales y generar las condiciones para que quién lo desee pueda buscar más información en otras fuentes.

2. Los anticonceptivos elegidos son los de mayor uso en nuestro país. Según la encuesta nacional sobre "Reproducción biológica y social de la población uruguaya" realizada en 2004, de la población en pareja que usó método anticonceptivo en su última relación sexual, el 40% utilizaron preservativo, el 31% pastillas anticonceptivas y el 16% DIU, ocupando el primer, segundo y tercer lugar respectivamente. Si bien las pastillas de emergencia aparecen en el octavo puesto, esto no refleja una baja utilización en tanto no se trata de un método de uso regular sino excepcional y en este caso se estaba relevando sólo el MAC utilizado en la última relación sexual (GÉNERO Y GENERACIONES, 2005).

3. Estos anticonceptivos, al igual que los Anticonceptivos orales (ACO) de la lactancia y los inyectables se entregan gratuitamente en ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado). Además se consiguen a precio de costo en las policlínicas de algunas intendencias municipales y organizaciones de la sociedad civil[4]. Finalmente, a diferencia de otros métodos (como el diafragma o el preservativo femenino), estos se consiguen en general, en cualquier farmacia de plaza.

Una sugerencia metodológica para el trabajo con grupos, es entregar a cada uno un método y analizarlo según estas consignas: ¿por qué usándolo evito el embarazo?, ¿quiénes pueden usarlo y quienes no?, ¿cómo se usa? Utilizando estas preguntas para ordenar la información, haremos una breve síntesis acerca del uso de los métodos mencionados que puede ampliarse consultando las fuentes bibliográficas citadas. Cabe aclarar que sobre estos temas es frecuente encontrar literatura científica y opiniones profesionales encontradas. Para la elaboración de la síntesis que presentamos optamos por referirnos principalmente a los posiciones de dos fuentes oficiales, la OMS y el MSP. En la bibliografía al final del capítulo encontrarán también otras referencias que dan cuenta de esta amplitud en la información.



4 Al momento de escribir este material, está en pleno proceso de implementación la Reforma de Salud y se está considerando que las intendencias municipales que antes suministraban MAC a precio de costo, dejen de hacerlo.

El preservativo masculino

El preservativo es uno de los métodos anticonceptivos más promocionados, especialmente por su condición de proteger a la vez frente a infecciones de transmisión sexual (ITS) y frente a embarazos no planificados (condición que sólo comparte con el preservativo femenino). Es también uno de los más resistidos, sobre todo por los varones, puesto que para muchas parejas disminuye la sensibilidad durante las relaciones sexuales, por ello su uso requerirá de un proceso de negociación. En el próximo capítulo, acerca de las infecciones de transmisión sexual, profundizaremos en el uso del condón para evitar infecciones. Aquí nos remitiremos especialmente a su función anticonceptiva.



¿Por qué usándolo evitamos el embarazo y las infecciones de transmisión sexual? El preservativo es un método de barrera que impide que haya intercambio de fluidos. Los espermatozoides no ingresarán al cuerpo de la mujer si se trata de una relación heterosexual con coito vaginal y por tanto no se producirá el embarazo. El hecho de que el pene esté forrado en látex, impide el contacto previniendo cualquier infección que se transmita vía fluidos, contacto piel a piel o a través de las mucosas. Según la OMS, de cada 100 mujeres que usan preservativo como método anticonceptivo sólo 2 quedarán embarazadas durante el primer año de uso continuo, es decir tiene un 98% de efectividad, siempre y cuando se haya usado el condón correctamente, en todos los contactos sexuales con posibilidades de ingreso de esperma al cuerpo de la mujer. Como se trata de un método de barrera, una vez que se discontinua su uso el embarazo puede producirse inmediatamente.

¿Quiénes pueden usarlo y quiénes no? En principio, todos y todas podemos usarlo sin contraindicaciones ni efectos secundarios. Esta es otra de las grandes ventajas del preservativo. Existen algunas personas que son alérgicas al látex y cuando lo usan les provoca irritación y picazón. Esta alergia hay que confirmarla, puesto que a veces la producen los espermicidas, lubricantes especiales o saborizantes que muchas empresas le agregan a los preservativos. En el caso de ser alérgico o alérgica al látex, existen preservativos especiales que pueden conseguirse, aunque a un precio más elevado.

¿Cómo se usa? Existe mucho material acerca de la correcta colocación del preservativo, incluso tarjetas, láminas y juegos. Los invitamos a acudir a ellas. Aquí nos limitaremos a explicar solamente que para su correcto uso siempre hay que evitar el contacto entre las mucosas de los genitales o el ano y los fluidos de esas zonas. De modo tal, que debemos procurar tres cosas:

1º que el preservativo no se rompa, para lo cual revisamos que esté en buen estado, que no esté vencido, que esté aprobado por el MSP, que no haya estado expuesto al sol o al calor. A veces el preservativo se lo pedimos a un amigo o amiga y no sabemos cómo lo conservaba. Siempre es preferible que utilicemos un condón del que conozcamos su estado de conservación, aunque en caso de no poder hacerlo es preferible utilizar el preservativo que nos prestan a no usar ninguno. Como referencia, es importante ver el estado del envoltorio y comprobar que tenga aire dentro. De ser así y estando en fecha, no tiene por que romperse. Para evitar roturas, debemos también abrirlos con las yemas de los dedos no utilizando uñas, dientes ni objetos cortantes. También a la hora de colocarlo debemos evitar las uñas, para lo cual es preferible utilizar el arco de la mano. Debemos evitar usar lubricantes de base oleosa (aceite, manteca, cremas cosméticas), así como también mermeladas y dulces ya que también el azúcar puede dañarlos. Hay que verificar para dónde desenrollan antes de colocarlos, porque en caso contrario puede pasar que se nos trangue a la mitad de la colocación y recién en ese momento nos demos cuenta del error. La manipulación que haremos para corregirlo puede dañar el condón. Si tienen más de uno y les pasa que le erran en cómo desenrollar, es mejor que agarren uno nuevo. Finalmente, nunca hay que usar dos preservativos, tampoco para relaciones anales, a pesar de que el prospecto de alguna marca indique lo contrario.

2º que el preservativo no se salga, para lo cual, evitaremos por ejemplo agregar más lubricantes dentro del preservativo. Es importante también que los varones estén atentos a su erección ya que muchas veces durante una relación sexual ésta disminuye y el preservativo se afloja o se sale. Finalmente, la eyaculación en general provocará que la erección se pierda y entonces el preservativo se afloje, por eso es importante que al retirar el pene se agarre el preservativo de forma que no se salga. Una vez fuera, será mejor sacarlo sin desenrollarlo, sino más bien deslizándolo, evitando que haya derrames. Luego se tira atado y envuelto a la basura. Los preservativos no son degradables por lo tanto pueden obstruir cañerías en caso de desecharlos en inodoro.

3º hay que colocarlo oportunamente, es necesario colocarlo antes de que el pene entre en contacto con cualquier mucosa del cuerpo (vulva, ano, boca). Aquello de colocarlo luego de un buen rato de rozamientos o incluso luego de un rato de penetración, pero antes de la eyaculación, no funciona. Recuerden que el líquido preseminal tiene espermatozoides que pueden generar un embarazo o transmitir una ITS.

Un consejo para todos quienes no hayan usado antes un preservativo. ¡Ensayen! No esperen a estar en situación de tener que colocarse uno para que sea su primera vez, porque la ansiedad en ese momento puede hacer que les resulte más difícil y si ya están familiarizados, van a poder hacerlo mejor.

No olviden que aunque el preservativo es un MAC que se coloca en el cuerpo del varón, su uso correcto es responsabilidad de quienes participen de la relación sexual. Es importante promover que las mujeres compren, tengan a mano y sepan colocar también el preservativo. Ensayen con su pareja, varón o mujer, desde el comienzo para familiarizarse. A veces preguntamos ¿usaron pre-

servativo? y las adolescentes contestan: ¡él me dijo que sí! Eso no basta, ver y participar en la colocación del preservativo es responsabilidad de los dos, e interactuar a lo largo de todos los momentos de la relación es nuestro derecho.

Los anticonceptivos orales combinados

Los anticonceptivos orales combinados (AOC) son uno de los métodos anticonceptivos más eficaces y también uno de los más usados en nuestro país. Sin embargo, a pesar de que son muchas sus ventajas también son varios los cuidados que hay que tener a la hora de comenzar a tomarlos. En Uruguay si nos acercamos a una farmacia para comprar nuestro primer paquete de anticonceptivos, seguramente lo obtendremos y comencemos a utilizarlo sin ninguna información acerca de si podemos tomarlos o no, ¿cómo se toman?, ¿qué hacen en nuestro cuerpo?, ¿qué cuidados debo tener? Incluso a veces aún consultando con un profesional, no nos es brindada toda la información que corresponde al método. En los próximos párrafos mencionaremos algunas nociones que son importantes tener en mente para decidir el uso de los AOC. Varias consideraciones son válidas para otros métodos basados en estrógenos y progesteronas combinadas como los parches.

¿Por qué usando AOC no se produce el embarazo? Los AOC suprimen la ovulación y al no haber óvulo no puede haber tampoco embarazo. ¿Cómo lo logran? Recuerdan que el ciclo ovárico se dividía en fase folicular y lútea y entre una y la otra se producía la ovulación. Dos hormonas principales comandan este ciclo, la hormona folículoestimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH). Al momento de la ovulación la presencia de ambas aumenta y principalmente el aumento de la LH la desencadena. Mientras tomamos las pastillas anticonceptivas, las hormonas que ingresamos al organismo (estrógenos y gestágenos sintéticos) mantienen la producción de FSH y de LH inhibidas y por tanto no hay ovulación. Dicho de otra manera, la dosis de hormonas que se toma día a día con la pastilla, le impiden al ovario recibir el mensaje de que debe activarse, y por tanto, se mantiene en reposo. Por eso cuando nos olvidamos de tomarlas, así sea un día, podemos tener problemas con nuestro método, ya que el mensaje de que debe activarse puede llegar rápidamente y el ovario puede comenzar a funcionar. Más aún con las pastillas modernas que han bajado sus dosis de hormonas y demandan por eso mayor regularidad en su toma.

Si bien suprimir la ovulación es el principal mecanismo de acción de los AOC, se describen como mecanismos secundarios convertir el moco cervical en una barrera más difícil para los espermatozoides y producir cambios en el endometrio (nombre de las paredes interiores del útero que se desprenden con la menstruación en caso de no haberse producido un embarazo, lugar de tránsito de los espermatozoides en su viaje a las trompas donde se implanta la blástula cuando hay fecundación) que dificultarían la implantación aún cuando se produjera la ovulación.

¿Quiénes pueden usarlo y quienes no? En el caso de los AOC es muy importante determinar si podemos utilizarlos o no. A veces tenemos impedimentos temporales como el amamantamiento exclusivo o el consumo temporal de un medicamento, otras veces tenemos impedimentos permanentes como un antecedente de trombosis y otras tenemos un impedimento latente como el consumo de cigarrillos, que puede no serlo hasta cierta edad o hasta cierto nivel de consumo.

En todos los casos es bueno poder tomar en consideración estos criterios de la OMS (2007) acerca de a quienes se les recomienda que piensen en otro MAC, temporal o permanentemente:

O Las mujeres que fuman y tienen más de 35 años no deben tomar AOC. Tampoco las mujeres que sufren de hipertensión, o aquellas que hayan tenido accidentes cerebro-vasculares, cardiovasculares o trombosis. ¿Por qué? Los AOC producen algunos efectos en el sistema circulatorio, como el aumento de la tensión y aumento de la coagulación por efecto del estrógeno sintético. Ambos efectos son completamente inofensivos para la mayoría de las mujeres. Sin embargo, no es bueno sumar factores de riesgo. La adicción a la nicotina es un factor de riesgo para los accidentes cardiovasculares, si le sumamos el factor edad y el factor AOC, estamos arriesgándonos innecesariamente. Sabiendo esto es bueno que quién esté por elegir un MAC, piense en cuáles son sus factores de riesgo, cuánto fuma, si tiene antecedentes de problemas en el sistema circulatorio y qué edad tiene. No olvidemos que hay varias opciones de MAC y no necesariamente tenemos que escoger los AOC.

O Las mujeres que han padecido diabetes durante más de 20 años, o problemas graves al hígado o la vesícula, o que padecen o han tenido cáncer de mama, tampoco deben tomar AOC. A veces cuando vamos a comprar los AOC, no tomamos en cuenta esto o el profesional que nos lo recomienda no nos hace las preguntas acerca de estas enfermedades. Es bueno que si conocemos a alguien que tome AOC y tenga o haya tenido una de las afecciones mencionadas, consulte enseguida a un profesional y repiense su MAC.

O Las mujeres que consumen medicamentos para las convulsiones, para la epilepsia, o sedantes, no deben consumir al mismo tiempo AOC, porque éstos pierden parte de su eficacia y puede producirse un embarazo. Acerca de los antibióticos existió una gran controversia sobre si disminuyen o no el efecto de lo AOC. La OMS incluye a la rifampicina (un antibiótico que se utiliza para el tratamiento de la tuberculosis), dentro de los medicamentos con los cuáles no deben interactuar los AOC. Sobre los demás antibióticos no se pronuncia. Aparentemente, habría un número reducido de mujeres sobre las cuáles los antibióticos de amplio espectro provocarían la disminución del efecto de los AOC. Este número a nivel estadístico, se mantiene aún dentro de los márgenes aceptables de seguridad. También es cierto, que en general las personas toman antibióticos sólo unos pocos días durante el curso de una infección, así que no estaría de más reforzar el MAC con preservativo esos días, por si acaso caemos del lado del margen donde se producen los embarazos.

O Las mujeres que están dando pecho exclusivo no pueden tomar ACO hasta cumplidos los 6 meses del bebé o hasta que la leche materna deje de ser su alimento exclusivo. Si el bebé se alimenta con otras cosas además de leche materna, los ACO pueden comenzar a utilizarse a las 6 semanas del parto. Si no hubo amamantamiento, entonces los ACO se pueden comenzar a las 3 semanas del parto. No olvidemos, que para los dos primeros casos, existen anticonceptivos orales sólo con gestágenos (la pastilla de la lactancia), que actuando en conjunto con el amamantamiento son muy buenos para esos primeros 6 meses de lactancia exclusiva. Luego ya es recomendable volver a los AOC.

Las mujeres que no presenten ninguna de estas circunstancias pueden, previo asesoramiento profesional, iniciar con los AOC sin importar su edad (desde adolescentes hasta el climaterio). Aunque las excepciones parecen numerosas, la mayoría de las mujeres puede utilizar AOC con seguridad.

¿Cómo se toman? Aunque no es imprescindible, se recomienda fuertemente empezar el primer paquete de pastillas que tomaré en mi vida, o después de un período sin utilizarlas, el primer día de la menstruación. En caso de no hacerlo, es necesario utilizar un método de respaldo (preservativo por ejemplo), durante una semana, antes de poder confiar en las pastillas como MAC.

Los paquetes traen 21 o 28 pastillas. En ambos casos, 21 pastillas contienen hormonas y se toma una pastilla por día preferentemente a la misma hora. Si no es a la misma hora, el retraso no debería ser mayor a 12 horas. Luego de ese tiempo, ya entramos en zona de "olvido". En los paquetes de 21 días, luego de terminada la última pastilla dejo pasar 7 días y luego comienzo con el nuevo paquete. En los paquetes de 28 tomo de continuo y cuando se acaban las 21 pastillas con hormonas, tomo las 7 restantes que en general traen hierro y se toman para no perder el hábito de ingerir la dosis diaria.

Las hormonas de las pastillas no se acumulan en el cuerpo y por tanto no es necesario "descansar" como se decía antes. Es decir, si están dentro del rango de mujeres que pueden utilizarlas con seguridad, pueden tomarlas todos los años de corrido sin necesitar "descanso".

¿Qué pasa con los olvidos? Tomada rigurosamente, de cada 1000 mujeres que utilizan AOC durante el primer año sólo 3 quedarán embarazadas. En cambio, cuando se empiezan a colar "olvidos" de cada 1000 mujeres 80 quedarán embarazadas. Es fundamental, si la mujer que usa AOC tiene compañero, que ambos comprendan que el MAC es de la pareja, aunque se utilice en el cuerpo de las mujeres. Ambos son responsables de conseguirlas, recordar su toma y utilizar método de respaldo en caso de ser necesario.

Acerca del procedimiento a seguir, transcribimos aquí un cuadro del libro *"Planificación Familiar: Manual mundial para proveedores"* de la OMS.



Apoyo a la Usuaria

Manejo de Omisión de Píldoras

Es fácil olvidar una píldora o tomarla tarde. Las usuarias de AOC deberán saber qué hacer si olvidan tomar la píldora. **Si una mujer omite tomar una o más píldoras deberá seguir las instrucciones siguientes.** Use la herramienta de la contratapa interior para dar las instrucciones a la usuaria.

Compensación de Píldoras Omitidas con 30–35 µg de Estrógeno‡

Mensaje clave	• **Tome la píldora hormonal omitida lo antes posible.** • Siga tomando las píldoras como siempre, una cada día. (Puede tomar dos píldoras al mismo tiempo o en el mismo día.)
¿Omitió 1 ó 2 píldoras? ¿Empezó un paquete nuevo 1 o 2 días tarde?	• Tome una píldora hormonal lo antes posible. • Bajo o ningún riesgo de embarazo.
¿Omitió 3 o más píldoras en la primera o segunda semana? ¿Comenzó un nuevo paquete 3 o más días tarde?	• Tome una píldora hormonal lo antes posible. • Use un método de respaldo los próximos 7 días. • También puede, si tuvo sexo en los 5 últimos días, considerar PAE (ver Píldoras Anticonceptivas de Emergencia, p. 45).
¿Omitió 3 o más píldoras en la tercer semana?	• Tome una píldora hormonal lo antes posible. • Termine todas las píldoras hormonales del paquete. Descarte las 7 píldoras no hormonales del paquete de 28 píldoras. • Comience un nuevo paquete al día siguiente. • Use un método de respaldo los próximos 7 días. • Si tuvo sexo en los 5 últimos días también puede considerar PAE (ver Píldoras Anticonceptivas de Emergencia, p. 45).
¿Omitió alguna píldora no hormonal? (últimas 7 del paquete de 28 píldoras)	• Descarte la(s) píldora(s) no hormonal(es) omitida(s). • Siga tomando AOC, una por día. Comience el nuevo paquete como siempre.
Vómitos severos o diarrea	• Si vomita dentro de las 2 horas de haber tomado la píldora, tome otra píldora del paquete lo antes posible, y luego siga tomando las píldoras como siempre. • Si tiene vómitos o diarrea por 2 días o más, siga las instrucciones arriba mencionadas para los casos en que se omiten 1 o 2 píldoras.

‡ *Para píldoras con 20 µg o menos estrógeno, las mujeres que omitan una píldora deberán seguir las mismas instrucciones para quienes omitieron una o dos píldoras de 30–35 µg. Las mujeres que omitan 2 o más píldoras deberán seguir las mismas instrucciones que quienes omitieron 3 o más píldoras de 30–35 µg .*

Suministro de Anticoceptivos Orales Combinados

Pastilla de anticoncepción de emergencia (PAE)

"La pastilla del día después"[5], como se le denomina popularmente, no es un anticonceptivo nuevo o reciente. Sin embargo últimamente ha recibido mucha promoción, por su valor como posible solución a un problema no previsto: rotura de preservativo, relaciones forzadas, corrimiento de DIU, entre otros. En efecto, la PAE debería ser usada no como un método anticonceptivo de elección permanente sino como un recurso ante eventualidades. Un "ataque de pasión" alguna vez es una eventualidad y si no utilizamos otro MAC es bueno recurrir a la PAE. Pero un "ataque de pasión" cada cinco días, ya no es una eventualidad y requiere que analicemos el uso de otros métodos.

¿Por qué no es un método de uso permanente? Primero, porque su efectividad es menor que la de otros métodos. Si bien no es posible saber exactamente su eficacia, porque no se utiliza permanentemente, sí se puede establecer que las PAE sólo previenen el 87% de los posibles embarazos que surgirían si no las tomamos.

5 Esta denominación no es correcta y genera confusiones ya que como veremos más adelante su toma puede comenzar inmediatamente después de mantenida una relación sexual sin protección, sin necesidad de esperar al "día después".

Segundo, porque produce que se adelante la menstruación o que se atrase y posiblemente genere un sangrado irregular en las 48 horas posteriores a su toma. Si este método se utiliza permanentemente, alteramos sistemática e innecesariamente el ciclo ovárico, cuando en realidad podemos utilizar métodos más seguros.

Las PAE son un método muy valioso y es recomendable tenerlas a mano siempre aunque usemos otro método anticonceptivo reversible o aún cuando no tengamos planificado mantener relaciones sexuales. Los imprevistos surgen y este método está pensado para esos imprevistos. Tenerlas a mano facilita su toma temprana, lo cual mejora su efectividad.

¿Por qué utilizándolas no se produce el embarazo? Es importante aclarar que en general, en Uruguay se comercializan básicamente las pastillas que contienen sólo gestágenos (levonogestrel) y por tanto nos referiremos a los mecanismos de acción de estas PAE. Existen otras combinadas (método yuspe) cuyos mecanismos de acción varían un poco. Para explicar cómo funcionan, empecemos por recordar el mecanismo de fecundación. Una vez que los espermatozoides entran al cuerpo, pueden vivir allí unos 5 días. Cuando se produce la ovulación de haber espermatozoides en el cuerpo, el óvulo es fecundado.

Supongamos que una mujer que aún no ha ovulado, tiene una relación sexual con posibilidades de generar un embarazo hoy. Si toma la PAE es muy factible que no ovule a tiempo para una fecundación, porque la hormona de la PAE actúa inhibiendo la ovulación. Y no sólo eso, también enlentece los espermatozoides y provoca cambios químicos que les restringen la capacidad de fecundar.

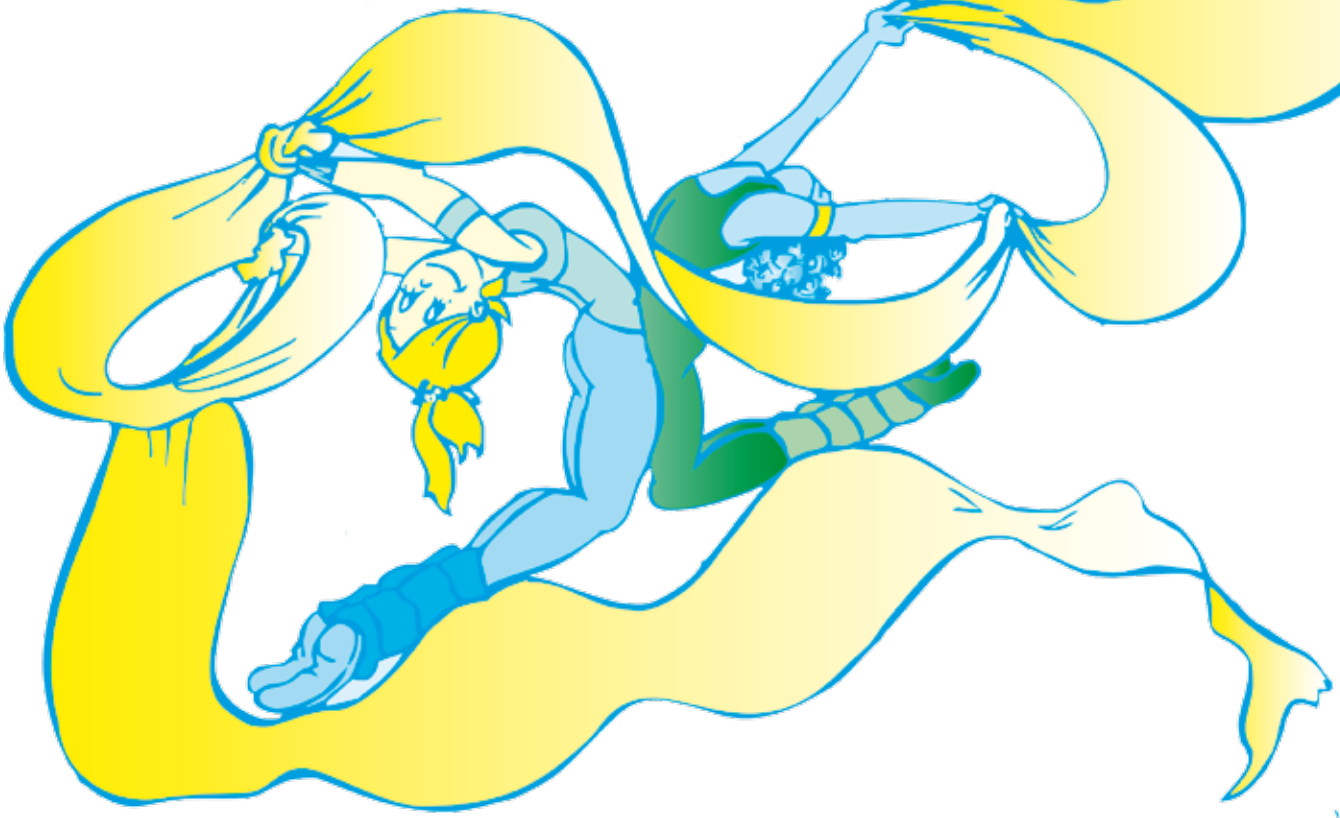
Es importante aclarar en las actividades que estas píldoras no son abortivas. Si una mujer estuviera embarazada y tomara PAE estas no afectarían en nada su embarazo. Hay quienes consideran que intervenir en la implantación del cigoto convierte a un método en abortivo. Esta postura no es compartida por la OMS que como mencionamos, establece el momento del embarazo cuando es completada la implantación. Aún así, no hay evidencia científica que demuestre que la PAE de gestágenos intervenga para impedir o dificultar la implantación. Al contrario el hecho de que su efectividad no sea mayor se debe probablemente a que no interviene en el proceso de implantación. Es muy importante manifestar esto en las actividades porque la circunstancia de que algunos países la hayan prohibido, genera confusiones acerca del carácter "micro abortivo" de la pastilla, que no tienen base científica. Tampoco es cierto que provoque embarazos ectópicos, ni que en caso de no prevenir el embarazo le genere malformaciones al feto. No representa ningún riesgo para la salud. A la vez que explicamos el mecanismo de acción de la PAE, podemos despejar estos mitos y reforzar la idea de la diferencia entre fecundación y embarazo.

¿Qué mujeres pueden usarlas? Todas, incluso aquellas que no debieran usar otros métodos hormonales, porque este es un método de tratamiento acotado si se usa realmente ante emergencias. Es importante destacar la importancia de la PAE, en tanto es un método que puede ser controlado completamente por la mujer y ante cualquier eventualidad, evitar un posible embarazo no deseado.

¿Cómo se usan? Es importante tenerlas a mano puesto que cuanto antes las tomemos, serán más eficaces. Si no las tenemos de antemano habrá que salir a comprarlas o conseguirlas. En general

se recomienda tomarlas dentro de los 3 días posteriores a la relación sexual con posibilidad de embarazo. La OMS plantea un margen de hasta 5 días. Lo importante es apurar lo más posible la toma y si estoy en el límite de los 5 días, más vale tomarlas que no hacerlo aunque tenga menos chance de ser efectiva.

En Uruguay las que se venden principalmente tienen 2 pastillas. Existen también presentaciones de 1 pastilla, que tiene la dosis de las dos concentrada y es igualmente efectiva. Lo ideal sería poder tomar la dosis concentrada. Sin embargo, la ingesta de la hormona puede causar nauseas y vómitos, por eso se la reparte en dos tomas como forma de suavizar este efecto. Luego de tomada la primera pastilla tenemos hasta 12 horas para tomar la segunda, lo cual no quiere decir que tengamos que esperar 12 horas. Si pasado un par de horas notamos que toleramos bien la primera dosis, entonces es mejor tomar enseguida la segunda y así completamos la toma lo antes posible. Esto evita posibles olvidos, ya que si nos pasamos de las 12 horas de límite entre las dos pastillas es como si no hubiéramos tomado nada. Asimismo, si dentro de las 2 horas posteriores a tomar cualquiera de las 2 dosis se vomita, también es cómo si no se hubiera tomado nada. En los dos casos, debo empezar el proceso de nuevo con otro paquete.



Dispositivo Intrauterino (DIU)

El DIU es otro de los métodos más utilizados, puesto que presenta un nivel de efectividad muy alto (solo 6 a 8 mujeres de cada mil quedarán embarazadas durante el primer año de uso del DIU). Por otra parte una vez colocado, la única atención que requiere son controles periódicos. No es necesario estar atentos a comprarlo, cargarlo, tomarlo, colocarlo ni ningún procedimiento extra. Y dura, dependiendo del modelo, de 5 a 10 años, por lo que resulta también un método económico. En Uruguay se utiliza en la inmensa mayoría de los casos el DIU de cobre y es al que nos referiremos aquí. Se puede conseguir a un costo mucho más alto, DIU con levonogestrel, cuyo mecanismo de acción es distinto al de cobre. Por otro lado el antiguo "espiral" (asa de Lípez), que era sólo de plástico sin otro agregado, ya no se coloca más en nuestro país, aunque fue muy utilizado hace años.

¿Por qué evita el embarazo?
Al igual que las PAE, el DIU está rodeado de mitos acerca de su carácter micro abortivo. Como se coloca dentro del útero y permanece allí, se creía que su mecanismo de acción principal consistía en mantener el útero "ocupado" y evitar que el cigoto fecundado pudiera implantarse. Ya establecimos al hablar de las PAE, que aún si así fuese, no habría ningún aborto porque aún no hay embarazo. De todos modos, esta descripción de mecanismo de acción es incorrecta. El DIU efectivamente ocupa el útero, provocando cambios en la composición química del mismo y de las trompas (aumento de presencia de leucocitos sobre todo), generando un ambiente agresivo tanto para el óvulo como para el espermatozoide. Para reforzar esos cambios los DIU con cobre liberan iones que actúan como potente espermicida. En este contexto tan desfavorable, los espermatozoides y el óvulo tienden a debilitarse y morir, impidiéndose la fecundación. Ése es el mecanismo de acción del DIU y es bueno aclararlo para desmitificar ideas equivocadas.

Otros mitos acerca del DIU que son necesarios aclarar: no produce cáncer, al contrario puede ayudar a prevenir algunos; en general no molesta en la penetración vaginal, a menos que se haya corrido. Por eso en caso de que el varón manifieste que molesta, hay que verificar que esté bien colocado.

Otro mito para aclarar es que no nacen niños con el DIU colocado como una caravana o un piercing, incrustado en alguna parte del cuerpo. Eso no es posible porque cuando el embrión aún es minúsculo al lado del DIU, ya forma lo que serán los anexos embrionarios, incluida la placenta (la bolsa que envuelve al feto). A medida que va creciendo el embrión, crece este recubrimiento. Cuando tiene tamaño como para que el DIU pudiera caber dentro de la bolsa, éste ya no tiene forma de introducirse sin romperla. Y si la bolsa se rompiera a esta altura, se produciría un aborto espontáneo. De todos modos, siempre en las actividades encontrarán a alguien que conoce alguien, que conoce a alguien… que le pasó.

¿Quiénes pueden usarlo y quiénes no?
El DIU puede aumentar la duración de la menstruación y el volumen del sangrado. Incluso puede aumentar las molestias que algunas mujeres sienten en este período. Si una mujer sin el DIU colocado presenta menstruaciones largas y abundantes y/o con molestias, puede colocarse el DIU pero quizá le convenga pensar en otro método que le traiga menos inconvenientes.

Asimismo, si una mujer sospecha que puede tener una infección localizada en la vagina (clamidia o

gonorrea), debe manifestarlo puesto que en caso de ser así, la colocación del DIU podría traer complicaciones.

Acerca de quienes no pueden usar el DIU también cabe aclarar que las mujeres que no han tenido hijos se pueden colocar el DIU sin problemas. Muchas mujeres nos cuentan que les han dicho que no se lo coloquen, porque aún no tienen hijos, es importante insistir o consultar otro profesional para ejercer este derecho. También lo pueden usar con seguridad, independientemente de la edad sean adolescentes o mujeres que estén próximas a la menopausia.

¿Cómo se usa? A diferencia de los otros métodos que vimos, el DIU debe ser colocado y controlado periódicamente por un profesional. Habitualmente se recomienda que la mujer acuda a colocárselo durante su menstruación, puesto que de esa forma podemos estar razonablemente seguros de que no hay un embarazo y además el cuello uterino (como recordarán) está más abierto y más blando. Esto es importante porque facilita la colocación. De todas formas si nos realizamos un test de embarazo que verifique que no estemos embarazados, podemos solicitar la colocación del DIU sin estar menstruando.

Todo DIU viene con su propio colocador. Con él, el técnico que realiza el procedimiento hace llegar el DIU hasta dentro del útero. Una vez allí, retira el colocador y corta los hilos que trae el DIU, de forma que se asomen un poco hasta la vagina. Estos hilos son con los que se hará el control del DIU y también los que facilitarán la extracción del mismo.

Una vez colocado se recomienda a las mujeres abstenerse de tener actividad sexual durante una semana. ¿Recuerdan la acumulación de tensión en la zona y las contracciones que vimos en la respuesta sexual de la mujer? En una mujer con el DIU recién colocado, estas reacciones pueden facilitar que se mueva de lugar. Es mejor dar tiempo hasta que el útero se acostumbre al "objeto extraño" que le colocamos.

Respecto de cuándo volver a controlarlo, hay diferentes recomendaciones. Nosotros optamos por transmitir una de las más "exigentes" puesto que puede evitarnos algunos dolores de cabeza, a la semana o diez días de colocado controlarlo por primera vez. Luego al mes, cuando ya haya pasado una primera menstruación post colocado. Luego a los seis meses, luego cuando se cumpla un año y luego sí, una vez cada año. Imagínense que en 10 años sólo lo controlan 13 veces y pueden estar más seguras y seguros de que todo marcha bien.

Como en todo método, la pareja puede participar del proceso, puesto que se trata del método elegido por ambos. Puede acompañar en las consultas y/o colocación, recordar las fechas de los controles, entre otras acciones.

Para terminar queremos dejarles una párrafo extraído de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de "El Cairo" que entendemos resume muchos de los contenidos trabajados en este apartado. Nuestro país es signatario sin reservas de esta conferencia y por lo tanto debería asumir su programa de acción que entre otras cosas postula:

"El propósito de los programas de planificación de la familia debe ser permitir a las parejas y las personas decidir de manera libre y responsable el número y el espaciamiento de sus hijos y obtener la información y los medios necesarios para hacerlo, asegurándose de que ejerzan sus opciones con conocimiento de causa y tengan a su disposición una gama completa de métodos seguros y eficaces" (Naciones Unidas CIPD, 1994: Cap. 7, Numeral 7.12).

Bibliografía:

1. BRICEÑO, G. y PIGNATIELLO, A. "Orientación individual en salud sexual y reproductiva adolescente". AVESA. Caracas, 2002.
2. CALAF, J. "Manual básico de anticoncepción". Elsevier. España, 2005.
3. ESCRIBANO TÓRTOLA, J. J. "Ginecología y Atención Primaria. Problemas clínicos". Aula Médica. España, 2001.
4. FLORES, A. "Sexología de la reproducción". Dismar, Montevideo, 1991.
5. GONZÁLEZ-MERLO, J., GONZÁLEZ-BOSQUET, E. y GONZÁLEZ-BOSQUET, J. "Ginecología". Elsevier. España, 2003.
6. GONZÁLEZ y MERLO, J. "Obstetricia". Elsevier. España, 2006.
7. GRAY, H., DRAKE,R. L., WAYNE VOGL, A. y MITCHELL, W. M. "Gray. Anatomía para estudiantes". Elsevier. España, 2005.
8. GUYTON, A. C. y HALL, J. E. "Fisiología Médica". Elsevier. España, 2006.
9. LÓPEZ, A. (Investigadora principal), BENIA, W., CONTERA, M. y GÜIDA, C. "Del enfoque materno infantil al enfoque en salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas" C.L Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología, Universidad de la República. UNFPA. Montevideo, 2002
10. LÓPEZ, A. y QUESADA, S. "Guía Metodológica. Material de apoyo en salud sexual y reproductiva con enfoque de género a Equipos Técnicos de los Centros CAIF". Gurises Unidos – CAIF – UNFPA. Montevideo, 2002.
11. MARTINEZ ALVAREZ, C., MOORE, K. y PERSAUD, T. "Embriología Clínica". Elsevier. España, 2004.
12. NOVOA, M. "Manual de anticoncepción". Central de Impresiones. Montevideo, 2004.
13. OMS (Organización Mundial de la Salud), Facultad de Salud Pública Bloomberg y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. "Planificación familiar. Un manual mundial para proveedores. Orientación basada en la evidencia desarrollada gracias a la colaboración mundial", OMS, 2007.
14. OMS (Organización Mundial de la Salud). "Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos". OMS. Ginebra, 2005.
15. OSIMANI M.L., VIDAL J. "Impacto en el género femenino del vih/sida". MSP-OPS. Uruguay, 2005.
16. PNSMG (Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género) "Guías en Salud Sexual y Reproductiva – Capítulo Anticoncepción – (Métodos Reversibles)". MSP – DIGESA. Montevideo, 2005.
17. PNSMG (Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género) "Guías en Salud Sexual y Reproductiva – Capítulo Normas de Atención a la Mujer Embarazada". MSP - DIGESA. Montevideo, 2007.
18. PNSMG (Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género). "Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género". MSP – DIGESA. Montevideo, 2007.
19. POCOCK, G. y RICHARDS, C. D. "Fisiología Humana: La base de la Medicina". Elsevier. España, 2005.
20. ROUVIÈRE, H., DELMAS, A. y Delmas, V. "Anatomía humana: Descriptiva, topográfica y funcional". Elsevier. España, 2005.
21. USANDIZAGA, J.A. "Bases anatómicas y fisiológicas de la sexualidad y la reproducción humana". Fundación Universidad Empresa. Madrid, 1990.

Documentos consultados:

2. GENERO Y GENERACIONES (UNFPA – PNUD – MSP – IMM – INE – UDELAR – MYSU) "Estudio sobre la reproducción biológica y social de la población uruguaya: una aproximación desde la perspectiva de género y generaciones. "Proyecto Género y Generaciones." Uruguay, 2005 Disponible en: http://www.undp.org.uy/showNews.asp?NewsId=614 (Revisado: abril 2009).
3. NACIONES UNIDAS. "Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer". Beijing, 1995. Disponible en: http://www.cinu.org.mx/biblioteca/documentos/dh/ConfBeijing1995.htm (Revisado: abril 2009).
4. NACIONES UNIDAS. "Programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo". El Cairo, 1994 Disponible en: http://unfpa.org/spanish/icpd/icpd_poa.htm#ch1 (Revisado: abril 2009).
5. OMS - ACSP (Asociación Canadiense de Salud Pública). "Carta de Ottawa para la promoción de la Salud". OMS. Canadá, 1986. Disponible en: http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf (Revisado: abril 2009).

3.6 Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Al igual que en nuestros cursos y actividades en general, hemos decidido dejar las infecciones de transmisión sexual para el final de los contenidos temáticos. No porque no se trate de un contenido importante, al contrario lo es y mucho. Lo trabajamos al final porque lamentablemente, desde hace años se asocia el trabajo sobre sexualidad a lo más problemático, sobre todo ITS y embarazo no deseado. Muchas veces se anuncia el "taller de sexualidad", pero sólo se trabaja la prevención de ITS y del embarazo. Así, la sexualidad ha quedado asociada al riesgo, a los problemas, a lo que hay que prevenir.

Nuestra apuesta es encarar por lo positivo, por lo disfrutable, por saber y conocer nuestro cuerpo integralmente para estar en mejores condiciones de tomar decisiones. Entre las muchas decisiones que tomamos al respecto de nuestra vida sexual, una será cómo encarar el cuidado de mi salud y cómo cuidar la salud de mi o mis compañeros o compañeras sexuales.

> En la medida que esté en mejores condiciones de vivir mi sexualidad (porque sé, porque puedo negociar, porque conozco mi cuerpo, porque disfruto de lo que siento, porque visualizo las inequidades) tendré mayores grados de autonomía para tomar decisiones y por tanto, mejores posibilidades de cuidarme y cuidar a los demás. Esta es la idea central desde la que sugerimos trabajar el tema ITS.

Es por eso que, luego de tener todos los contenidos previos trabajados abordamos el tema del auto cuidado y mutuo cuidado frente a las ITS. Nuestra recomendación es que, de ser posible, siempre se trabaje este tema en el marco de actividades más amplias de promoción de los derechos sexuales. En caso de no ser posible hacer el trabajo previo, entonces es recomendable especificar que haremos una actividad de prevención de ITS siempre desde una perspectiva de derechos.

¿Qué significa trabajar ITS desde una perspectiva de derechos? Lo mismo que en cualquier otro tema, no decidir por el otro ni imponer prescripciones desde un lugar técnico, no realizar análisis simplificados sin tener en cuenta la complejidad de las situaciones vividas por cada persona y sobre todo, no visualizar al otro u otra como objeto de nuestra intervención sino como sujeto y protagonista de su propia historia.

Debemos transmitir con claridad que hay determinadas conductas que nos hacen más propensos a las ITS que otras y trabajar para visualizar cuáles serían las acciones más adecuadas para cuidarse. Pongamos un ejemplo, hemos escuchado muchas veces recomendaciones generales que afirman que en la adolescencia, aún frente a una pareja estable, es mejor usar siempre preservativo porque la "estabilidad" en la adolescencia "es relativa". ¿Y en la adultez? El aumento de la prevalencia del VIH también se da en las mujeres adultas con "pareja estable".

"Actualmente gran parte de las mujeres que se infectan ha sido a través de su esposo o pareja estable. No pueden negociar el uso de preservativo o consideran la estabilidad en el tiempo como elemento protector y que les da confianza" (OSIMANI y VIDAL, 2005c: 39). En actividades formativas en sexualidad es menos frecuente escuchar "usen preservativo" dirigido a la población adulta con pareja estable y se sigue mencionando a la "pareja estable" como un medio de prevención del VIH. ¿Será que es menos legítimo incidir en las decisiones de los adultos, que en las de los adolescentes? Informar que "las personas con pareja estable estadísticamente son menos propensas a infectarse con VIH", no es lo mismo que decir "la pareja estable previene el VIH", o "para prevenir el VIH, es mejor tener una pareja estable". Estas dos últimas frases afectan la esfera de la autonomía de la persona.

Desde una perspectiva de derechos importa plantear que hay conductas y prácticas más riesgosas que otras y transmitir las evidencias que hay respecto de esto respaldados en estudios e investigaciones. Y fundamentalmente implica trabajar con las personas para que puedan utilizar efectivamente esta información en su vida cotidiana. No se trata de hacer prescripciones desde nuestro punto de vista sino de construir colectivamente estrategias basadas en la realidad de las personas y las comunidades. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala algunos de los problemas de las prácticas educativas tradicionales orientadas a la prevención del VIH como por ejemplo:

"- Los mensajes de prevención pierden de vista la complejidad de las motivaciones de los hombres y mujeres para tener relaciones sexuales, así como los sentidos emocionales que se le asignan a estas.
- (…) La dificultad de la incorporación del uso del condón en muchos de los escenarios de la sexualidad, en tanto en dichos escenarios otros riesgos estarían presentes y serían valorados como más importantes (como la integridad física, el riesgo a ser detenidos y encarcelados, el riesgo de perder la oportunidad del encuentro sexual)" (ESTRADA, 2006: 98).

Los significados culturales y subjetivos, las condiciones concretas de existencia, las barreras económicas y geográficas, la socialización de género y otros factores clave intervienen en la configuración de la historia y las decisiones de cada persona. Tomar en cuenta estas y otras complejidades, trabajarlas con la gente de forma sincera y abiertamente participativa, buscar alternativas y cambios de conductas viables y positivos desde cada realidad y en cada realidad es trabajar la prevención desde una perspectiva de derechos.

Prevención de ITS

Al igual que para los métodos anticonceptivos, acerca de las ITS existe mucha información disponible. En general en nuestras actividades trabajamos sobre lo más básico y necesario para la vida cotidiana, aquello que permite empezar a pensar sobre el tema. Asimismo facilitamos materiales y alentamos la búsqueda de más información para que, quién lo desee, pueda ampliar la información.

De ser posible es bueno acercarles a las personas folletos o fotocopias de los folletos, para que se queden con un respaldo en papel de la información. El folleto entregado en el marco de una actividad adquiere un valor agregado, puesto que se genera un interés en la persona que lo recibirá y es más probable que lo lea, lo conserve y comprenda mejor su contenido.

En este apartado hablaremos acerca de cómo evitar las ITS y qué síntomas me deben alertar acerca de la posibilidad de que tenga una y así poder consultar oportunamente. No incluimos aquí al VIH que tendrá un apartado especial.

En primer lugar es bueno definir las ITS, las infecciones de transmisión sexual son aquellas enfermedades infectocontagiosas que pueden ser transmitidas por vía sexual. Eso no quiere decir que sólo puedan ser transmitidas por esta vía. La hepatitis B y C pueden ser transmitidas por vía sanguínea, la sífilis se transmite verticalmente de madre a hijo, las ladillas pueden transmitirse compartiendo una cama, por citar ejemplos de otras vías de transmisión. Por otro lado no toda afección genital implica una ITS. Muchas veces hay infecciones vaginales, por ejemplo derivadas de bacterias u hongos que son propios de la flora vaginal y se expanden en exceso en determinadas circunstancias. Asimismo la falta de higiene en el pene puede derivar en infecciones que no por estar en él significan que sean ITS. Es importante hacer esta diferenciación porque muchas veces genera confusión.

También es importante aclarar que tener relaciones sexuales siempre implica riesgos de contraer ITS. Así cómo aclaramos que no existe MAC infalible tampoco existe mecanismo de prevención infalible para todas las ITS. Pero desde luego, es factible minimizar ese riesgo tomando algunas medidas en el ejercicio de nuestra vida sexual.



Aunque este mensaje ha sido permanente y masivamente difundido, sigue siendo fundamental recalcar que una vez que decidimos tener relaciones sexuales, el uso de preservativo tanto masculino como femenino, es la medida más eficaz para protegernos frente al VIH y a las ITS en general.

Eso no significa que elimina todo riesgo, pero sí implica una disminución notable del mismo en la mayoría de las ITS. Está claro que no previene las "ladillas" por ejemplo, pero sí previene las más difíciles de curar o controlar (hepatitis y VIH).

A veces las personas deciden el uso del preservativo para algunas prácticas y no para otras. Por ejemplo se lo utiliza en las penetraciones pero no en la estimulación oral. En este caso es bueno aclarar que muchas ITS se transmiten a la boca y que no utilizar preservativo en las prácticas orales implica asumir mayores riesgos. Pero también es bueno mencionar que es preferible este uso parcial al no uso porque aún utilizado de esta manera, disminuye muchísimo el riesgo de contraer infecciones como el VIH por ejemplo.

"La probabilidad de que el VIH se transmita de una persona seropositiva a una seronegativa depende del tipo de contacto que se haya dado. Existe una mayor facilidad de transmisión del VIH a través de una relación de sexo anal o vaginal sin protección(es decir sin condón), por compartir material inyectable o en la transmisión de la madre a su hijo o hija.
Se ha demostrado que el sexo oral es la actividad sexual de menor riesgo para el VIH, pero conviene recordar que, otras infecciones de transmisión sexual como la sífilis, el herpes y la gonorrea se pueden transmitir fácilmente a través del sexo oral." (ONUSIDA – Ecuador. Disponible en http://www.onusida.ec/cms.php?c=850, revisado en marzo de 2009)

Es importante recalcar que el autocuidado implica evaluación del riesgo que estoy dispuesto a asumir primero y luego una actitud activa que me permita hacer efectiva mi decisión, ejercer mi derecho. Todo lo dicho acerca de negociación sexual en el capítulo de decisiones reproductivas vale aquí. Si decido usar preservativo, debo poder acceder a los mismos y negociar su uso al momento del encuentro sexual. Como vimos, hay limitaciones que afectan sobre todo a las mujeres para ejercer ese derecho derivadas de la socialización de género especialmente. Hay que trabajar el tema, tomando en cuenta todo lo dicho anteriormente.

Otro tema a trabajar es que, también biológicamente, en la mayoría de las ITS las mujeres son más vulnerables (si de relaciones heterosexuales se trata). En referencia a este punto el MSP señala como factor que aumenta el riesgo de adquirir una ITS: *"Pertenecer al sexo femenino. Porque la superficie de la mucosa vaginal expuesta durante la relación es más extensa y el contacto con las secreciones de su pareja es más prolongado. A ello se agrega la dificultad -por la construcción social del género femenino- de negociar el preservativo con su pareja y defender su derecho a la salud"* (MSP, 2005:11). Durante la menstruación este riesgo biológico aumenta aún más, por la presencia de sangre y la apertura del cuello uterino.

Asimismo, las relaciones anales son una de las prácticas más riesgosas, sobre todo para infecciones como el VIH. Esto incluye las relaciones heterosexuales y las homosexuales. Esto se debe

a que frecuentemente durante este tipo de penetración, se producen pequeñas heridas que facilitan el ingreso de gérmenes al organismo.

Asimismo el documento citado menciona que los adolescentes y adultos jóvenes sexualmente activos son más susceptibles biológicamente a adquirir estas infecciones. Además la adolescencia y la juventud son períodos de la vida en los que en muchos casos (recalcamos que no siempre) se cambia de pareja y se mantienen relaciones sexuales con más frecuencia. Numéricamente mientras más relaciones sexuales con más personas distintas tenga, más chance tengo de contraer una ITS. Cuando media una evaluación del riesgo y se toman decisiones para disminuir las posibilidades de contraer una ITS, entonces esta conclusión cambia. Puedo tener 10 parejas sexuales en un año y relaciones sexuales todos los días usando preservativo de forma estricta y estaré más protegido o protegida que quien tiene una sola pareja, no usa preservativo y nunca habló del tema ITS con su compañero o compañera sexual. Ya en 1999 una publicación de la OPS señalaba: *"Más del 90% de las mujeres infectadas por el VIH/SIDA en los países en desarrollo ha contraído el virus por transmisión heterosexual. En la mayoría de los casos, estas mujeres tenían relaciones sexuales sólo con su esposo o pareja estable. Por consiguiente, la vulnerabilidad de la mujer para contraer la infección por el VIH suele ser resultado directo del comportamiento de su pareja."* (PATZ, 1999: 9). Poder hablar del tema y favorecer la autonomía y el control de nuestra vida sexual es un elemento clave para la prevención.

Es necesario trabajar con los grupos toda esta información, afín de que cada persona tenga elementos para evaluar qué nivel de riesgo le parece aceptable para sí. Hay mucha más información, incluyendo estadísticas, posibilidades de contraer una infección, cálculos de riesgo biológico de cada infección en particular, que sería muy largo de enumerar y muy difícil de retener en un taller o actividad. Sin embargo, siempre los invitamos a buscar información acerca de estos temas y cualquier otro que los ayude a decidir qué conductas considerarán seguras para sí mismos y cuáles no. Esta búsqueda debe hacerse en fuentes confiables, organismos oficiales como el Ministerio de Salud Pública, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, el programa de Naciones Unidas específico



llamado ONUSIDA. También hay muchas otras investigaciones con informaciones diversas a las que puede accederse vía internet. Sin embargo la confiabilidad de las mismas puede ser difícil de evaluar. Una ventaja de los organismos oficiales es que recogen las conclusiones de muchas investigaciones y corroboran la pertinencia de su metodología antes de manejar una información como válida.

Si bien es importante trabajar para evitar contraer ITS, también es importante trabajar para detectar oportunamente y acceder a una consulta profesional a tiempo.

¿Por qué es tan importante este tipo de prevención? Porque la demora en el inicio de los tratamientos trae necesariamente consecuencias negativas, a) mientras más demoramos en detectar y tratar una infección, más afecta negativamente nuestra salud. En algunas infecciones el tratamiento precoz es crucial para mejorar las posibilidades de curar o controlar la infección, b) mientras más tiempo pase antes del diagnóstico y tratamiento más tiempo esa persona puede estar transmitiendo su infección a distintas personas sin saberlo, c) cuánto antes detectemos una ITS en una persona, antes podremos promover que su o sus parejas sexuales se acerquen para establecer si están o no infectados y qué tratamiento necesitan, cortando algunos eslabones de la cadena de transmisión.



Para que esto suceda, debemos sortear algunas barreras que implican también un ejercicio de derechos a nivel personal y cambios culturales.

Motivos principales por los que muchas veces los tratamientos sobre las ITS se demoran:

1. Falta de conocimiento sobre nuestro propio cuerpo que no nos permite interpretar signos de alerta.
2. Falta de información acerca de los signos y síntomas de las ITS.
3. Las barreras generales de acceso a los servicios de salud y la ausencia o ineficiencia de los servicios de salud sexual.
4. La discriminación y el peso social acerca de las ITS que producen que muchas veces no se consulte por vergüenza. Es fundamental trabajar para eliminar los estigmas asociados a estas afecciones.
5. Los problemas derivados de la inequidad en el ejercicio de derechos por razones vinculadas al género o diversidad sexual.

Para trabajar sobre el tema ITS es bueno emprender acciones que tiendan a promover el pleno ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, intentando minimizar los efectos de las barreras mencionadas.

1) Conocer nuestro cuerpo nos permite disfrutarlo pero también nos ayuda a darnos cuenta rápidamente cuando algo no anda bien, no sólo ante una eventual ITS, sino también ante cualquier problema de salud. Cuando trabajamos ITS es necesario retomar este tema y vencer la vergüenza poniendo énfasis en reconocer los signos habituales de nuestro cuerpo: cómo son mis fluidos, mí color de piel, mi olor, entre otros.

2) Acerca de los síntomas y signos que nos podrían estar indicando la presencia de una ITS, nosotros los trabajamos en general. No revisamos causas, signos y síntomas de cada ITS, porque sería muy engorroso y factiblemente se retenga muy poco de esa información. Sí mencionamos qué señales nos pueden estar dando la pauta de la presencia de una ITS (ver cuadro Signos y síntomas comunes de las principales síndromes de las ITS), e insistimos que ante esas señales consulten al servicio de salud.

3) Existen numerosas barreras para acceder a la consulta, algunas vinculadas a lo económico (falta de dinero para tickets o traslados, la pérdida del día de trabajo que a veces implica). Sobre éstas es más difícil intervenir educativamente, pero cuando se trabaja en grupos a veces hay personas que conocen recursos comunitarios, tienen buenas ideas acerca de cómo economizar el acceso a la consulta. Existen otras barreras culturales, algunas vinculadas al imaginario social sobre el sistema de salud (“entrás sano y salís enfermo”; “yo siempre me he curado sólo…”).

4) Otras barreras culturales están vinculadas directamente a las ITS. Esto se debe a la creencia de que la ITS es signo de “inmoralidad” o de “perversión”, además de que se manifiestan muchas veces en partes del cuerpo que nos da vergüenza mostrar y son relacionadas con conductas personales que sentimos que serán “reprochadas” por el personal de salud y todo aquel que se entere. Sobre todas estas barreras culturales debemos trabajar, desmitificando falsas creencias, dando el mensaje de que a ningún profesional le corresponde evaluar moralmente nuestro comportamiento sexual, que nuestro cuerpo no debe ser objeto de vergüenza sino por el contrario es potencialmente fuente de placer y bienestar. Indudablemente este abordaje requiere el tratamiento de los temas enumerados en los capítulos anteriores, desde las perspectivas transversales.

Si trabajamos con usuarios importa dar el mensaje de que aunque somos los principales protagonistas de nuestra salud, la consulta con profesionales es imprescindible y crucial para no tener consecuencias serias derivadas de una consulta tardía. Asimismo, resaltar que el hecho de tener una enfermedad, cualquiera sea, no nos dice nada de la persona. No pensamos “éste debe ser un loquito porque se resfrió”, o “qué irresponsable cómo se insoló aquella”. Tampoco debiéramos pensar que una persona con una ITS tiene una característica peculiar. No es más irresponsable, o más “promiscuo” como insisten algunas posturas que pretenden asociar las ITS con un “estigma” o marca de mala conducta. Es una persona que contrajo una infección, nada más. Ni bueno, ni malo, ni feo, ni lindo, ni pobre, ni rico, ni irresponsable, ni joven, ni viejo. Si no pensamos así de los demás, tampoco seremos capaces de pensar así de nosotros mismos, llegado el caso de que notemos un signo que nos haga sospechar que tenemos una ITS. Y debemos tener claro que cualquiera de nosotros puede estar en esa situación un día y debemos hacer lo mismo que ante



cualquier otro problema de salud, ¡consultar con un profesional!
Asimismo, si trabajamos con personal de salud es crucial insistir para que ellos puedan desde su lugar reforzar este mensaje, evitando frases culpabilizadoras como: "y sí, duele, pero vos te lo buscaste" o "la sacaste regalada, podrías haberte pegado algo mucho peor". A la vez, hay que promover tener mucho tacto en el trato siempre, pero sobre todo con los adolescentes y más en el marco de una revisación que a veces puede resultar incómoda. Es necesario recalcar la importancia de la privacidad y la confidencialidad, sobre todo en comunidades pequeñas donde "se conoce todo el mundo". Si la persona usuaria no es respetada, no es atendida humanamente, ni es apoyada en su proceso de mejorar su salud, si no siente confianza en el servicio y es culpabilizada o juzgada, es poco factible que acceda efectivamente al servicio, por más que trabajemos acerca de las barreras y el ejercicio de sus derechos.

5) La discriminación de género, por razones de diversidad sexual o situaciones especiales también constituyen barreras del acceso a la salud. Específicamente respecto de las ITS la discriminación de género se expresa acentuando los estigmas sociales a los que nos referíamos. La ITS pesa como una marca sobre los varones pero es aún peor para una mujer. Por ejemplo no es lo mismo en nuestra sociedad tildar de "promiscuo" a un varón que tildar a una mujer de la misma forma.

"La mujer tiende a sufrir más estigma y discriminación que el hombre, tiene más probabilidad de sufrirlos de formas más desagradables y dañinas, y tiene menos recursos para hacer frente a estas situaciones" (ONUSIDA, 2008: 10)

El estigma recrudece cuando se trata de personas que no cumplen con el modelo de sexualidad hegemónica heterocentrado y comienza a circular aquello de "se lo merece". Cuando trabajamos este tema debemos traer estos prejuicios al ruedo para poder problematizarlos e ir deconstruyéndolos, marcando también cómo los prejuicios perjudican a quién los padece, pero también nos empobrecen a todos como ciudadanos en tanto atentamos contra los derechos de otras personas.

Signos y síntomas comunes de los principales síndromes de las ITS.[6]		
Síndrome	**Síntomas**	**Signos**
Secreción vaginal	Flujo vaginal Picazón en vulva y vagina Dificultad y/o dolor al orinar Sensación de no haber terminado de orinar luego de hacerlo Sensación de no poder contener la orina Dolor durante las relaciones sexuales con penetración	Secreción vaginal
Secreción uretral	Secreción anormal en el pene proveniente de la uretra Dificultad y/o dolor al orinar Sensación de no haber terminado de orinar luego de hacerlo Sensación de no poder contener la orina Dolor en los testículos	Secreción uretral
Úlcera genital	Llagas dolorosas o no dolorosas, únicas o múltiples, recurrentes o no, que pueden presentarse en los genitales, alrededor del ano o en la boca	Úlceras genitales
Tumoraciones genitales	Verrugas en la zona genital o anal	No causan síntomas Pueden verse en distintos tamaños
Dolor abdominal bajo	Inflamación y dolor escrotal Inflamación y dolor en la zona pélvica	Dolor abdominal bajo o dolor escrotal

6 Este cuadro fue construido a partir del trabajo de CABRAL, J., CRUZ,C., RAMOS U., y DE FÁTIMA, P. "Atlas de ITS. Manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento". Disponible en: http://www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones/manual%20atlas%20its.pdf. Revisado en Marzo de 2009 y en las "Guías Clínicas para el manejo de las ITS", OMS, 2003. El lenguaje técnico fue simplificado, conservando su sentido.

Lograr una atención oportuna y un acceso pronto a la consulta, no es un desafío sólo de quienes contraen una ITS, es una tarea conjunta de ciudadanos, servicios de salud y promotores de derechos y requiere de cambios culturales, trabajo, tiempo y voluntad de cambio.

Acerca del VIH-SIDA

El VIH es sin duda, la ITS más conocida por la población en general y sobre la que más se viene trabajando en los últimos años. Por ese motivo, es muy fácil acceder a materiales donde se explican las vías de transmisión, la formas de prevenirlo, cómo hacerse un examen, qué significa VIH y qué significa SIDA, la historia de la infección.

En este apartado no retomaremos esas ideas que pueden consultar en algunos de los documentos reseñados en la bibliografía, sino haremos hincapié en algunas ideas que nos parece clave abordar porque no siempre están presentes en las propuestas educativas sobre este tema.

a) ¿SIDA o VIDA?

¿Recuerdan aquella vieja campaña? pues ésta y otras campañas han construido un imaginario social, donde la palabra SIDA se ha convertido en un sinónimo de muerte.

Esta asociación genera rechazo a hablar sobre el tema, discriminación sobre las personas que viven con VIH y produce temor en la población en general. Incluso a veces las personas no desean hacerse un examen por miedo al resultado positivo.

Deconstruir este imaginario es un desafío. Puede ayudar informar que la esperanza y la calidad de vida de las personas con VIH ha aumentado notablemente en los últimos años para aquellas personas que acceden y se adhieren oportunamente al tratamiento. Estudios científicos revelan año a año una mejora en la efectividad de los tratamientos. La página web de la IAS (International Aids Society) es una buena fuente de información con permanente actualización.

b) Es fundamental realizarse periódicamente el examen

Como en las otras ITS, es clave que apuntemos no sólo a prevenir antes que el virus ingrese a las personas, sino también a descubrirlo lo antes posible cuando ya está presente.

En el caso del VIH la detección temprana permite evitar futuras trasmisiones, encontrar otras personas que potencialmente tengan VIH y habilitar un tratamiento temprano, es fundamental para elevar su calidad de vida y para controlar la expansión de la infección.

Es bueno que sepan que el examen ELISA detecta los anticuerpos para el VIH (es decir, la defensa que nuestro organismo genera para defenderse del virus). Por ese motivo, es necesario que transcurra un tiempo desde que el virus ingresa, hasta que es detectable. Según el MSP *"El desarrollo tecnológico nos ha permitido utilizar varias generaciones de técnicas (1er., 2da., 3ra. y 4ta.) con la mejora consiguiente en la sensibilidad y especi-*

ficidad y con la disminución del llamado «período ventana serológica». La duración del período de ventana serológica depende fundamentalmente de la sensibilidad de los métodos de detección. En la actualidad, en nuestro país están disponibles las técnicas de 3ª y 4ª generación.

Las técnicas de 3° generación, procedimientos que permiten medir respuestas de IgG, IgM e IgA, tienen una ventana serológica con una duración promedio de 25 días (9 a 41 días con 95% de confianza). Las técnicas de tamizaje de 4° generación, con las que se investiga la presencia de antígeno p24 y anticuerpos anti VIH en forma simultánea, han reducido la ventana serológica en una semana como promedio (entre 5 y 15 días) en comparación con los de 3° generación" (OSIMANI y VIDAL (coord.), 2006a: 18). Esta aclaración es importante porque aún circulan versiones acerca de una duración mayor del período ventana que hacen referencia a los test ELISA de generaciones anteriores.

Es bueno que todos y todas quienes tengamos relaciones sexuales o nos expongamos al virus por otras vías nos hagamos el examen periódicamente. ¿Por qué? Porque los condones no son infalibles, en caso de que usemos condón y porque las parejas estables y fieles tampoco son infalibles. El MSP enumera cuatro buenos motivos para promover la realización de los análisis.

"Porque en el Uruguay muchas personas infectadas por el VIH desconocen su situación serológica. Conocer su serología, así como tener acceso al tratamiento es un derecho de todo ciudadano.
Porque permite reforzar la responsabilidad de las personas con su salud, su vida y su entorno social.
Cuanto antes se diagnostique la infección, mejor será instrumentado el abordaje integral que garantice la mejor calidad de vida.
Un mayor número de diagnósticos, permite conocer mejor el perfil de la pandemia. Ello posibilita nuevas y mejores estrategias de prevención, así como la evaluación de las mismas" (OSIMANI y VIDAL (coord.), 2006b: 15).

c) La feminización del VIH

En nuestro país a principio de los 90, había 9 varones infectados por cada mujer con VIH. Actualmente, hay 2 varones por cada mujer. Además, tenemos más personas que viven con VIH y el grueso de ese crecimiento se da principalmente entre las mujeres.

¿Por qué sucede? Hay razones biológicas y también culturales que afectan a las mujeres heterosexuales como mencionamos en el apartado general sobre ITS. Es muy importante trabajar los elementos de la negociación sexual de forma tal de promover que las mujeres puedan ejercer efectivamente sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos.

d) La transmisión vertical del VIH

Tanto en los momentos en los que trabajemos específicamente ITS y/o VIH, como cuando estemos abordando temas de salud reproductiva como el embarazo, es muy importante hacer mención especial a los

exámenes preventivos y eventual tratamiento para evitar la transmisión vertical (de madre a hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia) de infecciones como el VIH, la sífilis y las hepatitis B y C.

El diagnóstico oportuno de estas infecciones permite minimizar los riesgos para el recién nacido y favorece el comienzo de tratamientos para mejorar la salud de las mujeres que no se saben portadoras de una determinada infección.

Al respecto del VIH, en nuestro país el Decreto Nº 295/97 establece que las mujeres que cursan un embarazo serán consultadas afín de realizarles el examen de VIH con su consentimiento. Lo dicho acerca de las barreras culturales que han generado a veces temores y recelos frente al examen, se aplica desde luego también a estos casos.

Por eso es importante transmitir permanentemente la importancia de realizarse esos exámenes, no sólo a las mujeres embarazadas sino a todas las personas con las que trabajemos estos temas. De esa forma será posible ir incorporando esta idea en nuestra cultura y llegado el momento no resultará sorprendente que esos exámenes sean solicitados.

En este sentido, es importante comunicar datos alentadores como el hecho de que la transmisión vertical del VIH disminuye de un 25% a un 2% cuando el diagnóstico es realizado oportunamente y el tratamiento es seguido de forma correcta.

e) El VIH no discrimina

Esta campaña es mucho más que un slogan. El VIH es una infección que cualquiera puede contraer y no existe marca alguna que pueda servirnos para suponer que tal o cual persona tiene o no el virus.

Hay quienes hacen sus cálculos personales del riesgo, en función de falsas creencias tales como, “es una persona sana, no puede tener VIH”, o “es limpito no puede tener nada”, o “pero si es de buena familia, cómo va a tener algo”. Aún hoy circula esa idea que, a la vez que no nos permite evaluar adecuadamente el riesgo también nos lleva a ser prejuiciosos y discriminadores con otras personas.

Circula la creencia de que el VIH afecta a determinadas personas y que “a mí no me va a pasar”. El VIH no discrimina. Somos nosotros los que discriminamos a las personas y les proyectamos características que nosotros suponemos que tienen o no tienen. Es importante trabajar para cambiar esa realidad.

Por otro lado es crucial que trabajemos para evitar la discriminación que pesa sobre las personas que viven con VIH. Al respecto ONUSIDA señala:

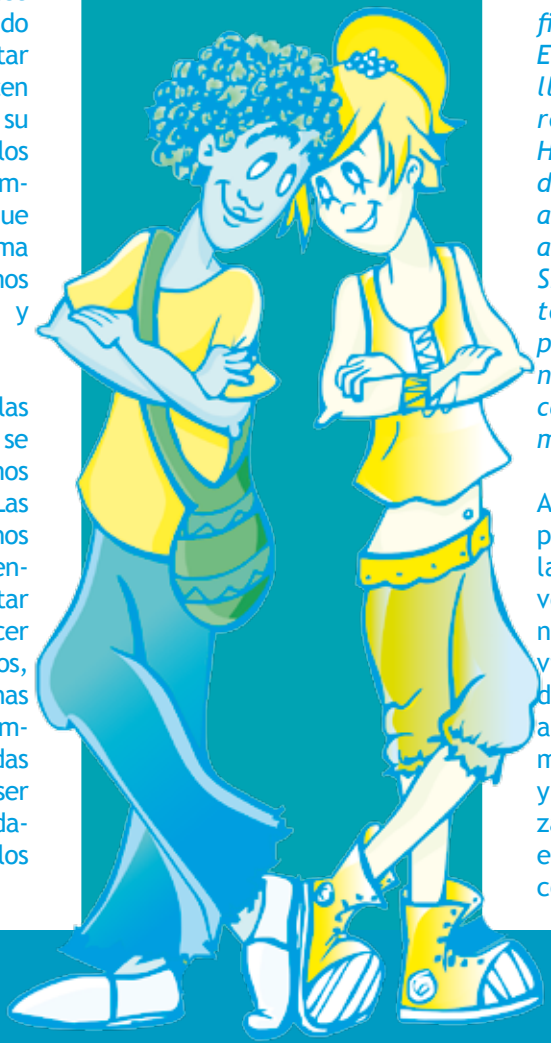
“El estigma asociado al SIDA se apuntala en múltiples factores, incluidos el desconocimiento de la enfermedad, los conceptos erróneos sobre cómo se transmite el VIH, la falta de acceso a tratamiento, las noticias irresponsables sobre la epidemia por parte de los medios de comunicación, la imposibilidad de curar el SIDA, y los prejuicios y temores relacionados con diversas cuestiones socialmente delicadas, como la sexualidad, la enfermedad y la muerte, y el consumo de drogas.
El estigma puede conducir a discriminación y otras violaciones de los derechos humanos que afectan fundamentalmente al bienestar de las personas que viven con el VIH. En países de todo el mundo hay casos bien documentados de personas con el VIH a las que se niegan, entre otros, los derechos a recibir atención de salud, al trabajo, la educación y la libertad de movimiento.” (ONUSIDA, 2005:4).

Seguir difundiendo con claridad las vías de transmisión, desmitificando todas aquellas circunstancias en las que no se transmite el VIH sigue teniendo una importancia vital. Por ejemplo, este dato es esclarecedor: nunca desde que se inició la epidemia un niño con VIH se lo transmitió a otro. Sin embargo aún hoy escuchamos padres que dicen "yo no discrimino, pero no dejaría que mi hijo fuese a la escuela con un niño viviendo con VIH". A veces, al comentar esto en las actividades, aparecen opiniones: "está bien, uno con su vida hace lo que quiere pero a los hijos hay que cuidarlos". Es imprescindible que demos pie a que las distintas visiones sobre el tema surjan, de forma tal que podamos trabajarlas, problematizarlas y aportar información.

Además de trabajar sobre las creencias culturales en las que se sostienen los estigmas debemos promover la no discriminación. Las perspectivas de género, derechos y diversidad tienen en este sentido un rol fundamental. Apostar por una sociedad que logre vencer sus propios miedos y prejuicios, que respete a todas las personas sin discriminaciones y que se comprometa por el bienestar de todas y todos sus integrantes debe ser un objetivo de quienes defendamos los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

f) Niñas, niños y adolescentes afectados por el VIH.

Este tema es frecuentemente excluido cuando trabajamos educativamente acerca del VIH. El impacto del VIH en la niñez no suele abordarse habitualmente: quizá por la falsa disociación entre sexualidad y niñez, por la priorización de jóvenes y adultos como foco central de intervención o simplemente por desconocimiento y falta de información. Cualquiera sean los motivos, lo cierto es que sobran las razones para prestar especial atención a esta temática.



Según UNICEF *"Para millones de niños y niñas, el VIH y el SIDA han alterado completamente la experiencia que significa crecer y hacerse mayores. En 2007, se calculó que 2,1 millones de niños y niñas menores de 15 años vivían con VIH. Hasta 2005, más de 15 millones de niños y niñas menores de 18 años habían perdido a uno o a ambos progenitores debido al SIDA. Muchos millones más han tenido que hacer frente a una pobreza creciente, al abandono escolar y a la discriminación como resultado de la epidemia."* (UNICEF, 2008:2).

Atender esta problemática implica una estrategia que incluya la prevención de la transmisión vertical, el tratamiento oportuno y educación a niñas y niños viviendo con VIH, la prevención de la transmisión en las y los adolescentes y fundamentalmente, la protección de todas y todos frente a la estigmatización y discriminación y los efectos negativos que éstas conllevan. Si bien existen daños

que no podremos compensar o revertir, sí es posible emprender acciones para que los niños afectados por el VIH alivien los efectos de su situación.

Asimismo las acciones educativas para la prevención de las ITS y el VIH deben, en el marco de programas más amplios de educación en sexualidad, abordar estas temáticas con todos los niños. En el marco de estas acciones será importante incorporar contenidos como la solidaridad y la no discriminación frente a las personas viviendo con VIH, especialmente sus propios pares.

Bibliografía:

1. ANTELA, A. "Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/Sida para equipos de atención primaria y comunitarios en Latinoamérica y el Caribe". OPS. Washington, D.C., 2004.
2. CABRAL, J., CRUZ, C., RAMOS U., y DE FÁTIMA, P. "Atlas de ITS. Manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento". (En línea). Disponible en: http://www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones/manual%20atlas%20its.pdf. (Revisado en Marzo de 2009).
3. CÁCERES, C. "Intervenciones para la prevención del VIH e ITS en América Latina y Caribe: una revisión de la experiencia regional". En: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6):1468-1485, nov-dez, 2004.
4. ESTRADA, J. "Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA". Acta bioeth. v.12 n.1 Santiago, 2006. (en línea) Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2006000100013&script=sci_arttext (Revisado marzo de 2009).
5. GTZ. "VIH, Embarazo y Salud Femenina". i-base. Londres, 2006.
6. MEDINA, G. "Juventud, cultura sexual y respuesta social al VIH-SIDA en Centroamérica y el Caribe". Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Argentina, 2006.
7. MELZI TAURO, F. "Los Derechos Sexuales y Reproductivos, Derechos Humanos de los y las adolescentes". UNFPA, Lima, 2004.
8. MSP. "Infecciones de transmisión sexual: pautas para el diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico". Programa Prioritario de ITS /SIDA. MSP. Montevideo, 2005.
9. OMS. "Estrategia mundial del Sector Sanitario para el VIH/SIDA". Organización Mundial de la Salud Ginebra, 2003.
10. ONUSIDA – Colombia. "Información básica sobre el VIH / SIDA". Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Oficina Colombia. Bogotá, 2006.
11. ONUSIDA. "Directrices de buena práctica participativa para ensayos biomédicos de prevención del VIH". Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Ginebra, 2008b.
12. ONUSIDA. "Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del sida. Recurso para las partes interesadas en la respuesta al VIH en los diferentes países". Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Ginebra, 2008a.
13. ONUSIDA. "Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH. Estudios de caso de intervenciones exitosas". ONUSIDA colección prácticas óptimas. Ginebra, 2005.
14. OPS - OMS. "Derechos humanos y VIH. Legislación, política y práctica en cinco países de Centroamérica". OPS – OMS, 2007.
15. OSIMANI M.L., VIDAL J. "Directrices básicas para la realización de consejería/orientación en VIH/Sida El mejor camino para la prevención, tratamiento y adherencia". MSP-OPS. Uruguay, 2006b.
16. OSIMANI M.L., VIDAL J. "Impacto en el género femenino del vih/sida". MSP-OPS. Uruguay, 2005c.
17. OSIMANI M.L., VIDAL J. "Infec-

ción por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH-SIDA). Guías para diagnóstico, tratamiento antirretroviral y monitorización adultos y embarazadas". MSP-OPS. Uruguay, 2006a.
18. PATZ, D. "La mujer y la infección por el VIH/SIDA: Estrategias de prevención y atención". Organización Panamericana de la Salud. Washington, 1999.
19. UNICEF "Mayor protección a los niños y niñas afectados por el SIDA". Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Nueva York, 2008b.
20. UNICEF. "La infancia y el SIDA: Segundo inventario de la situación". UNICEF, Nueva York, 2008.

Webs Consultadas:

1. Página de ONUSIDA de la República de Ecuador: http://www.onusida.ec/
2. Página de la International AIDS Society: http://www.iasociety.org/
3. Página del Grupo de Estudio de Sida SEIMC: http://www.gesida.seimc.org/
4. Página principal de ONUSIDA en español: http://www.unaids.org/es/default.asp
5. Página principal de UNICEF en español: http://www.unicef.org/spanish

3.7 Promoción de los derechos sexuales y reproductivos con énfasis en la participación adolescente

La salud sexual y reproductiva es una dimensión constitutiva y relevante en la vida de las personas. Las acciones que emprendemos en relación a estas temáticas desde un enfoque de derechos, género y diversidad contribuirán a la sensibilización y promoción de los derechos sexuales y reproductivos en las personas que intervengan en ellas.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos están en proceso de reconocimiento y legitimación a nivel mundial. Cabe señalar que los avances que se han logrado han sido gracias a los esfuerzos de los movimientos de mujeres y feministas que reivindicaron el derecho a decidir sobre sus propios cuerpos. Es a partir de las Conferencias Internacionales de Naciones Unidas que la salud sexual y reproductiva adquiere un lugar legítimo para el desarrollo de la población:

- En 1993, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena, son incorporados algunos de los Derechos Reproductivos en tanto Derechos Humanos, adquiriendo el carácter de interdependientes, universales e indivisibles respecto a los otros derechos humanos. Este hecho histórico da cuenta que la reivindicación de los derechos reproductivos ya no solo es por parte del movimiento de mujeres, sino que se integran a las conferencias de las Naciones Unidas.

"La Conferencia Mundial de Derechos Humanos reconoce la importancia del disfrute por la mujer del más alto nivel de salud física y mental durante toda su vida[…] la Conferencia reafirma, sobre la base de la igualdad entre hombres y mujeres, el derecho de la mujer a tener acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar…" (NACIONES UNIDAS, 1993: II.41).

• En 1994, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas realizada en El Cairo se constituye un hito fundamental en el camino hacia una nueva perspectiva de la sexualidad humana. *"La misma señaló nuevos rumbos y significó fundamentalmente un cambio de paradigmas en relación a los temas de población. Se introduce el concepto de Salud Sexual y Reproductiva como un Derecho Humano y se descentran los asuntos de población de la dimensión exclusivamente demográfica para introducirlo en el campo de la Salud, la Educación y los Derechos"* (LÓPEZ y QUESADA, 2002:9)

Es en esta instancia y también en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) que se define a la salud reproductiva como: *"un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Las personas son capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos…"* (Naciones Unidas CIPD Cairo, 1994:7.2).

Se define también que la salud sexual: *"está encaminada al mejoramiento de la vida y de las relaciones personales, y los servicios de salud sexual no deberían estar meramente orientados al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual."* (Naciones Unidas CIPD, 1994:7.2). En este sentido: *"todas las parejas y todas las personas tienen derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, educación y los medios necesarios para poder hacerlo. La atención en Salud Reproductiva incluye también la Salud Sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales"*. (Naciones Unidas CIPD, 1994)

El reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en tanto derechos humanos requiere fundamentalmente el compromiso y la voluntad política de los Estados. En dichas conferencias internacionales los Estados participantes se comprometieron a: *"adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción"* (Naciones Unidas CIPD ,1994: capítulo II.8).

Para que los derechos sexuales y los derechos reproductivos sean garantizados por el Estado, estos derechos deben ser promovidos. Para ello, todas las instituciones del Estado deben generar las condiciones materiales y simbólicas para su efectivo ejercicio. Entre las condiciones materiales se encuentra el acceso gratuito a los servicios y los insumos de salud sexual y reproductiva, la generación de condiciones de justicia social,

así como una educación sexual integral y de calidad. Las condiciones simbólicas se relacionan con las herramientas necesarias para la construcción de autonomía y empoderamiento en las personas para la libre toma de decisiones en tanto sujetos de derechos. Esto implica trabajar desde una perspectiva integral en Salud Sexual y Reproductiva en donde el sujeto humano sea concebido *"en su multidimensionalidad en tanto sujeto psíquico, social y cultural. Implica considerar su condición de género, clase social, edad y etnia, promoviendo el respeto a sus derechos, la no discriminación y la equidad"*. (LÓPEZ y QUESADA, 2002:10)

La reciente legitimación de estos derechos en la historia humana da cuenta de una realidad donde los derechos sexuales y los derechos reproductivos, lejos de estar garantizados, no son reconocidos por la población en general e incipientemente se toman en cuenta a la hora de elaborar políticas sociales. En este contexto es imprescindible la sensibilización y apropiación por parte de las personas de los derechos sexuales y los derechos reproductivos para la vivencia y disfrute de una sexualidad placentera, responsable y libre de prejuicios y estereotipos.

Promover, tal cual lo describe la Real Academia Española (RAE), significa *"iniciar o impulsar una cosa o un proceso, procurando su logro; tomar la iniciativa para la realización o el logro de algo"* (RAE. Disponible en http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=promover Revisado: abril 2009). Si pensamos en la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, creemos y deseamos que las personas puedan ejercer estos derechos, se busca de alguna manera la generación de capacidades individuales y la transformación de condiciones –contextuales y relacionales- para la toma de decisiones autónomas.

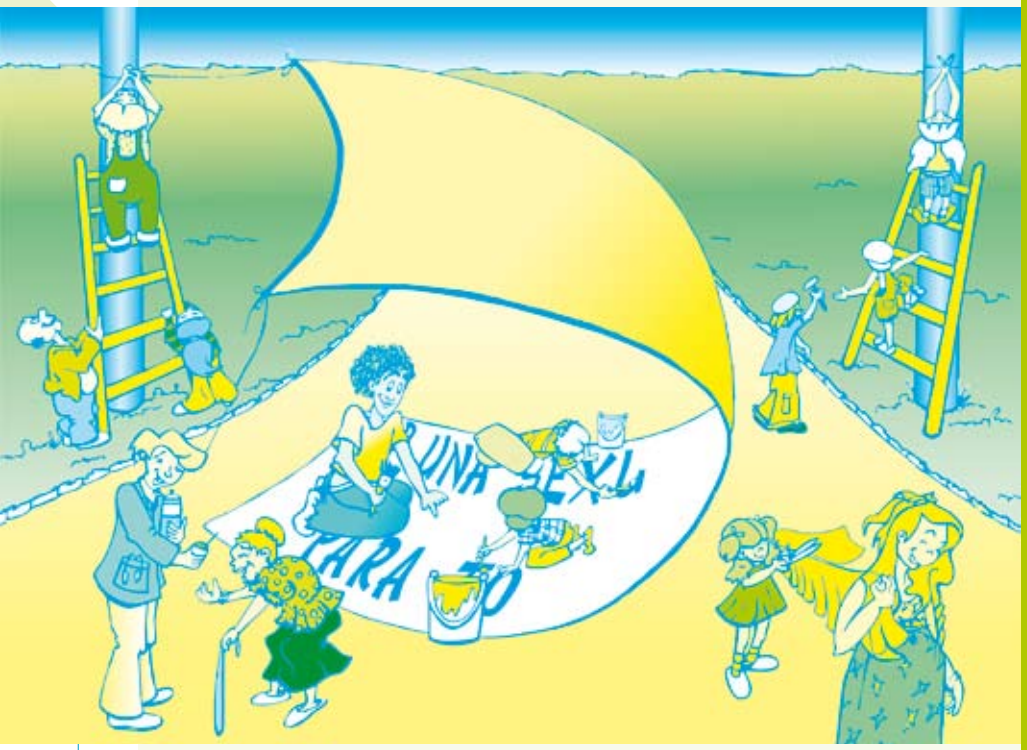
La promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos no es tarea exclusiva del sector salud, si bien cumple un rol relevante, es necesario la articulación y el compromiso activo de otros agentes socializadores como la educación, las familias, las comunidades y la sociedad civil entre otros para generar mayor integralidad desde la intersectorialidad en las políticas públicas en salud sexual y reproductiva.

El trabajo de promoción y sensibilización de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en cualquier ámbito y con cualquier tipo de población no se restringen a una franja etárea, en este sentido también en el Plan de Acción de El Cairo (1994), se da el reconocimiento explícito de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las y los adolescentes, en dicho documento se estableció que las y los adolescentes como sujetos de derechos que son, tienen derechos sexuales y derechos reproductivos. Más aún, enfatiza la grave situación de los mismos en dicha materia expresando que *"(...)los servicios de salud reproductiva existentes han descuidado en gran parte las necesidades en esta esfera de los adolescentes como grupo. La respuesta de las sociedades a las crecientes necesidades de salud reproductiva de los adolescentes debería basarse en información que ayude a estos a alcanzar el grado de madurez necesario para adoptar decisiones en forma responsable. En particular, deberían facilitarse a los adolescentes información y servicios que les ayudarán a comprender su sexualidad(...)"* (Naciones Unidas CIPD ,1994:7.41)

Creemos que generar espacios de formación e intercambio concernientes a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes es clave para su pleno desarrollo, colectivo que no siempre ha sido tenido en cuenta desde el mundo adulto y desde las instituciones como un actor con capacidad de decidir e incidir en sus vidas y en la realidad social.

"El proceso de la adolescencia supone el pasaje de mayores grados de dependencia a mayores grados de autonomía. Dependencia que es del orden afectivo-sexual, social y económica, y autonomía que es del orden afectivo-sexual, social y económica. Para la construcción de mayores grados de autonomía en sus diferentes dimensiones es necesario crear condiciones habilitantes y posibilitadoras de este proceso. Es por ello que el campo de la Salud Sexual y Reproductiva de los y las adolescentes constituye un asunto de primera índole en el desarrollo pleno de las personas." (LÓPEZ, 2000:5).

El trabajo con esta población implica reconocer que los y las adolescentes son seres sexuados con derecho a una sexualidad placentera y que si bien muchas personas manifiestan reconocer que los adolescentes tienen ciertos derechos, en la práctica prevalecen las normas sociales que valoran lo que es "bueno o malo", "correcto o incorrecto" en el comportamiento de los y las adolescentes.



Existe un doble discurso, en el que se mantiene la censura social hacia la vivencia sexual de los adolescentes y que se relaciona directamente en cómo surge la categoría de adolescencia. A finales del siglo XIX en los países occidentales, se define a la adolescencia como una etapa vital de transición de la niñez a la vida adulta donde los varones adolescentes se preparaban para el mercado laboral a través de la educación formal y las mujeres adolescentes se preparaban para el ámbito doméstico y para su doble rol de madre-esposa. Es decir la adolescencia poco tenía que ver con el presente de las personas que la transitaban en esa época, todo lo contrario, era concebida como un medio para prepararse mejor para el futuro, para la vida adulta. Este modelo hegemónico y adultocéntrico no preveía para los adolescentes el ejercicio de la sexualidad con fines placenteros, la sexualidad se relegaba exclusivamente para la vida adulta priorizando la función reproductiva de la misma.

Actualmente aún convivimos con resabios de ese modelo moderno tradicional y aún existen mitos en torno a "la adolescencia" que la constituyen como etapa problema donde se percibe ésta como transición, como crisis ligándola a "proble-

mas sociales" como adicciones, iniciación de relaciones sexuales prematuras que conllevan a embarazos no planificados y no deseados, infecciones de transmisión sexual, irresponsabilidad, violencia. Estos supuestos problemas también son construidos socialmente entre todos y todas y generalmente desde nuestra visión como adultos diagnosticamos a la adolescencia como riesgo y amenaza.

Sin embargo, centrar nuestras acciones en el desarrollo de los y las adolescentes resulta estratégico. Esto va a depender del grado de conocimiento de las necesidades y demandas específicas de cada adolescente, según el momento, condiciones y circunstancias particulares que están viviendo. La adolescencia no implica un proceso vital homogéneo e idéntico en los sujetos que la transitan, sino por el contrario, "las adolescencias" son una construcción sociocultural que varían de acuerdo a la clase social, al sexo, la etnia y el entorno. Es por tanto una etapa del ciclo vital, con características, necesidades y demandas específicas en distintas áreas como la salud, la sexualidad, la afectividad, la educación, el tiempo libre, entre otras.

En este sentido creemos pertinente y urgente poder hacer un aporte real para que los adolescentes sean tomados en cuenta, sean escuchados y respetados desde un enfoque que habilite la participación activa en diversas esferas de lo social. La promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos es una de las formas que aportan al proceso de construcción de capacidades individuales y colectivas para que los y las adolescentes se asuman como personas con derechos, con habilidades para negociar, influir y tomar decisiones sobre las circunstancias y situaciones deseadas y no deseadas vinculadas al ejercicio de su sexualidad. Significa expandir su libertad de escoger y de actuar en el marco del respeto de sus derechos y del reconocimiento de las responsabilidades que acompañan éstos.

Aquí entra en juego un concepto sustancial para el ejercicio de los derechos por parte de los adolescentes y es el concepto de autonomía y empoderamiento, entendido como: *"la generación de condiciones que posibiliten un proceso de construcción del autocuidado sobre la base del autoconocimiento y disfrute del propio cuerpo, el ejercicio pleno de derechos sobre la base del respeto y la integración del otro en tanto también sujeto de derechos. En este campo, empoderamiento significa entonces sentirse y considerarse con poder para tomar decisiones sexuales y reproductivas autónomas y responsables, respetuosas e informadas"* (LÓPEZ, 2000:4).

Para esto es necesario articular los esfuerzos de los agentes clave de la comunidad para realizar acciones conjuntas que favorezcan la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Esto implica un cambio en la visión de los profesionales de los servicios de salud sobre la función de dichos servicios. En ese sentido, es crucial que se otorgue tanta importancia a la promoción como a la asistencia, identificar las barreras que obstaculizan el acceso de las y los adolescentes a servicios dedicados a la atención y promoción de la salud sexual y reproductiva.

Consideramos que el rol del sistema educativo formal, no formal y del sistema de salud adquieren una importancia primordial en la orientación y asistencia de los adolescentes para acompañar sus múltiples y diversas vivencias sexuales y para promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Para ello deben existir espacios educativos adecuados y de calidad y servicios de salud accesibles, amigables y confiables. Deben ofrecer calidad de atención, estar adecuados y diseñados según las características y necesidades de los propios adolescentes.

El trabajo con adolescentes implica la re-creación de la típica relación vertical y unidireccional del adulto técnico (dueño del saber-poder) y el adolescente pasivo. Se trata de entablar un diálogo horizontal recíproco que se centre en lograr la equidad y la igualdad de oportunidades y recursos desde una mirada y un accionar integral con enfoque de derechos, género y diversidad.

"Estimular y acompañar en las y los adolescentes el proceso de toma de decisiones sexuales y reproductivas informadas implica para el mundo adulto y sus instituciones reconocer efectivamente que los y las adolescentes son seres sexuados/as y que tienen derechos en este campo. Es también reconocer que los mismos tienen necesidades y demandas específicas y que es responsabilidad del mundo adulto y sus instituciones generar las condiciones para que éstas puedan encontrar respuestas". (LÓPEZ y QUESADA, 2002:5)

Es indudable que los derechos sexuales y los derechos reproductivos están en construcción, en lo que respecta a su incorporación en las leyes y reglamentos, en los acuerdos internacionales, en la aceptación social y cultural, y principalmente en nuestra vida cotidiana.

Las decisiones sobre sexualidad y reproducción no se realizan en el vacío, tienen implicancias en las relaciones con otros y otras: esposos y esposas, compañeros y compañeras, familias, sociedad. Estas decisiones requieren ciertas condiciones sociales que puedan hacer posible su cumplimiento. No todas las personas tienen similares posibilidades de acceso a información oportuna y adecuada, servicios de salud de calidad, anticonceptivos, espacios educativos, de consulta y asesoramiento. Las diferencias no se presentan sólo entre varones y mujeres, sino también entre mujeres y entre varones y dependen también de la etapa de vida en que se encuentren cada uno y cada una.

Si bien el nivel socioeconómico determina la forma en que ejercemos nuestros derechos o no y la forma en que se vulneran estos, también existen condicionantes culturales, mitos, creencias y valores que permean todas las clases sociales y que afectan directamente en cómo decidimos sobre nuestro cuerpo, nuestra sexualidad y las decisiones reproductivas. A modo de ejemplo, algunas creencias: "los niños no tienen sexualidad", "los adultos mayores tampoco tienen sexualidad", "los adolescentes son irresponsables", "las mujeres en algún momento de su vida serán madres", "el embarazo en la adolescencia siempre es un problema", "la mujer que lleva condones es una regalada". Existe un sinnúmero de mitos y creencias arraigadas en nosotros y nosotras, que son necesarios reconocerlos para luego problematizarlos.

Es importante generar dinámicas y espacios para reflexionar en conjunto con el grupo: ¿cuáles son las causas en este grupo que hacen que no podamos ejercer nuestros derechos sexuales y reproductivos libremente?, ¿qué recursos tiene el barrio, la comunidad y nosotros mismos para defender y ejercer nuestros derechos sexuales y nuestros derechos reproductivos?, ¿qué rol juegan los y las adolescentes en la promoción de estos derechos?, ¿de qué forma podemos participar para exigir y ejercer esos derechos?, ¿varones y mujeres ejercen de la misma forma sus derechos?

Por lo tanto, es imprescindible discutir y reflexionar colectivamente en torno a la construcción cotidiana del ejercicio de estos derechos, acerca de cuáles son las condiciones necesarias para la aplicación de los mismos en cada realidad particular, sensibilizar desde el

respeto, la no discriminación y reconociendo al otro como sujeto de derechos.

Si no revisamos nuestra vida cotidiana en la que estamos inmersos, atravesada por valores culturales hegemónicos en relación a la sexualidad y por modelos hegemónicos de ser varón y ser mujer, difícilmente generemos insumos que permitan entablar relaciones más democráticas para el pleno ejercicio de los derechos de las personas con las que trabajemos.

Dicho esto, entendemos que el gran desafío es poder encontrar las estrategias y las acciones más efectivas que podamos desplegar en pos de que las personas reconozcan sus derechos sexuales y los derechos reproductivos para así poder ejercerlos. También sabemos que no basta meramente con identificar cuáles son nuestros derechos para ponerlos en práctica, son necesarios los espacios y condiciones sociales para defenderlos, exigirlos y luego ejercerlos, así como también necesitamos detectar con claridad cuáles son las limitaciones culturales y las barreras sociales que vulneran estos derechos y sientan bases desiguales para unos y para otras en el ejercicio de los mismos.

La participación adolescente como medio y como fin para promover los derechos sexuales y los derechos reproductivos:

Participar implica ser parte, es decir; tener voz e incidencia en las decisiones conjuntas que hayan de tomarse en un grupo dado o en los procesos de toma de decisión en mi vida concreta. Por otro lado participar significa ser activos, interpelar, movernos, concretar acciones que generen cambios en un contexto determinado y que implique una interacción con otros y otras.

Puede entenderse como medio para un fin determinado o como fin en sí misma en el marco del desarrollo de capacidades de acción básicas para una convivencia democrática.

La participación se aprende y se ejercita. Podríamos hablar de diferentes niveles de participación, a modo de ejemplo, se puede participar de un taller de formación a través del intercambio de opiniones o a través del juego, se puede participar en un grupo que genera estrategias de comunicación en torno a una temática específica hacia otros grupos, se puede participar a nivel político partidario e incidir en las políticas en salud sexual y reproductiva para jóvenes, entre otras. Es decir existen diversas formas y espacios de participación que varían en función de lo que quiero y puedo hacer.

Las habilidades sociales que nos permiten participar no son innatas a los sujetos sino que se incorporan mediante la interacción colectiva, más aún pueden 'entrenarse' trabajando intencionalmente en ellas. Este es otro punto de interés para el trabajo con jóvenes y la promoción de la participación entendida como ingrediente indispensable para la formación de habilidades sociales y lo procesos de construcción de autonomía. Estas habilidades dependen del entorno sociocultural y la interacción con este.

Estas habilidades para la participación refieren en primer lugar a la autoestima, que implica un conocimiento y manejo conciente de la autoimagen, así como en las relaciones con los otros, la toma de decisiones, que se relaciona con la capacidad de elegir entre alternativas ante las acciones así como sus posibles consecuencias. En segundo lugar la comunicación, en tanto hace referencia a las posibilidades de expresar y escuchar opiniones, conocimientos y creencias de forma adecuada y

pertinente en diversos contextos; implica saber argumentar, dialogar y debatir ideas propias y ajenas manejando concientemente aspectos afectivo-emocionales. Y en tercer lugar deben existir los espacios y las condiciones dadas para que los y las adolescentes puedan adquirir estas habilidades que emprendan procesos participativos.

La participación tiende a confundirse muchas veces con el estar y escuchar, pero es importante distinguir en la implementación de proyectos con adolescentes que promover su participación implica bastante más que proponerles objetivos y acciones previamente diseñadas. Más aún, en consonancia con lo anteriormente expuesto, la participación de los adolescentes implica abrir el espacio a encontrar y comprender sus formas particulares de pertenecer, decir y actuar, premisa indispensable para la promoción de una participación en pos de objetivos comunes.

Desde nuestra experiencia de trabajo con adolescentes, en varias ocasiones ellos y ellas han reflexionado sobre la participación, manifestando que las instituciones generan propuestas y convocatorias poco atractivas donde las formas de participación que se promueven no son efectivas y ni reales (donde ellos puedan definir desde el inicio su lugar en cierta actividad).

También hemos constatado que los adolescentes reclaman la existencia de un referente adulto que pueda acompañar y apoyar los procesos de incidencia que en la comunidad van generando. Desde los adolescentes se identifica la importancia de participar definiendo objetivos, apropiándose de la información, manejando recursos y ejecutando las acciones planificadas, pero no solos sino con el apoyo de los adultos.

Por otro lado, la imposibilidad de generar espacios con condiciones habilitantes y posibilitadoras repercute en la conformación grupal de los adolescentes en la medida que no encuentran lugares físicos donde nuclearse, ni recursos económicos para desarrollar lo que el grupo se plantea como metas y tareas.

Un aspecto fundamental desde la mirada de los grupos de adolescentes es el disfrute y la diversión haciendo lo que se propongan. Por ello, consideramos fundamental respetar que todos los emprendimientos y tareas que realicen sean sentidas como válidas y gratificantes para sus integrantes.

Estas reflexiones que los adolescentes hacen deben ser tomadas en cuenta para repensar qué participación quieren los propios adolescentes y cuáles son las limitantes y dificultades que los grupos que ya vienen trabajando encuentran en las propuestas de participación que les ofrecemos.

El desafío está en generar estrategias creativas y diferentes de convocatoria donde los adolescentes tengan interés y motivación de participar y puedan definir desde el inicio cuál va a ser su rol en el proceso.

Finalmente, un reto importante que enfrenta el trabajo en la participación adolescente una vez que se identifican logros alcanzados, es el de la sostenibilidad de los mismos. Creemos que las alianzas, el nivel de compromiso y la capacidad organizativa generada en los actores involucrados tanto adolescentes como adultos, es una garantía importante, pero que debe ser fortalecida en el futuro a través de nuevas intervenciones.

Bibliografía:

1. ABRACINSKAS, L. y LÓPEZ, A. "Mortalidad Materna, Aborto y Salud en Uruguay. Un escenario cambiante". MYSU. Montevideo., 2004.
2. ARILHA, M. "Derechos Sexuales y Reproductivos en el marco de los Derechos Humanos: un reto para las reformas del sector salud". Ponencia en curso Adaptándose al Cambio: Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y Reforma del Sector Salud. Mérida.1999.
3. ÁVILA, Mª B. "Reflexiones sobre los derechos reproductivos". En: Cladem (Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los Derechos de la Mujer) III Seminario Regional, Derechos sexuales, derechos reproductivos, derechos humanos. Lima, 2002.
4. BARRÁN, J. P. "Historia de la sensibilidad en el Uruguay". Tomo 2. El disciplinamiento. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, 1991.
5. BERRIEL, F., PAREDES, M. y PÉREZ, R. "Adultos mayores". En: "Estudio sobre la reproducción biológica y social de la población uruguaya: una aproximación desde la perspectiva de género y generaciones. Fase Cualitativa" UNFPA-PNUD-MSP-IMMINE-UDELAR-MYSU. Montevideo, 2006.
6. CARRIÓ, E. Y MAFFÍA, D. (comps.) "Búsqueda de sentido para una nueva política". Instituto Hannah Arendt. Paidós. Buenos Aires, 2005.
7. CASTRO, R. y MIRANDA, C. "La reproducción y la anticoncepción desde el punto de vista de los varones: algunos hallazgos de una investigación en Ocuituco (México)". Coloquio latinoamericano sobre varones, sexualidad y reproducción. Zacatecas. México, 1995.
8. CORREA, S. "Los derechos sexuales y reproductivos en la arena política. Campaña por la defensa de la salud reproductiva en Uruguay". MYSU/REPEM-DAWN. Montevideo, 2003.
9. DUBY, G. Y PERROT, M. "Historia de las Mujeres". El siglo XX. Taurus. Madrid, 1993.
10. FIGUEROA PEREA, J. G. "Elementos para interpretar la relación entre la salud, la reproducción y la sexualidad en la especificidad de los varones". En: Revista Cuadernos en Salud Pública. Brasil, 1996.
11. FOUCAULT, M. "Historia de la sexualidad. Tomo 1 La voluntad del saber". Siglo XXI. México, 1991.
12. GÜIDA, C. "Las prácticas de género y las prácticas excluyentes de los varones en el campo reproductivo". En "Primer Encuentro Universitario Salud, Género, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos". Edición Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género y Editorial Rosgal. Montevideo, 2003.
13. GÜIDA, C. "Equidad de género y políticas públicas en Uruguay: Avances y resistencias en contextos complejos", ponencia en el encuentro "Políticas Públicas y Masculinidad". PUEG-UNAM México, 2002.
14. KAUFMANN, P. "Lo inconsciente de lo político". Fondo de Cultura Económica. México, 1982.
15. LANGER, A. "Panorama de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en América Latina y el Caribe a lo largo del ciclo de vida: cuestiones prioritarias para políticas y programas". Ponencia en curso "Adaptándose al Cambio: Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y Reforma del Sector Salud". Mérida. 2004.
16. LÓPEZ GÓMEZ, A., BENIA, W., GÜIDA, C., CONTERA, M. y ECHEBESTE, L. "Del enfoque materno infantil al enfoque en salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas" Edición Facultad de Psicología. Universidad de la República-UNFPA. Montevideo, 2003.
17. LÓPEZ GÓMEZ, A. "Derechos sexuales y reproductivos de las y

los adolescentes (En la construcción del autocuidado y la autonomía en las prácticas sexuales y decisiones reproductivas)". Centro de Formación y estudios INAU, Montevideo, 2000.
18. MILLER, A. "Las demandas por derechos sexuales". En: Cladem (Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los Derechos de la Mujer). III Seminario Regional "Derechos sexuales, derechos reproductivos, derechos humanos". Lima, 2002.
19. PETCHESKY, R. (s/f) Derechos sexuales. Inventando un concepto, trazando el mapa de la práctica internacional. Versión electrónica. Accedido en http://www.convencion.org.uy/menu8.htm
20. PICHÓN RIVIERE, E. Y PAMPLIEGA DE QUIROGA, A "Psicoanálisis de la vida cotidiana". Nueva Visión. Buenos Aires, 1985.
21. LÓPEZ, A. y QUESADA, S. "Guía Metodológica. Material de apoyo en salud sexual y reproductiva con enfoque de género a Equipos Técnicos de los Centros CAIF". Gurises Unidos – CAIF – UNFPA. Montevideo, 2002.
22. SEN, G. El empoderamiento como un enfoque a la pobreza. Arriagada y Torres (editoras) Género y Pobreza Nuevas Dimensiones, ISIS Internacional. Santiago, 1998.
23. SENNET, R. "El respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad". Anagrama. Barcelona, 2003.
24. UNFPA. Advocaci: Derechos sexuales y reproductivos en la perspectiva de los derechos humanos. Síntesis para gestores, legisladores y operadores del Derecho. Advocacia cidadâ pelos direitos humanos. UNFPA. Brasil, 2003.
25. VENTURA, M. "Dilemas y desafíos en derechos sexuales y reproductivos". En: Primer Encuentro Universitario: Salud, Género, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Cátedra Libre en salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología, Universidad de la República. Montevideo, 2003.
26. VITALE PARRA, A. "Adolescentes y sexualidad en la prensa escrita". En: "Adolescentes y sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995-2004)". Cátedra libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología, Universidad de la República. Montevideo, 2005.

Documentos consultados

1. UNFPA-PNUD-MSP-IMM-INE-UDELAR-MYSU. "Estudio sobre la reproducción biológica y social de la población uruguaya: una aproximación desde la perspectiva de género y generaciones". Montevideo, 2006.
2. NACIONES UNIDAS. "Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Declaración y Programa de Acción". Viena, 1993. Disponible en: http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.Sp?OpenDocument (Revisado: abril 2009).
3. NACIONES UNIDAS. "Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer". Beijing, 1995. Disponible en: http://www.cinu.org.mx/biblioteca/documentos/dh/ConfBeijing1995.htm (Revisado: abril 2009).
4. NACIONES UNIDAS. "Programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo". El Cairo, 1994 Disponible en: http://unfpa.org/spanish/icpd/icpd_poa.htm#ch1 (Revisado: abril 2009).
5. Página web de la Real Academia Española. Disponible en: http://www.rae.es (Revisado: abril 2009).

Luego de muchos años de trabajo en el campo de la sexualidad y el género, desde Gurises Unidos hemos corroborado que hay muchas personas en todo el país interesadas en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la construcción de una sociedad más justa e igualitaria, libre de estereotipos de género. Educar, como estrategia para el logro de estos objetivos, es un desafío que emprenden día a día profesionales de varias áreas, referentes comunitarios y adolescentes en todo el país.

Este material busca ser un aporte para desarrollar esta tarea que consideramos tan importante. Como su título indica son apuntes que recorren conceptual e ideológicamente varios de los contenidos centrales sobre sexualidad que trabajamos en nuestras actividades. Cada contenido está desarrollado suficientemente como para contar con toda la información básica necesaria para trabajar los temas presentados y fueron enriquecidos con recomendaciones prácticas para el manejo de los mismos surgidas de nuestra vivencia.

Invitamos a todas/os las/os que cotidianamente emprenden la tarea de trabajar en esta área, y a todas/os las/os que quieran empezar a hacerlo, a revisar este material y hacerlo dialogar con la práctica, tratándolo como se trata a los apuntes: subrayando, tachando, agregando, desechando y llevándolos en la mochila para cuando los precisen.