

Salud y adolescencias LGBTI

HERRAMIENTAS DE ABORDAJE INTEGRAL
PARA EQUIPOS DE SALUD

Dirección de Adolescencias
y Juventudes



Ministerio de Salud
Argentina

Salud y adolescencias LGBTI

Herramientas de abordaje integral para equipos de salud



Elaboración de contenidos:

Matías de Stéfano Barbero,
Martín Boy.

Coordinación:

Juan Carlos Escobar,
Agostina Chiodi.

Colaboraciones:

Constanza Díaz, Mariana
Vázquez, Eugenia Soubies,
Matías Muñoz (DIAJU),
Daniela Giacomazzo, Jonatan
Casas, Mario Pecheny.

Corrección:

Josefina Itoiz.

Diseño y diagramación:

Magdalena Fumagalli.

Agradecimientos:

A FUSA AC por su aporte
en el capítulo: “Dinámicas
para abordar la diversidad
sexual y de expresión e
identidad de género con
adolescentes”.

Ministerio de Salud de la Nación
Salud y adolescencias LGBTI : herramientas
de abordaje integral para equipos de salud /
2a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires:
Ministerio de Salud de la Nación ; UNICEF,
2021. 120 p. ; 31 x 21 cm.

ISBN 978-950-38-0295-3

1. Acceso a la Salud. 2. Derecho a la Salud.
3. Adolescente. I. Título. CDD 362.78

Revisión:

Thomas Casavieja y Alan Otto Prieto (Capi-
cúa Diversidad); Soledad Cutuli (Instituto de
Ciencias Antropológicas de la Facultad de
Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos
Aires); Anahí Farji Neer (Instituto de Inves-
tigaciones Gino Germani de la Facultad de
Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos
Aires/CONICET); Valeria Paván (Comunidad
Homosexual Argentina); Federación Argentina
de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans (FAL-
GBT); Chicxs KIDZ; Silvia Oizerovich, Gabriela
Perrotta, Matías Ostropolsky, Victoria Pedrido,
Irina Perl, Yamila Haddad (Programa Nacional
de Salud Sexual y Procreación Responsable);
Sergio Maulen, Alejandra Gaiano, Sergio Martini
(Dirección Nacional de SIDA y ETS); Sandra
Magirena (SAGIJ); Carlos Sanz (Sección Ado-
lescencia del Hospital General de Niños Pedro
de Elizalde); Rosa Pappolla (CESAC 39, Hospi-
tal General de Agudos J. M. Penna).

En esta nueva edición, se actualizó el marco
normativo, para adecuarlo a la legislación
vigente en torno a los derechos de los y las
adolescentes LBGTI. La primera edición del
documento fue elaborada en el año 2017,
cuando la actual Dirección de Adolescencias y
Juventudes (DIAJU) era el Programa Nacional
de Salud Integral en la Adolescencia. Tanto la
DIAJU como las otras áreas citadas en este do-
cumento se corresponden con el organigrama
del Ministerio de Salud de la Nación al año de
su primera edición. No obstante, el listado de
instituciones que ofrece el capítulo 6 ha sido
actualizado al organigrama vigente al momen-
to de la presente edición.



AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Alberto Fernández

Ministra de Salud

Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud

Sandra Tirado

Subsecretario de Estrategias Sanitarias

Juan Manuel Castelli

Director Nacional de Abordaje por Curso de Vida

Marcelo Daniel Bellone

Director de Adolescencias y Juventudes

Juan Carlos Escobar

Tabla de contenidos

05	PRÓLOGO	36	2.5. Barreras generales en la atención a adolescentes LGBTI dentro del sistema de salud: neutralización, evitación, segregación y exotización	70	04 DINÁMICAS PARA ABORDAR LA DIVERSIDAD SEXUAL Y DE EXPRESIÓN E IDENTIDAD DE GÉNERO CON ADOLESCENTES
06	INTRODUCCIÓN	38	2.6. Barreras específicas en la atención a adolescentes LGBTI		
	01	44	2.7. Recomendaciones generales para equipos de salud		
09	CONCEPTOS Y HERRAMIENTAS TEÓRICAS				05
	02			88	RECURSOS AUDIOVISUALES
24	SALUD Y ADOLESCENCIAS LGBTI	46	03 ATENCIÓN CLÍNICA A ADOLESCENTES LGBTI		
25	2.1. ¿Grupos de riesgo o factores de vulnerabilidad?	48	3.1 Atención general a adolescentes LGBTI	96	06 INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL
26	2.2. El “estrés de la minorización”	62	3.2 Atención específica a adolescentes LGBTI según orientación sexual e identidad de género.		
28	2.3. Vulnerabilidades específicas en adolescencias LGBTI	66	3.3. Recomendaciones para la atención clínica a adolescentes LGBTI	104	07 MARCO NORMATIVO
34	2.4. Barreras generales dentro del sistema de salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad	69	3.4. Recomendaciones para la asesoría de familiares y/o cuidadorxs de adolescentes LGBTI	116	BIBLIOGRAFÍA

Prólogo

A modo de bienvenida, desde el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia y en nombre del equipo que ha trabajado en esta publicación, queremos expresar el profundo orgullo que nos genera poder ofrecer a todos los equipos de salud del país este material, fruto del arduo trabajo en el que han participado directa e indirectamente muchísimas personas y organizaciones de la sociedad civil. El objetivo fundamental de esta publicación no es otro que el de contribuir a la restitución del históricamente vulnerado derecho a la salud de lxs adolescentes lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex (LGBTI) en nuestro país. Para esto, resulta de vital importancia acercarnos a ellxs desde una perspectiva de salud integral. Es decir, poniendo en diálogo la diversidad de experiencias, percepciones y cuerpos de lxs adolescentes con sus necesidades e inquietudes personales, pero también con sus contextos familiares, socioeconómicos, culturales, étnicos y educativos, sin perder de vista que dichos contextos son los que históricamente lxs han hecho sufrir diferentes formas de discriminación y violencia. Desde esta mirada, nos referiremos a “las adolescencias” en plural, en cuya heterogeneidad contemplamos específicamente la diversidad sexual y de expresión e identidad de género.

Nuestro país cuenta con un extenso marco jurídico que garantiza el ejercicio del Derecho a la Salud de lxs adolescentes en general y también de los adolescentes LGBTI. Sin embargo, sabemos que

existen numerosas barreras al ejercicio pleno de este derecho que se originan fundamentalmente en el desconocimiento, los prejuicios, las concepciones y las creencias de los equipos de salud.

Por ello, en este documento ofreceremos herramientas que proponen partir de una reflexión profunda sobre la forma en la que nos relacionamos con lxs adolescentes en general y con lxs adolescentes LGBTI en particular. Herramientas que no pretenden, ni podrían, transformarse en protocolos de intervención. Muy por el contrario, este material está diseñado para introducir una nueva mirada y ofrecer elementos para que cada encuentro con unx adolescente sea una oportunidad para construir lazos basados en el respeto, la confianza y la empatía y así establecer vínculos que nos permitan conocer sus preocupaciones y malestares, pero también sus motivaciones, deseos y proyectos.

Confiamos en que cada integrante de los equipos de salud, a lo largo y ancho de nuestro país, se dejará interpelar frente a la diversidad para, de esta manera, contribuir a alcanzar prácticas de salud más equitativas y libres de toda forma de discriminación.

Dr. Juan Carlos Escobar

Coordinador

Director de Adolescencias y Juventudes.

Introducción



Para diseñar e implementar intervenciones adecuadas a cada caso, los equipos de salud debemos tener en cuenta la diversidad de adolescencias LGBTI, sus singularidades y vulnerabilidades específicas construidas socioculturalmente. Es importante advertir entonces que algunxs¹ adolescentes precisarán que nuestra atención esté centrada en el acompañamiento de la salida del *closet* y del proceso de visibilización de su orientación sexual, expresión y/o identidad de género en el ámbito familiar, social, escolar o laboral; otrxs quizá necesiten información sobre el cambio de nombre registral, la modificación de caracteres sexuales secundarios o la hormonización; muchxs también se acercarán a nuestros equipos de salud buscando escucha, asesoramiento y atención sobre cuestiones que no están relacionadas necesariamente con la diversidad sexual, de expresión y/o de identidad de género. Sin embargo, no tener en cuenta estas cuestiones al brindar nuestra atención puede desembocar en la vulneración de su derecho a la salud.

Debemos destacar que bajo ningún aspecto existe una atención “diferente” para adolescentes LGBTI que pueda distinguirse de la atención en salud integral a adolescentes.² Nuestra propuesta pretende construir un marco de atención en salud integral que comprenda simultáneamente e interseccionalmente la diversidad sexual, de expresión e identidad de género, pero también la diversidad de clase social, étnica, funcional, cognitiva, idiomática, religiosa, ideológica y todas cuantas diversidades puedan expresarse, sin perder de vista la singularidad de cada una de ellas y los contextos en los que se inscriben.

Consideramos fundamental comenzar este material ofreciendo los **conceptos y herramientas teóricas** que cimientan la perspectiva de reflexión y atención que se ofrece a lo largo de estas páginas. En este capítulo se definen cuestiones fundamentales como la perspectiva de salud integral, los deseos fluidos, la diversidad sexual, la expresión e identidad de género, pero también

1. Al igual que otros documentos elaborados por organismos públicos de Argentina, por ejemplo, la publicación *Atención de la Salud Integral de Personas trans* (2015), este material cuestiona el binarismo del sistema sexo-género y por ese motivo no se han utilizado pronombres como “el” y “la”, sino que se han marcado con una “x” las vocales que generan los pronombres, reconociendo y visibilizando así los paradigmas e identidades que cuestionan el sistema binarista.

2. Ver Ministerio de Salud de La Nación, PNSIA (2012).

otras experiencias y contextos que configuran las diferentes adolescencias, así como las estructuras sociales y culturales en las que se inscriben los prejuicios y estereotipos que constituyen las prácticas discriminatorias y estigmatizantes sobre las adolescencias LGBTI, muchas veces originadas en su histórica relación con el sistema de salud.

Esta perspectiva crítica continúa desarrollándose en el capítulo 2, denominado **“Salud y adolescencias LGBTI”**, donde se señalan los procesos de minorización, estigmatización y discriminación como causales de los principales factores de vulnerabilidad que afectan a lxs adolescentes LGBTI. Los procesos sociales de discriminación alimentan las barreras generales y específicas a las que lxs adolescentes LGBTI se enfrentan a la hora de acceder a una atención en salud integral de calidad. Este apartado finaliza con una serie de recomendaciones generales para equipos de salud que puede favorecer tanto la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del servicio, así como reducir las conductas de neutralización, evitación, segregación y exotización de lxs adolescentes LGBTI para propiciar una atención libre de mitos, prejuicios, omisiones, discriminación y patologización.

El capítulo **“Atención clínica a adolescentes LGBTI”** incluye lineamientos para la realización del examen periódico de salud (EPS), el acompañamiento y asesoramiento durante el proceso de visibilización y salida del *closet*; información y recomendaciones sobre las prácticas de sexo anal y el uso de preservativos y campos de látex, la reducción de riesgos en prácticas sexuales sin protección, diagnóstico y tratamiento de ITS y recomendaciones sobre el uso de juguetes sexuales.

A continuación, se ofrecen recomendaciones para la atención específica a adolescentes LGBTI según su orientación sexual, expresión e identidad de género: atención ginecológica, ocultamiento de mamas, uso de orinadores, terapias de sustitución hormonal, aumento de busto, ocultamiento de genitales y modificación de caracteres sexuales secundarios. Finalmente, a modo de resumen y sistematización de este apartado, se propone una serie de sugerencias para la atención clínica a adolescentes LGBTI y para la asesoría de sus familiares y/o cuidadorxs.

Para llevar más allá del consultorio la perspectiva de atención en salud integral a adolescentes LGBTI y fomentar la reflexión y la deconstrucción de los prejuicios y estereotipos que cimientan la discriminación por orientación sexual, expresión e identidad de género, en el cuarto capítulo se ofrecen **dinámicas para abordar la diversidad sexual y de expresión e identidad de género con adolescentes**.

En el capítulo quinto se presenta una selección de **recursos audiovisuales** para apoyar y reforzar el contenido teórico y práctico de este material. Recursos que pueden ser de utilidad tanto para sensibilizar a lxs miembrxs de nuestros equipos de salud como para ofrecer referencias y experiencias a lxs adolescentes LGBTI con que trabajamos.

Para desarrollar y afianzar una perspectiva de atención en salud integral, resulta fundamental la articulación de la atención en salud con las diversas **instituciones y organizaciones de la sociedad civil**. Con el objetivo de fomentar la interdisciplinariedad e intersectorialidad se ofrece

un listado de las instituciones y organizaciones de la sociedad civil a nivel nacional con las que podemos contar para complementar nuestra atención e informarnos sobre lo que no sabemos.

Llegando al final de esta publicación se encuentra el **marco normativo** nacional, regional e internacional que describe los lineamientos y las políticas públicas vigentes. Este marco sustenta la base de nuestras intervenciones como equipos de salud comprometidos con el derecho a la salud de lxs adolescentes LGBTI.

Finalmente, se ofrece la **“Bibliografía”** consultada y citada para la elaboración de este documento. Con el objetivo de facilitar y promover su consulta, se ha procurado hacer accesibles todas las publicaciones citadas que están disponibles en internet, indicando los enlaces correspondientes.

Esperamos entonces contribuir con este material a que cada adolescente, en su diversidad y singularidad, encuentre en los equipos de salud una atención accesible, de calidad y libre de discriminación, que garantice y vele por el respeto de sus derechos fundamentales.



CAPÍTULO 1

Conceptos y herramientas teóricas

#1



1.1.

Salud adolescente: cuerpos en contexto o contextos en cuerpos

A finales de la década de 1960, el mundo se encontraba en pleno proceso de cambio por las demandas anticapitalistas, antipatriarcales y antiracistas impulsadas por diversos movimientos sociales. La aparición de la pastilla anticonceptiva posibilitó que las mujeres tuvieran un mayor control sobre la planificación familiar; los movimientos estudiantiles se organizaron en pos de sistemas educativos más democráticos; se inició el feminismo de la segunda ola³ con los aportes de Simone de Beauvoir; se masificaron los ideales revolucionarios. En ese contexto, emerge en América Latina el movimiento de la Salud Colectiva, que comenzó a entender a la salud como una noción que excedía las características de los cuerpos, argumentaba que la producción de salud y/o enfermedad muchas veces respondía más al medio en el que las personas o grupos se desarrollan que al funcionamiento de los órganos que componen el cuerpo (Castro, 2011).

Resulta imprescindible dar cuenta del medio social en el que lxs adolescentes se desarrollan para tener una perspectiva integral de su salud y mejorar la atención que les brindamos.

3. Para conocer en profundidad la historia y reivindicaciones de las diferentes olas feministas, consultar: Beltrán, E.; Maquieira, V. (2001) *Feminismos. Debates teóricos contemporáneos*. Madrid: Alianza Editorial. Disponible en: <https://goo.gl/7bpKcj>



1.2.

Derribar fronteras en la atención de la salud: **transformarnos para transformar**

Para abordar la salud adolescente de manera integral y respetando la diversidad, resulta adecuado reflexionar sobre nuestras percepciones acerca de la salud y ese “Otro” encarnado en lxs usuarixs de nuestro sistema sanitario. Durante la práctica profesional se ponen en juego nuestras construcciones de la “normalidad” y la “anormalidad”, y los prejuicios que arrastramos afectan nuestras intervenciones. Lxs profesionales de la salud, no suelen estar preparadxs para la atención de niñxs y adolescentes LGBTI. Los contenidos curriculares sobre esta cuestión son escasos y las prácticas durante la formación refuerzan los modelos de atención heterosexistas, y reproducen discriminaciones y/o prejuicios.

A menudo, nos enfrentamos a situaciones novedosas que nos interpelan, obligándonos a cuestionar nuestras perspectivas y experiencias e incluso nuestras intervenciones. Muchas veces estas interpelaciones se originan al encontrarnos con relatos que no conocemos o con situaciones que nunca vivimos.

En la antropología encontramos herramientas que nos pueden ayudar a pensar cómo concebimos al “Otro” y cómo nos construimos a nosotrxs mismxs en relación a las diferencias etarias, sexuales, de clase, etc. Como sostiene Bartolomé, “muchas veces, las diferencias se utilizan para construir estereotipos caricaturescos sobre ‘los

otros’ (...) [adjudicándoles] nuestras propias fantasías” (2006: 7). Una construcción del “Otro” apresurada puede transformar las diferencias en desigualdades (Grimson, 2005) y convertirse en una suerte de frontera simbólica que nos separa de lxs adolescentes comprometiendo la calidad de la atención que brindamos. A lo largo de este documento invitamos a explorar dichas fronteras a fin de evitar que se transformen en desigualdades en cuanto a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad en la atención socio-sanitaria. Pero también, como veremos en el capítulo “Salud y adolescencias LGBTI”, a fin de eludir procesos de neutralización, evitación, segregación y exotización de lxs adolescentes LGBTI.

Es importante que como equipos de salud reflexionemos sobre lo que creemos, sentimos y hacemos para evitar que nuestros propios prejuicios afecten la atención.

1.3.

De la heterosexualidad como norma a los deseos fluidos

Como se mencionó anteriormente, es frecuente que en el proceso de construcción de la relación entre los equipos de salud y lxs adolescentes depositemos en el “Otro” nuestras creencias sobre lo que se debe ser y hacer a partir de lo que consideramos “normal”. Esto muchas veces nos impide realizar preguntas sumamente útiles en la atención, para conocer mejor cómo lxs adolescentes construyen su mundo y cómo viven y sienten sus prácticas. Un ejemplo muy común es cuando los equipos de salud partimos de la heterosexualidad como norma, también llamada heteronormatividad. ¿Qué quiere decir esto?

Quiere decir que no deberíamos dar por sentado que lxs adolescentes son heterosexuales o que, por autodefinirse como heterosexuales en el presente, no mantienen ni mantendrán prácticas sexuales con personas del mismo sexo/género. Muchas veces, los deseos y prácticas de las personas no responden a lo que unx imagina; por eso es necesario tener una escucha atenta y no dar nada por sentado. Solemos pensar que los deseos personales son estancos: creemos que las personas “son”, cuando, en realidad, “están siendo”. Es decir, la forma en la que experimentamos con nuestros cuerpos es un constante devenir imprevisible, que puede cambiar con las experiencias que vamos teniendo a lo largo del tiempo. Esta perspectiva nos invita entonces a reconocer

la fluidez de la sexualidad tal como lo hicieron Kinsey, Pomeroy y Martin⁴ (1948), quienes en la segunda posguerra mostraron que la sexualidad y el deseo de las personas son variables y que **tanto la heterosexualidad como la homosexualidad son, en realidad, dos extremos de un continuo por donde las personas transitan a lo largo de su vida.**

Esto implica repensar nuestras experiencias en la atención en la salud, identificar de forma crítica cuál es nuestra percepción de la “normalidad” y cómo esta puede invisibilizar una parte vital de la identidad y de las prácticas de lxs adolescentes. Y, sobre todo, reconocer que la forma en la que el “Otro” se construye y las prácticas que lleva a cabo son tan legítimas como las propias.

Las categorías que las personas utilizan para presentarse ante el mundo poco nos hablan de lo que realmente practican, fantasean o sienten. El deseo se construye permanentemente y, por tanto, es imprevisible. Si unx adolescente se autopercibe heterosexual, no implica necesariamente que no mantiene ni mantendrá prácticas sexuales con personas del mismo sexo/género.

4. Estos autores realizaron un estudio conocido como *El informe Kinsey* en el que se entrevistó a veinte mil hombres y mujeres cis en forma anónima. Este estudio demostró que las prácticas sexuales que se concebían minoritarias o marginales eran más comunes de lo que se creía en aquel contexto.

La “normalidad es precaria, pasajera y mortal” (Karsz, 2007), pero ciertas prácticas, orientaciones sexuales e identidades de género gozan de mayor legitimidad en cierto contexto social, cultural y/o político y terminan constituyéndose como “normales”, mientras otras se estigmatizan. La estigmatización es una de las principales vulnerabilidades de lxs adolescentes LGBTI: no por el mero hecho de serlo, sino por cómo son concebidxs en el contexto sociocultural e institucional en el que se desenvuelven, como por ejemplo, el sistema de salud.

No hay prácticas y deseos más válidos que otros. Como equipos de salud debemos acompañar a todxs lxs adolescentes con respeto, creando lazos de confianza y brindando información fidedigna.

Lxs adolescentes, al igual que lxs adultxs, están explorando continuamente con su cuerpo y es importante que desde el equipo de salud acompañemos este proceso brindando información y creando lazos de confianza, evitando prejuizar o estigmatizarlos, a ellxs o a sus prácticas y creencias. La diversidad y los deseos de ese “Otro” son tan válidos como los propios; la idea es reconocer qué nos separa en la atención de lxs adolescentes para derrumbar estas fronteras y ver cómo acercarnos para acompañar y lograr una relación estable, de confianza y respeto. Una vez identificadas cuáles son las limitaciones que tenemos para afrontar lo que nos resulta desconocido o diferente, debemos incorporar algunos conceptos que son de suma utilidad a la hora de atender a aquellxs que se acercan para consultar sobre su salud.

RECORRIDOS CONCEPTUALES: DEL SEXO-GÉNERO AL RECONOCIMIENTO DE LA HETEROGENEIDAD DE LOS DESEOS

Desde la década de 1970, las feministas de la segunda ola (Firestone, 1970; Rubin, 1975, entre otrxs) señalaron que el sexo remite a la genitalidad de los cuerpos y que el género responde a la expectativa social que se genera a partir del sexo, incluso antes de nacer. En este sentido, distinguían el plano biológico, anclado en el cuerpo y la genitalidad, del plano cultural vinculado a las expectativas que existen sobre el género femenino y el masculino. Esto le permitió al feminismo cuestionar los estereotipos de género con los que nos criamos y con los que aprendemos a ser varones o mujeres en el seno de una sociedad que tiene ciertas expectativas sobre nosotrxs en un momento histórico particular. **La distinción entre sexo y género permitió denunciar, entre otras cosas, cómo nuestras culturas otorgan diferentes oportunidades a mujeres y a varones a la hora de designar quiénes ocupan posiciones de decisión o de influencia en la política, las familias, la ciencia y la ciudad.**

Sin embargo, la diferenciación entre naturaleza (sexo) y cultura (género) entró en crisis a partir de la llegada de la teoría *queer*⁵ originada en Estados Unidos a finales de la década de 1980 y principios de 1990 (de Lauretis, 1987; Butler, 1990; Preciado, 2008, entre otros). Desde esta corriente académica, activista y artística se pone en duda la correspondencia entre sexo y género: **no todas las personas que nacen con pene serán varones ni todas las personas que nacen con vagina serán mujeres. En este sentido, las travestis, las masculinidades trans (también denominados varones trans) y las feminidades trans (también llamadas mujeres trans) ponen en jaque la relación directa entre sexo y género y advierten la necesidad de comenzar a pensar en términos de identidad y expresión de género.** ¿Esto qué implica? Que las instituciones familiares, sanitarias o educativas no determinan la identidad de género de una persona hasta tanto ella pueda manifestar cómo se autopercibe, quién desea ser y cómo expresar su identidad desde el cuerpo, los modales, las vestimentas, etc. La ley de Identidad de Género, aprobada en Argentina en 2012, contempla esta perspectiva.⁶

En la década de 1990 se comienza a pensar que el género no está asociado necesariamente a la genitalidad con la que nacemos. Se puede ser varón con vagina y mujer con pene, entre otras variantes posibles. Vamos construyendo nuestra identidad de género y las formas de expresarla a partir del modo en que nos autopercebimos y no a partir de la genitalidad que presenta nuestro cuerpo cuando nacemos.

Los “Principios de Yogyakarta” elaborados en el marco de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) conciben que la identidad de género

refiere a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales (“Principios de Yogyakarta”, 2007: 8).

Los “Principios de Yogyakarta” ofrecen un marco en el que lxs adolescentes tienen garantizado el respeto a la autonomía para autoperibirse. Nuestro objetivo como equipo de salud implica acompañar sus deseos a la hora de asumir su identidad y expresión de género, proceso en el que muchas veces se enfrentan a las miradas estigmatizantes y prácticas discriminatorias presentes en nuestra cultura. En este punto es necesario diferenciar los conceptos “**identidad de género**” y “**expresión de género**”. En ocasiones, las personas tienen una identidad definida pero no pueden expresarla en el medio en el que se desarrollan. Otras veces, la expresión de género de ciertas personas

5. El término inglés *queer* puede traducirse al castellano como “raro”. Cabe aclarar que la intención de lxs académicxs, activistas y artistas *queer* fue reapropiarse de un concepto estigmatizante para transformarlo en un motivo de posicionamiento político y de orgullo.

6. Para más información, ver capítulo “Marco normativo”.

transgrede las normas culturales de una sociedad determinada y esta situación se convierte en fuente de abusos contra sus derechos humanos. La Comisión Interamericana de los Derechos Humanos (CIDH) define a la expresión de género como **“la manifestación externa de los rasgos culturales que permiten identificar a una persona como masculina o femenina conforme a los patrones considerados propios de cada género por una determinada sociedad en un momento histórico determinado”** (“Algunas precisiones y términos relevantes”, s/f). Las posturas, las formas de vestir, los gestos, las pautas de lenguaje, el comportamiento y las interacciones sociales, la independencia económica de las mujeres y la ausencia de una pareja del sexo opuesto, son todos rasgos que pueden alterar las expectativas de género y ser motivo de sanción social. En este contexto, es posible que lxs adolescentes no manifiesten públicamente la identidad de género con la que se autoperciben, aun cuando esta imposibilidad de expresar los sentimientos pueda repercutir sobre la salud física y emocional.

La identidad de género con la que nos autopercibimos no siempre puede ser expresada en el contexto en el que vivimos. No poder ser abiertamente quienes somos puede repercutir significativamente en nuestra salud física y psíquica.

Otras veces, a partir de la necesidad de ajustar sus cuerpos a la norma social y a los propios deseos, lxs adolescentes y adultxs los intervienen con diversas sustancias lo que puede derivar en enfermedades o, incluso, en la muerte. Esto suele ocurrir en contextos con falta de acceso o con acceso deficitario a servicios de salud que puedan brindar tratamientos aconsejados para los procesos de modificación corporal. La inyección de sustancias tóxicas para aumentar el volumen de ciertas partes del cuerpo (caderas, busto, pómulos) y la automedicación con anticonceptivos utilizados como hormonas para cambiar ciertos atributos corporales, podrían llegar a ocasionar inestabilidad emocional y/o dañar el funcionamiento de los órganos. En la población trans, la necesidad de pasar inadvertidxs (*passing*, en inglés)⁷ en la sociedad y la falta de acceso a servicios de salud acordes con sus necesidades lxs expone a situaciones de vulnerabilidad que deterioran su calidad de vida. Una vez más, resulta evidente que como equipos de salud tenemos que tener en cuenta el medio social en el que lxs adolescentes viven y transitan para abordar su salud desde una perspectiva integral y acompañar el deseo de pasar inadvertidxs con información adecuada y recomendaciones sobre cómo intervenir el cuerpo sin dañarlo, también llamado en la jerga trans como “el arte de trucarse” (Capicúa Diversidad, 2014: 31).⁸

7. El término *passing*, o el “arte de trucarse” (Capicúa Diversidad, 2014: 31) refiere a las formas que las personas crean para expresar su género autopercebido de modo tal que no sea detectado por la mirada social que, en general, estigmatiza.

8. Más información sobre “el arte de trucarse”, se encontrará en el capítulo “Atención clínica a adolescencias LGBTI”.



Como equipos de salud es importante que acompañemos los deseos de lxs adolescentes que quieran modificar su corporalidad proporcionándoles información que tenga como prioridad cuidar su salud física y psíquica teniendo en cuenta el medio en el que desarrollan sus vidas.

La teoría *queer* sostiene que la genitalidad no puede ser explicada exclusivamente por la biología. Butler (2001) concibe que el sexo también es una construcción política y cultural, es decir, que no remite ni se explica solo por la naturaleza. **La intersección entre el plano natural y cultural se visibiliza claramente en los cuerpos que nacen con una genitalidad que nuestra cultura entiende como “ambigua”, ya que no responde a los parámetros esperados para el sexo femenino o masculino. Algunas características de estos cuerpos son la presencia de micro penes o clítoris híper desarrollados al momento de nacer. Estxs niñxs son denominadxs intersexuales.**

En el marco del Consejo de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas, el informe elaborado por Juan Méndez insta a los Estados a derogar cualquier ley “que permita la realización de tratamientos irreversibles e intrusivos, como la cirugía reconstructiva urogenital obligatoria, la esterilización involuntaria, la experimentación contraria a la ética, las demostraciones médicas y las ‘terapias reparativas’ o ‘terapias de conversión’” si se aplican o administran sin el consentimiento libre e informado del paciente (ONU, 2013a: 25).

Cuando nace unx intersex, ¿qué deciden usualmente las familias, los equipos de salud y el poder judicial? Por lo general, se inician intervenciones quirúrgicas sobre estos cuerpos para adaptarlos a la norma. Estas intervenciones denotan la existencia de una normalidad a la que la genitalidad debe atenerse. En ocasiones, estas decisiones son tomadas por lxs adultxs con la intención de evitar supuestos sufrimientos futuros, y no parten de la voluntad ni cuentan con el consentimiento de quien habita esa corporalidad.

Las intervenciones sobre los cuerpos intersex⁹ reflejan que existe una construcción cultural e histórica sobre cómo deben ser los genitales y, por eso, desde la teoría *queer* se entiende que la interpretación de lo que los penes y las vaginas “son” no puede reducirse a lo natural, sino que está atravesada por matrices históricas, políticas y culturales que dictan cómo deben ser. Esta perspectiva nos habilita a concebir que no existen solo dos sexos y que el binomio varón-mujer denota más un deseo social que una realidad concreta. Siguiendo esta línea de pensamiento, es interesante que los equipos de salud tengamos presente que existe una variedad de sexos y que estos no necesariamente se ajustan a las dos posibilidades que nuestra cultura considera “normales”.

9. A nivel mundial, el movimiento intersex ha iniciado campañas que discuten con la idea de intervenir los cuerpos intersexuales a edades tempranas poniendo en tela de juicio la patologización de los mismos.

Los cuerpos intersex muestran claramente que la interpretación del sexo no puede reducirse al plano biológico. La cultura, la política y la historia influyen sobre qué se considera una genitalidad apropiada en un contexto determinado. Los equipos de salud debemos tener en cuenta que la variedad de sexos no se reduce a dos posibilidades (masculino o femenino).

1.4.

Realidades emergentes y nuevos abordajes

LA EMERGENCIA DEL CONCEPTO CISGÉNERO

En 2007, Julia Serrano publicó el libro *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity* en Estados Unidos, donde se incluyó el término “**cisgénero**”, luego retomado por activistas, artistas y académicxs (muchas veces trans) para diferenciar, por un lado, a lxs trans y, por el otro, a lxs cisgénero. **El concepto “cis” comprende a aquellas personas que se identifican con el género asignado al momento de nacer. Mientras, el término “trans” refiere a aquellas que a lo largo de sus vidas no se identifican o autoperciben con el género asignado en el nacimiento.** La diferenciación entre cis y trans parte de la necesidad de observar los cuerpos e identidades históricamente más cercanos a la norma social (cisgénero) y, así, dejar de centrarnos sobre aquellos que son percibidos como excepciones o periféricos. De esta forma, la categoría cisgénero obligaría a todas las personas no trans a dar explicaciones sobre cómo se identifican y cómo habitan este mundo. Se trata de una invitación a pensarnos sin poner la lupa en quienes usualmente son consideradxs diferentes. Al respecto, Louis-George Tin (2012) señala que primero se necesitaron los estudios de las mujeres para luego analizar las masculinidades;

que los estudios sobre las comunidades negras fueron indispensables para dar cuenta luego de la blanquitud y que se requirieron los estudios gay-lésbicos para comenzar a problematizar la heterosexualidad. Podríamos agregar entonces que se necesitaron las investigaciones sobre los cuerpos e identidades trans para comenzar a estudiar a las personas cisgénero. Todos estos “nuevos temas” implican analizar la norma y las configuraciones del poder sexo-genérico, en vez de poner el énfasis solo en aquellos cuerpos y/o identidades considerados como diferentes, exóticos, minoritarios o desviados.

Lxs cis son quienes se identifican con el género que le asignaron al nacer y lxs trans son quienes no se identifican con el género asignado. La distinción conceptual entre cis y trans propone dejar de pensar solo en las identidades y cuerpos que aparecen como “periféricos” o “exóticos” y nos invita a reflexionar sobre cómo las sociedades conciben qué/quién es normal o no.

IDENTIDADES DE GÉNERO Y ORIENTACIONES SEXUALES

También es importante destacar que las identidades y expresiones de género que las personas asumen para habitar y transitar el mundo no tienen una relación directa con sus orientaciones sexuales. Así como solemos pensar que las mujeres cis se sienten atraídas por los hombres cis (y viceversa) también creemos que a las travestis o mujeres trans les atraen los varones cis. Esto no siempre es así. La variedad con la que exploramos nuestra sexualidad pone en evidencia que cuando atendemos a adolescentes debemos preguntar antes que prejuzgar o dar por sentadas ciertas prácticas o deseos. Existen tantas variantes en fantasías, deseos y prácticas como personas; por lo tanto, nuestra preocupación como equipo de salud radica en cómo construir con lxs adolescentes una relación de confianza que les permita compartir sus inquietudes, dudas, incluso sus secretos, para lograr intervenciones de mayor calidad.

Asumir y/o expresar una identidad de género en el medio en el que vivimos no dice nada de nuestra orientación sexual ni de qué o a quién deseamos. La forma en que vivimos nuestra identidad de género y la expresamos no está vinculada con quién nos seduce o a quién deseamos. Una mujer cis puede verse atraída por otra mujer cis, por un varón cis, por una trans, por ninguna de estas opciones, o inclusive por todas ellas a la vez. Además, es importante destacar que tener prácticas sexuales con personas de una u otra genitalidad no implica necesariamente definirse como heterosexual, lesbiana, gay o bisexual.



DISCRIMINACIÓN POR ORIENTACIÓN SEXUAL, EXPRESIÓN E IDENTIDAD DE GÉNERO

La discriminación por orientación sexual, expresión e identidad de género puede definirse como el rechazo, la exclusión y la estigmatización de una persona o grupo por parecer o ser gay, lesbiana, bisexual, trans y/o intersex.

Tradicionalmente se ha llamado a la discriminación por orientación sexual, expresión e identidad de género como “fobia”, utilizando expresiones como homofobia, lesbofobia, bifobia, transfobia o interfobia y aglutinando todas estas expresiones bajo el término LGBTIfobia. Pero utilizar la expresión “fobia” puede hacernos pensar que la discriminación por orientación sexual, expresión e identidad de género “constituye un rechazo psicológico o afectivo de carácter personal e irracional, [cuando] en realidad nos encontramos ante un prejuicio social construido culturalmente e interiorizado a través de la socialización: somos educadxs para rechazar (...) a las personas que son o parecen [LGBTI]. Por lo tanto, estamos ante una forma de pensar, sentir o comportarse que se puede ‘desaprender’ y de la que nos podemos desprender tanto individual como colectivamente” (Pichardo *et al.* 2015: 11).

La discriminación por orientación sexual, expresión e identidad de género no solo afecta a las personas LGBTI, sino a toda la sociedad, ya que limita y castiga cualquier expresión que ponga en cuestión el sistema heteronormativo. En este sentido, una investigación sobre acoso escolar en España, evidenció cómo la discriminación por orientación sexual, expresión e identidad de género –perpetrada generalmente por jóvenes

cis heterosexuales– es un instrumento de control de la masculinidad que incluso afecta a adolescentes cis heterosexuales con expresiones de género no normativas (De Stéfano, 2017). Esta situación puede operar de forma interseccional con otras formas de discriminación tales como la etnia, la clase social, la religión, la nacionalidad, etc., multiplicando la vulnerabilidad de lxs adolescentes LGBTI.

Finalmente, la discriminación puede traducirse en formas de intimidación y violencia que abarcan desde un comentario agresivo en la vía pública, el acoso escolar y el laboral, hasta el homicidio, femicidio o travesticidio, denominados por el marco legal argentino como “crímenes de odio”.

Estas formas de discriminación pueden operar en el sistema de salud:

- Cuando se asocian identidades y prácticas LGBTI con lo antinatural o la anormalidad.
- Cuando se experimentan sentimientos de rechazo, temor e, incluso, asco durante la atención.
- Cuando tienen lugar comentarios o conductas de estigmatización, exposición, exclusión, etc. de lxs adolescentes LGBTI en los ámbitos de atención.
- Cuando se consideran legítimas las expresiones de afecto heterosexuales en espacios públicos mientras que las manifestaciones de afecto no heterosexual son cuestionadas y se concibe que deben recluirse al ámbito privado.
- Cuando las normas y el funcionamiento de las instituciones rechazan, invisibilizan y discriminan sistemáticamente a las personas LGBTI.

Estas cuestiones nos permiten pensar cómo intervenimos como equipo de salud. ¿Alguno de estos rasgos se hace presente en nuestros recuerdos sobre las experiencias que tuvimos en nuestros espacios de trabajo? ¿Podemos identificar algunas de estas formas de discriminación en nuestras prácticas o en nuestro ambiente laboral?

La empatía que logremos entablar con el “Otro” depende de que podamos identificar nuestras concepciones internalizadas sobre la normalidad y dejar nuestros prejuicios de lado para, recién ahí, poder reconocer los deseos y prácticas de lxs adolescentes. Es importante, insistimos, no juzgar sino acompañar a partir de relaciones de contención, empatía y confianza reconociendo en lxs adolescentes rasgos que pueden ser diferentes a los propios pero no por eso menos legítimos. Si logramos construir relaciones médico-paciente más cercanas, podremos conocer mejor a lxs adolescentes y mejorar nuestras intervenciones profesionales para garantizar el acceso a la salud integral sin tabúes ni ocultamientos. De lo contrario, podemos convertirnos nosotrxs mismxs en barreras de acceso a la salud para lxs adolescentes LGBTI y, así, vulnerar sus derechos. Cada intervención es una oportunidad para ofrecer una atención en salud integral y libre de discriminación, pero también para pensarnos a nosotrxs mismos.

La discriminación por orientación sexual, expresión e identidad de género no responde a cuestiones individuales sino a una construcción histórica, política y cultural que rechaza, excluye y estigmatiza las orientaciones sexuales no heterosexuales, las expresiones de género no normativas y las identidades de género trans, vulnerando los derechos humanos.



Mapa de conceptos trabajados



Perspectiva de salud integral: es aquella mirada que recupera la importancia del medio social en el que las personas desarrollan su vida para diseñar prácticas profesionales que apunten a mejorar su salud física, mental y social, es decir, un conjunto de factores biológicos, emocionales y espirituales que contribuyen a un estado de equilibrio en el individuo. Desde esta perspectiva, se entiende que el abordaje de la salud no puede reducirse al plano corporal o biológico.

Deseos fluidos: las personas pueden autodefinirse con una orientación sexual determinada (heterosexual, gay, bisexual), pero eso no implica que no tengan fantasías, deseos y/o prácticas sexuales no esperadas para la orientación sexual con la que se autoperciben.

Sexo: en su acepción tradicional remite a la genitalidad que presenta un cuerpo, a un plano biológico. Sin embargo, el sexo también es una construcción histórica, política y cultural.

Género: este concepto destaca que las diversas prácticas, roles y capacidades promovidas y esperadas de forma diferencial a partir del sexo asignado al nacer no son atributos naturales e individuales sino productos de una relación social de poder construida históricamente, y por ende plausible de ser desafiada y modificada. Las diferencias de género normativizan y ordenan los vínculos sociales a partir de las nociones de masculinidad y feminidad, que impactan tanto en la percepción que las personas tienen de sí mismas (y de lxs otros) como en la organización

social y cultural en general, en aspectos tales como el trabajo, la economía, la política, el parentesco y la sexualidad.

Identidad de género: refiere a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente y no se deriva del sexo que a cada persona le asignaron al nacer.

Expresión de género: refiere a la vivencia personal del cuerpo y a cómo las personas expresan su identidad a través de modales, vestimenta, modos de hablar, modificaciones de la apariencia del cuerpo (quirúrgicas y/o “trucadas”).

Cisgénero: este concepto alude a todas aquellas personas que se identifican con el género asignado al nacer. Emerge a partir de la necesidad de comenzar a estudiar los cuerpos e identidades considerados “normales” por nuestras culturas.

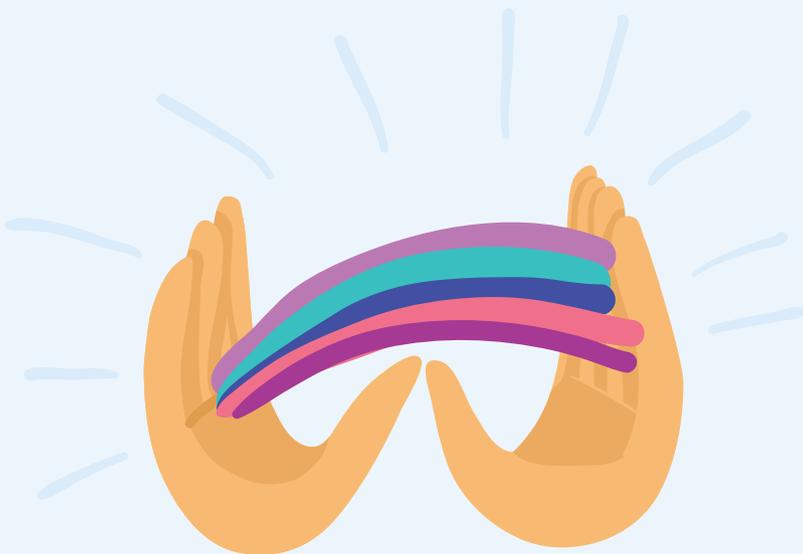
Trans: este concepto indica una identidad de género y reúne a las personas que a lo largo de sus vidas no se identifican con el género que le asignaron al nacer.

Orientación sexual: remite a un patrón de atracción emocional, romántica, sexual y/o afectiva hacia otrxs. Algunas de las orientaciones sexuales posibles son: la heterosexualidad, la homosexualidad y la bisexualidad. Las personas pueden identificarse con una misma orientación sexual toda su vida o puede ir variando su identificación.

CAPÍTULO 2

Salud y adolescencias LGBTI

#2



2.1

¿Grupos de riesgo o factores de vulnerabilidad?

Como señalan la *Gay & Lesbian Medical Association* (GLMA, 2006) y la Comunidad Homosexual Argentina (CHA, 2016), entre otras organizaciones, detrás de la idea de que el colectivo LGBTI¹⁰ es un “grupo de riesgo” subyacen prejuicios discriminatorios. El ya superado paradigma de los “grupos de riesgo” dejó paso al de las “vulnerabilidades”, definidas como las posibilidades que tiene una persona o grupo de exponerse a agentes de enfermedad (Ayres *et al.*, 2006). Las vulnerabilidades afectan a toda la población, ya que corresponden primordialmente a factores conductuales, sociales e institucionales. En lo que refiere específicamente al colectivo LGBTI, estas se deben fundamentalmente a la discriminación, estigmatización, exclusión y acoso que históricamente ha sufrido este colectivo.

Lxs adolescentes LGBTI no tienen, por el mero hecho de serlo, ningún tipo de enfermedad física o mental. Como señala el principio 18 de Yogyakarta “con independencia de cualquier clasificación que afirme lo contrario, la orientación sexual y la identidad de género de una persona no constituyen, en sí mismas, trastornos de la salud y no deben ser sometidas a tratamiento o atención médica, ni suprimidas”. Despatologizar la orientación sexual y las expresiones e identidades de género no normativas es el primer paso para garantizar el acceso a la salud y el respeto de los derechos de lxs adolescentes LGBTI. Para evitar la patologización y el estigma es aconsejable centrarnos siempre en las realidades, percepciones y prácticas sexuales de lxs adolescentes, ya que el hecho de que sean lesbianas, gays, bisexuales, trans o intersex no supone necesariamente que existan riesgos para la salud.

Teniendo en cuenta esto, es importante conocer las vulnerabilidades de lxs jóvenes LGBTI, en las que el “estrés de la minorización”, como síntesis de los factores sociales e institucionales, puede influir aumentando los riesgos.

10. El término “colectivo LGBTI” no debe llevarnos a considerarlo como un colectivo homogéneo, unificado o libre de cuestionamientos internos, ya que está compuesto por una diversidad de experiencias y prácticas heterogéneas vinculadas, por supuesto, a la diversidad sexual y de identidades de género, pero también con particularidades ligadas a la clase social, etnia, idioma, religión, opinión política o ideológica, nacionalidad, diversidad funcional o cognitiva, etc.

2.2.

El “estrés de la minorización”

El denominado “estrés de las minorías” (Meyer, 2003) está vinculado a los procesos de minorización de identidades que son percibidas fuera de las normas sociales y la cultura hegemónicas. Estos procesos sirven como sustento de diversas formas de discriminación, estigmatización, invisibilización, subordinación y violencia. Si bien la idea de “minoría” puede remitirnos a lo cuantitativo, debemos tener en cuenta el aspecto cualitativo del concepto. Sabemos, por ejemplo, que la población de mujeres cis, a nivel mundial, es mayoritaria en términos cuantitativos y, sin embargo, son consideradas y tratadas como una minoría dado el sistema patriarcal en el que se inscriben. En este sentido, hemos optado por alterar el concepto “minorías” para referirnos a “minorización” y enfatizar así el carácter socio-cultural de un proceso que, más allá de cuestiones estadísticas, construye minorías como una forma de crear fronteras con el “Otro” en el marco de diferentes relaciones de poder.

De esta manera, podemos decir que el estrés de la minorización está configurado por:

1. Factores externos vinculados a condiciones y eventos cuya hostilidad puede resultar objetivamente estresantes tales como la discriminación, el prejuicio, la exclusión, la ridiculización y la invisibilización.

2. Estados de expectación y autovigilancia ante la posibilidad de que esas condiciones y eventos sucedan, lo que aumenta el riesgo de estados depresivos y de ansiedad.

3. Procesos de internalización del rechazo social traducido en vergüenza, discriminación internalizada y autocensura.

Todo esto lleva a la posibilidad de ocultamiento o negación de la propia orientación sexual, expresión o identidad de género, lo que genera una fuente extra de malestar y estrés con la que lxs adolescentes LGBTI deben lidiar. Además, debemos tener en cuenta la posibilidad de que existan variables añadidas vinculadas al género, la clase social, la religión o la etnia, entre otras, que inciden sustantivamente en el padecimiento del estrés de la minorización.

El mero hecho de ser adolescente LGBTI no implica necesariamente una experiencia social y/o personal insatisfactoria o estresante. Las identidades LGBTI pueden fortalecerse y afirmarse cuando encuentran espacios de contención y aceptación social, oportunidades para la asociación y la acción colectiva y referentes positivxs con quienes identificarse. Entre ellxs, los equipos de salud e instituciones comprometidas con el derecho a la salud entendida como un derecho humano.

2.3.

Vulnerabilidades específicas en adolescencias LGBTI

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010) y la GLMA (2006) señalan la existencia de una serie de vulnerabilidades específicas que afectan a lxs adolescentes LGBTI y que, como equipos de salud, debemos tener en cuenta a la hora de ofrecer una atención integral. Como veremos, en el proceso de vulnerabilización contribuyen todas las instituciones de la sociedad: la familia, los ámbitos educativos y de salud y hasta las fuerzas de seguridad. Estas instituciones cuestionan y sancionan la transgresión de las normas y expectativas sociales incidiendo significativamente en variables como la salud mental, el consumo problemático de sustancias y la exposición a diferentes formas de violencia (autoinflingida y/o externa).

Los espacios de consulta son ámbitos en los que pueden detectarse situaciones de negligencia y violencia intrafamiliar y es nuestra obligación como equipos de salud ofrecer una atención en salud integral a jóvenes y adolescentes que incluya las acciones necesarias para iniciar un proceso de restitución de los derechos vulnerados.

VIOLENCIA Y/O NEGLIGENCIA EN LA FAMILIA DE ORIGEN

En ocasiones, lxs familiares de adolescentes LGBTI no están al tanto de la orientación sexual y/o la identidad de género de lxs niñxs y adolescentes ni disponen de la información adecuada para cada caso. Además, es posible que estxs adolescentes hayan sufrido, sufran o vayan a sufrir discriminación por parte de sus familiares.

Durante diez años, la Dra. Caitlin Ryan de la Universidad de San Francisco (2009), dirigió una investigación donde participaron más de seis mil adolescentes LGBT y sus familias. Los resultados de su investigación han establecido que existe una relación clara entre el grado de aceptación o rechazo de lxs familiares y la exposición a riesgos para la salud de lxs adolescentes LGBT.

La discriminación en el ámbito familiar puede incrementar el sentimiento de inadecuación, vergüenza y culpabilidad y terminar por vulnerar y limitar la capacidad de acción de lxs adolescentes LGBTI, aumentando las posibilidades de tener comportamientos de riesgo. Por ello, es importante que como trabajadores de la salud estemos al tanto de la situación en la que se encuentran lxs adolescentes al respecto, informando, acompañando y garantizando la confidencialidad.

ACOSO ESCOLAR

Sabemos que el acoso escolar se ha transformado en una realidad acuciante en Latinoamérica. De acuerdo con el último informe de la UNESCO (2016) sobre la materia, lxs adolescentes LGBTI lo sufren en mayor medida que el alumnado cis y heterosexual. La Asesora Regional de Educación en Salud de dicha institución destaca que al menos el 40% de adolescentes lesbianas, gays o bisexuales y el 65% de trans de nuestro continente han sufrido acoso escolar.

La propia UNESCO (2015: 28) admite, sin embargo, que “en cuanto a la extensión y naturaleza de la violencia homofóbica y transfóbica en los países latinoamericanos, existen grandes vacíos en la información disponible” y la producción de datos estadísticos en la materia es también una cuenta pendiente en nuestro país. En una investigación pionera, Capicúa Diversidad (2015: 13) reconoce que el 20% de las situaciones de discriminación presenciadas o conocidas por el estudiantado de 15 a 18 años en diez provincias de la Argentina fue motivada por ser LGBT o parecerlo (expresión de género). Cabe resaltar que este estudio dio cuenta de que ser o parecer LGBT es el segundo motivo de discriminación indicado por lxs estudiantes (el primer motivo de discriminación señalado fue por “características físicas” con el 34%). Por otra parte, si bien el 57% del alumnado afirma que lxs docentes incluyeron cuestiones de educación sexual en sus clases, solo el 3% incorporó temáticas sobre orientación e identidad sexual. Esto se debe a que, aun cuando Argentina cuenta con la ley de Educación Sexual Integral, prima un enfoque biologicista en las escuelas secundarias, que vincula la sexualidad a lo biológico. De hecho, la materia donde mayoritariamente se abordó la educación

Las formas de violencia contra lesbianas, gays, bisexuales y trans con mayor prevalencia en nuestra región son: la violencia verbal, la física y la exclusión, perpetradas generalmente por los grupos de pares, pero también por el personal educativo (De Stéfano y Pichardo, 2016).

sexual fue biología (48%). La organización de la sociedad civil 100% Diversidad y Derechos (2016) realizó en Argentina una encuesta nacional también implementada en Chile, Uruguay, Colombia, Brasil, México y Perú sobre el clima escolar para jóvenes LGBT. Durante el ciclo escolar 2015-2016, estudiantes que se identificaban como gays, lesbianas, bisexuales o con una orientación sexual diferente a la heterosexual y transgénero (u otra identidad no cisgénero) contestaron una encuesta por internet. Los resultados arrojaron que el 67,9% de estxs estudiantes se sentía insegurx en el ámbito escolar debido a su orientación sexual y/o identidad de género; el 76,2% escuchó “comentarios homofóbicos tales como ‘maricón’ o ‘torta’ a menudo o con frecuencia” (100% Diversidad y Derechos, 2016: 2). El 33,6% de estos dichos fueron expresados por la mayoría de sus compañerxs y el 32,5% por docentes o personal de la escuela. En el 30,6% de los casos en los que estos dichos fueron expresados ante la presencia de unx adultx, estx no intervino (*Ibid.*).

En un estudio realizado por el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) en Argentina, el 60% de las personas trans entrevistadas dijeron haber vivido discriminación por parte de sus pares dentro de la escuela (INADI, 2012: 15).

El más reciente estudio sobre la comunidad trans realizado en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) titulado “La revolución de las mariposas” (Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2017) indicó una leve mejoría en el acceso a la educación de la población trans femenina respecto de investigaciones anteriores. En 2005, el estudio titulado “La gesta del nombre propio” (Berkins, 2005) daba cuenta de que en el AMBA solo el 20,8% de las trans y travestis habían terminado los estudios secundarios, mientras que en 2016, el porcentaje aumentó al 24,3%. También se incrementó levemente el porcentaje entre quienes contaban con educación terciaria o universitaria incompleta y completa.¹¹ Por último, el estudio publicado en 2017 demostró que el máximo nivel educativo alcanzado por las trans está relacionado con la edad a la que asumen públicamente su identidad de género: el 69,6% de quienes la asumieron antes de los 13 años no culminó sus estudios secundarios, pero cuando esto sucedió al tener 19 años o más, el 74,2% había logrado terminar sus estudios secundarios. Esto implica que existe una relación directa entre asumirse trans públicamente y la imposibilidad de mantenerse en el sistema educativo.

De acuerdo con investigaciones recientes e informes regionales, el acoso escolar supone un gran riesgo para la salud: daña la autoestima y amenaza el desarrollo emocional, genera sufrimiento, aislamiento y miedo y pone en severo riesgo la integridad psicofísica de quienes lo sufren (Coker *et al.*, 2009; De Stéfano y Pichardo, 2016).

SALUD MENTAL, AUTOLESIONES Y SUICIDIO

Entre los problemas de salud mental más frecuentes en la población adolescente encontramos: depresión, ansiedad, pánico, sensación de aislamiento vinculada a la exclusión y baja autoestima. Si bien estas problemáticas pueden ser comunes a todas las adolescencias, las vulnerabilidades asociadas al estrés de la minorización mencionadas hasta aquí tienen una incidencia específica en la salud mental de lxs adolescentes LGBTI.

De acuerdo con la OMS (cit. Ministerio de Salud de la Nación, PNSIA, 2012a: 8), la tasa de suicidio ha tenido un crecimiento progresivo, aumentando un 60% en los últimos cincuenta años. Ese incremento ha sido aún más pronunciado entre lxs jóvenes. Debemos tener en cuenta que, si bien las adolescentes son las que cometen más intentos, son los adolescentes varones quienes contribuyen principalmente al aumento de la cifra al ser quienes consuman el suicidio. En Argentina, la mortalidad por suicidios en adolescentes creció más del 100% desde los primeros años de la década de 1990, convirtiéndose en la actualidad en la segunda causa de defunción en la franja etaria de 10 a 19 años (Ministerio de Salud de la Nación, PNSIA, 2016).

La ideación suicida en la adolescencia reviste mayor gravedad cuando pasa de ser una reacción temporal frente a un estímulo concreto a una idea recurrente y estable en el tiempo. La importancia de las conductas autolesivas y suicidas no debe relativizarse, ya que, por una parte, supone la exposición a situaciones de riesgo y, por otra, refleja un malestar que puede subyacer a una serie de sufrimientos que el equipo

11. Un estudio intermedio publicado en 2007 y coordinado también por Berkins, indicaba que el 73,5% de la comunidad travesti y trans femenina no lograba completar sus estudios secundarios en diferentes centros urbanos ubicados en el Noroeste, Centro, Sur y Cuyo (Berkins, 2007).

de salud tiene la responsabilidad de conocer y abordar para mejorar la calidad de vida de lxs adolescentes y prevenir comportamientos de riesgo futuros.

Diversas investigaciones han destacado que las causales de intención suicida en adolescentes responden, entre otras, a la inestabilidad familiar por peleas o incomunicación, la pérdida de un ser querido, el aislamiento social y los sentimientos de soledad y de fracaso (Ministerio de Salud, PNSIA, 2012a).

Por su parte, la OPS (2003) señaló que la orientación sexual quizá también esté relacionada con un mayor riesgo de suicidio entre adolescentes. De acuerdo con sus datos, las estimaciones de la prevalencia del suicidio entre los jóvenes gays y lesbianas, por ejemplo, varían de 2,5% a 30,0%. Los factores que pueden contribuir al intento de suicidio en adolescentes LGBTI incluyen la discriminación, el estrés en las relaciones interpersonales, el consumo problemático de sustancias y la falta de fuentes de apoyo. Es decir, **las vulnerabilidades generales de lxs adolescentes pueden verse agravadas por el estrés de la minorización específico del colectivo LGBTI e interactuar con otros motivos de discriminación y/o estigma como la clase, la etnia o la religión. Esta combinación entre variables individuales y sociales lleva a que el riesgo de suicidio sea mucho mayor entre adolescentes y jóvenes LGBTI** (Saewyc, 2011; Muraco y Russell, 2011).

La detección de ideación y/o conductas suicidas se puede dar en cualquier momento de la atención o por fuera de ella (escuela, centros comunitarios, clubes, entre otros). En este sentido, resulta fundamental el trabajo interdisciplinario e intersectorial para detectar estas situaciones, reaccionar a tiempo y ofrecer la atención adecuada.

+ info EN

Ministerio de Salud de la Nación (2011) *Lineamientos para la atención del Intento de suicidio en adolescentes.*

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Las ITS son una de las principales causas de enfermedad a nivel mundial y los mayores índices se encuentran en la población de 15 a 24 años (Ministerio de Salud de la Nación, PNSIA, 2016).

Debemos tener presente que en niñxs y adolescentes, entre 2003 y 2013 se registraron 4461 casos de VIH o sida (44% de 0 a 14 años y 56% de 15 a 19 años). La principal vía de transmisión en menores de 14 años es vertical (a través del embarazo, el parto o la lactancia, sin el tratamiento adecuado), mientras que a partir de los 15 años son las relaciones sexuales: en varones cis, la principal vía de exposición radica en las prácticas sexuales desprotegidas con otros varones cis (48,8% entre 2012 y 2014) y en mujeres cis, en las prácticas desprotegidas con varones cis (80% en el mismo periodo) (*Ibid.*).

Es importante mencionar que la clandestinidad de las prácticas sexuales de lxs adolescentes cis heterosexuales –fundamentalmente debido a prejuicios sociales–, pero especialmente las prácticas sexuales de lxs adolescentes LGBTI –debido a factores sociales como la estigmatización y la discriminación– puede incrementar la posibilidad de exponerse a riesgos sin saberlo debido a la desinformación, aumentando –entre otras cosas– su desprotección frente a las ITS.

Diversos estudios relevados por la Dirección de Sida y ETS indican que la prevalencia de VIH entre los hombres cis que tienen sexo con hombres cis o con personas trans alcanza el 12% y que la prevalencia de VIH entre las personas trans femininas llega a ser mayor al 34%.

CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS

La fragilidad e inestabilidad en las relaciones y vínculos sociales, las situaciones de desamparo y vulnerabilidad y las dificultades presentes en lxs adolescentes y jóvenes para construir proyectos de vida son algunas de las cuestiones que debemos tener en cuenta en el consumo problemático de sustancias (Kornblit *et al.*, s/f).

El consumo de sustancias puede ser problemático cuando afecta negativamente –en forma ocasional o crónica– a una o más de las siguientes áreas: la salud física o mental; las relaciones sociales primarias (familia, pareja y amistades); las relaciones sociales secundarias (ámbitos de trabajo y de estudio); las relaciones con la ley.

Aunque no contamos con estadísticas para nuestra región, las investigaciones disponibles en otras partes del mundo sugieren que el consumo problemático de sustancias en adolescentes LGBTI o bien puede ser superior al de adolescentes cis heterosexuales o es de igual proporción (Marshall *et al.*, 2008). Ryan y Futterman (1998) señalan que **los motivos para el consumo de sustancias en adolescentes LGBTI pueden ser los mismos que para sus pares cis heterosexuales, pero que para lxs primerxs presenta mayores riesgos debido a los impactos personales y sociales asociados al estrés de la minorización.**

+ info EN

Ministerio de Salud de la Nación (2012) *Lineamientos para la atención del consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes.*

VIOLENCIA EN LA PAREJA

Si bien aún no existen estadísticas concluyentes en nuestra región, la GLMA (2006) y la Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex (ILGA, 2007) advierten sobre el gran número de personas LGBTI que sufre violencia en sus vínculos sexo-afectivos, que podría ser igual o mayor a la violencia entre parejas cis heterosexuales. Dada la invisibilidad de esta cuestión, especialmente en nuestra región, debemos advertir, por una parte, la posibilidad de que a lxs adolescentes LGBTI les cueste aceptar que están viviendo una situación de violencia; y, por otra parte, que el estigma, la discriminación y/o el ocultamiento de su orientación sexual, identidad y expresión de género dificulte la búsqueda de ayuda o la denuncia de esta situación. En cualquier caso, debemos estar preparadxs para detectarlo y ofrecer contención y asesoramiento. Al igual que en otras situaciones complejas, se recomienda articular con la red intersectorial local y regional disponible, entre las que se incluye a las organizaciones de la sociedad civil especializadas en la temática.

OTRAS FORMAS DE VIOLENCIA

Además, debemos tener en cuenta, de acuerdo con cada contexto, la posibilidad de que lxs adolescentes LGBTI sufran otras formas de violencia que pueden comprender desde la violencia verbal o física en la vía pública, hasta formas de violencia expresadas por instituciones de la salud, la justicia, la seguridad pública y los ámbitos educativos.

Es importante tener en cuenta que, dentro de la diversidad de adolescencias, es posible que las vulnerabilidades mencionadas estén atravesadas por múltiples variables, tales como la dependencia económica —especialmente frecuente durante la adolescencia— y las diversidades sexuales, étnicas, físicas, motrices, cognitivas, idiomáticas, socioeconómicas, religiosas y políticas.

2.4.

Barreras generales dentro del sistema de salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad

Un enfoque de la salud desde la perspectiva de los derechos humanos implica la incorporación de estrategias para visibilizar, afrontar y subvertir las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder históricamente asimétricas que subyacen a la inequidad en salud que aún hoy sufren lxs adolescentes LGBTI frente a sus pares cis heterosexuales.

De acuerdo con la OMS, la OPS y los marcos normativos nacionales, el derecho a la salud incluye el acceso disponible y aceptable a servicios de atención de salud de calidad. Sin embargo, en lo relativo a la población adolescente LGBTI hay algunas consideraciones que deben ser tenidas en cuenta para que dichas características sean desarrolladas adecuadamente. Estos cuatro criterios –disponibilidad, accesibilidad, accesibilidad y calidad– están, como veremos, íntimamente relacionados entre sí y el detrimento de cualquiera de ellos puede vulnerar el derecho humano a la salud de la población adolescente LGBTI.

Disponibilidad: la atención, así como los centros, bienes, servicios, programas y personal de salud deben estar disponibles en cantidad suficiente.

Accesibilidad: la atención, así como los centros, bienes, informaciones, servicios y programas de salud deben ser física, psicológica y económicamente accesibles para todas las personas sin discriminación por motivos de sexo, etnia, idioma, religión, opinión política o ideológica, nacionalidad, nivel socioeconómico, nacimiento, discapacidad física o mental, estado de salud, orientación sexual, identidad de género o cualquier otro motivo.

Aceptabilidad: la atención, así como los centros, bienes, servicios y programas de salud deben respetar la ética médica, ser culturalmente apropiados y sensibles a la diversidad sexual y de identidades de género, pero también a las diversidades étnicas, físicas, motrices, cognitivas idiomáticas, socioeconómicas, religiosas y políticas.

Calidad: la atención, así como los centros, bienes, servicios y programas de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

El derecho a la salud implica libertades y derechos (OMS, 2015):

Entre las **libertades** se incluye el derecho de las personas a controlar su salud y su cuerpo sin injerencias de ningún tipo, como la violencia física, psíquica o simbólica.

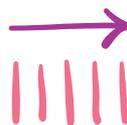
Los **derechos** incluyen el acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar.

2.5.

Barreras generales en la atención a adolescentes LGBTI dentro del sistema de salud: **neutralización, evitación, segregación y exotización.**

Es importante señalar que la disponibilidad, la aceptabilidad, la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud deben ser percibidas como tales por lxs adolescentes LGBTI. Si bien la normativa nacional, regional e internacional ha avanzado significativamente en las últimas décadas, aún existen múltiples barreras para que los modelos de atención en salud sean respetuosos de la diversidad sexual y las identidades y expresiones de género no normativas.

El Colectivo Colombia Diversa y Marina Bernal (2010) destacan cuatro modelos de atención no afirmativos donde se pueden identificar conductas y mecanismos que, de forma explícita o implícita y de manera consciente o inconsciente, sustentan y legitiman la vulneración del derecho a la salud de las personas LGBTI.



NEUTRALIZACIÓN:

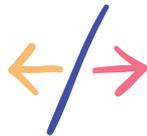
por una parte, implica considerar que la orientación sexual y/o la identidad de género de lxs adolescentes son irrelevantes en la provisión de servicios de salud; por otra parte, se relativiza también la importancia que para lxs integrantes de los equipos de salud tiene, en términos emocionales y actitudinales, el hecho de atender a personas LGBTI. Lejos de ser cuestiones privadas o personales, la orientación sexual y la identidad y expresión de género son variables fundamentales a tener en cuenta en el abordaje de la salud de forma integral. Asimismo, la incidencia de nuestros propios temores o prejuicios no debe llevarnos a alegar “igualdad” en la atención. Al hacerlo, en realidad, estamos recurriendo al criterio de neutralidad, que niega e invisibiliza las especificidades de la atención en salud de las personas LGBTI, vulnerando sus derechos.

Toda forma de discriminación manifiesta o implícita en la prestación de servicios de salud viola derechos humanos fundamentales.



EVITACIÓN:

muchas veces queda en evidencia que el abordaje de la orientación sexual y las identidades y expresiones de género no se lleva a cabo desde una perspectiva inclusiva. En muchas ocasiones, como integrantes de equipos de salud podemos sentirnos desinformadxs o que no contamos con herramientas teóricas y prácticas pertinentes. Las conductas de evitación surgen frente al temor de no saber cómo abordar la especificidad LGBTI y del miedo a nombrar, incomodar, ofender o discriminar. Como resultado de los mecanismos de evitación en la atención en salud, es posible que se eluda abordar cuestiones relativas a la sexualidad o al género, vulnerando entonces el derecho a la salud de lxs adolescentes LGBTI.



SEGREGACIÓN:

a diferencia de las conductas de neutralización, las conductas de segregación reconocen la especificidad de la diversidad sexual y de las identidades de género. Pero lo hacen partiendo de procesos de identificación de las personas LGBTI con una serie de estereotipos y prejuicios que las sitúan como personas “enfermas” o como personas peligrosas, poco confiables, inestables mentalmente, promiscuas, potencialmente adictas o como un grupo de alto riesgo. Estas consideraciones subyacen a una homogeneización estigmatizante en la que deberíamos evitar incurrir. Como ya hemos mencionado, es importante centrarnos en sus conductas, percepciones y prácticas sexuales individuales y no en su “condición”.

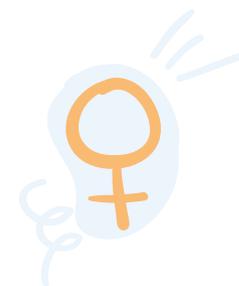


EXOTIZACIÓN:

las conductas de exotización parten de una suerte de “caricaturización” de las personas LGBTI, producto de estereotipos y prejuicios muchas veces influidos por los medios masivos de comunicación que mercantilizan la imagen de las personas LGBTI considerándolas alegres, raras, frívolas, excepcionales, liberales, artistas, etc. La consecuencia de este proceso, aparentemente irrelevante, es que puede llevar a tomar la diversidad sexual, la identidad o expresión de género como objeto de broma, risa o frivolidad en público o durante la consulta y generar resistencias o desavenencias en la relación médicx-paciente y abonar la adopción de conductas de neutralización y evitación ya mencionadas.

2.6.

Barreras específicas en la atención a adolescentes LGBTI



ADOLESCENTES CIS LESBIANAS Y BISEXUALES

MITOS

- Dadas sus prácticas sexuales, las adolescentes cis lesbianas no deben consultar regularmente a profesionales de la ginecología.
- En el sexo entre mujeres cis no existen riesgos de transmisión de VIH en particular ni de ITS en general.
- Las adolescentes que tienen sexo con mujeres cis no tienen sexo con hombres (cis o trans) o con mujeres trans.
- Las adolescentes cis lesbianas y bisexuales no desean o desearán ser madres.

DESINFORMACIÓN

- Se desconocen las prácticas sexuales entre mujeres cis y se parte de supuestos y conceptos erróneos, lo que termina por traducirse en dificultades para la atención y genera sensaciones de exclusión, invisibilización y rechazo en las adolescentes.
- Se desconocen las ITS que pueden transmitirse en las prácticas sexuales entre mujeres cis.
- Se omite la revisión de las partes del cuerpo que pueden acoger infecciones virales o bacterianas: ingles, pliegues de senos y nalgas, entre otras.

DISCRIMINACIÓN

- La heteronormatividad a la que muchas adolescentes cis lesbianas y bisexuales

se enfrentan en las consultas de salud genera una barrera de acceso que asiduamente se traduce en una menor frecuencia de consulta y en una detección e inicio de tratamiento tardíos.

- Tiende a considerarse la bisexualidad como una mera “etapa” en la que lxs adolescentes están explorando su sexualidad y se la toma como una realidad transitoria.

OMISIÓN

- Las imágenes informativas dirigidas a adolescentes cis suelen ser heteronormativas y estar centradas en los aspectos reproductivos haciendo énfasis en la regulación de la fecundidad heterosexual, sin abordar, por lo tanto, la diversidad sexual.

- La omisión de lxs compañerxs sexuales en la atención puede disminuir la eficacia de prescripciones y tratamientos. Por ejemplo, en caso de ITS, no realizar un tratamiento conjunto puede multiplicar las posibilidades de re-infección.

PATOLOGIZACIÓN

- La asunción de la heteronormatividad como imperativo de normalidad lleva, especialmente entre profesionales de la salud mental, a relacionar la diversidad LGBTI con la enfermedad mental y a asociar las sexualidades no heterosexuales a eventos traumáticos o formas de “contagio social” que explicarían las causas de su existencia.

ADOLESCENTES VARONES CIS GAYS Y BISEXUALES



MITOS

- Se considera a los adolescentes cis gays y bisexuales como especialmente promiscuos y como un “grupo de alto riesgo” en la transmisión de VIH en particular e ITS en general, lo que mucha veces reduce la atención de la salud a esta cuestión.
- Los adolescentes que tienen sexo con varones cis no tienen sexo con mujeres (cis o trans) o con varones trans.
- Los adolescentes cis gays y bisexuales no desean o desearán ser padres.

DESINFORMACIÓN

- Se desconocen las prácticas sexuales entre varones cis y se parte de supuestos y conceptos erróneos, que se traducen en dificultades para la atención y generan sensaciones de exclusión, invisibilización y rechazo en los adolescentes.
- Se considera que los adolescentes cis gays y bisexuales no pueden donar sangre.¹²

DISCRIMINACIÓN

- La heteronormatividad a la que muchos jóvenes cis gays y bisexuales se enfrentan en las consultas de salud genera una barrera de acceso que asiduamente se traduce en una menor frecuencia de consulta y en una detección e inicio de tratamiento tardíos.
- Tiende a considerarse la bisexualidad como una mera “etapa” en la que lxs adolescentes están explorando su sexualidad y se la toma como una realidad transitoria.

OMISIÓN

- Las imágenes informativas dirigidas a adolescentes cis suelen ser heteronormativas y estar centradas en los aspectos reproductivos haciendo énfasis en la regulación de la fecundidad heterosexual, sin abordar, por lo tanto, la diversidad sexual.

- La omisión de lxs compañerxs sexuales en la atención puede disminuir la eficacia de prescripciones y tratamientos. Por ejemplo, en caso de ITS, no realizar un tratamiento conjunto puede multiplicar las posibilidades de re-infección.

PATOLOGIZACIÓN

- La asunción de la heteronormatividad como imperativo de normalidad lleva, especialmente entre profesionales de la salud mental, a relacionar la diversidad LGBTI con la enfermedad mental y a asociar las sexualidades no heterosexuales a eventos traumáticos o formas de “contagio social” que explicarían las causas de su existencia.

12. En Argentina gays, bisexuales y trans pueden donar sangre desde 2015 (para más información, ver Resolución N° 1507/2015 del Ministerio de Salud de Nación).



ADOLESCENTES TRANS



MITOS

- Se considera a lxs adolescentes trans como especialmente promiscuos y como un “grupo de alto riesgo” en la transmisión de VIH en particular e ITS en general, lo que muchas veces reduce la atención en salud a esta cuestión.
- Solo existen adolescentes trans femeninas (y no masculinos).
- Las adolescentes trans tienen necesariamente sexo con hombres cis.
- Las adolescentes trans tienen únicamente sexo anal receptivo.
- Lxs adolescentes trans no desean o desearán ser padres o madres.

DESINFORMACIÓN

- Se ignora la especificidad de las realidades trans, que en muchas ocasiones implican historias de vida dolorosas, situaciones de abuso físico y psicológico e incluso exclusión del seno familiar.
- Se confunde la identidad de género con la orientación sexual, dando por sentado que las adolescentes trans tienen sexo con hombres cis y los adolescentes trans con mujeres cis.
- Se desconocen las prácticas sexuales de lxs adolescentes trans y se parte de supuestos y conceptos erróneos, lo que termina por traducirse en dificultades para la atención y genera sensaciones de exclusión, invisibilización y rechazo en lxs adolescentes.
- No se tiene conocimiento sobre los derechos de lxs trans mencionados en la Ley de Identidad de Género, especialmente los que postulan que los equipos de salud (estatales, privados o del subsistema de obras sociales) deberán garantizar en forma permanente los derechos que dicha ley reconoce.
- En el primer nivel de atención, no están suficientemente difundidas las especificidades que atañen a las personas trans, lo que, por una parte, interfiere en la atención que podría brindarse

en este nivel, generando derivaciones innecesarias, y por otra, dificulta las derivaciones a servicios y/o profesionales de mayor especialización en los casos requeridos.

- No se suele contar con equipos de salud sensibilizados ni capacitados específicamente en técnicas de modificación corporal (hormonización, cirugías, etc.), por lo que los tiempos de espera se multiplican exponencialmente, disminuyendo la disponibilidad y la accesibilidad a la atención integral en salud de lxs adolescentes trans.
- Se considera que lxs jóvenes trans no pueden donar sangre.

DISCRIMINACIÓN

- La cis heteronormatividad a la que muchxs jóvenes trans se enfrentan en las consultas de salud genera barreras de acceso que asiduamente se traducen en una menor frecuencia de consulta y en diagnósticos e inicio de tratamientos tardíos.

OMISIÓN

- No suelen existir imágenes informativas dirigidas a adolescentes trans.
- La omisión de lxs compañerxs sexuales en la atención puede disminuir la eficacia de prescripciones y tratamientos. Por ejemplo, en caso de ITS, no realizar un tratamiento conjunto puede multiplicar las posibilidades de re-infección.
- La desinformación, los prejuicios y estereotipos generan muchas veces el temor de abordar cuestiones específicas del colectivo trans (hormonización, colocación de implantes, etc.) lo que limita las posibilidades de ofrecer apoyo y acompañamiento adecuados.

PATOLOGIZACIÓN

- La asunción de la cis heteronormatividad como imperativo de normalidad lleva, especialmente entre profesionales de la salud mental, a considerar las identidades y expresiones de género trans como enfermedades mentales y a asociarlas con eventos traumáticos o formas de “contagio social” que explicarían las causas de su existencia.



ADOLESCENTES INTERSEX



MITOS

- Se parte de la idea de que en la construcción de la identidad de género es vital la apariencia física de la genitalidad, sobre todo en los dos primeros años de vida.
- Se considera que la “ambigüedad genital” debe intervenir para normalizar los cuerpos de acuerdo a alguna de las dos opciones disponibles (masculino o femenino) en pos de preservar la salud de lxs intersex.

DESINFORMACIÓN

- Se ignora que la intersexualidad no es una patología sino que representa variaciones respecto de los promedios corporales femeninos y masculinos.

- Se desconoce que las intervenciones quirúrgicas no urgentes, invasivas e irreversibles sobre lxs niñxs intersex conllevan consecuencias gravísimas en su corporalidad, goce sexual y salud mental.
- No se proporciona información suficiente a las familias para poder tomar una decisión informada sobre las intervenciones médicas propuestas para sus hijxs.

DISCRIMINACIÓN

- En pos de ajustar los cuerpos a la norma social, no se respetan la integridad corporal ni la autonomía decisional de lxs intersex.

OMISIÓN

- Las cirugías correctivas, invasivas e irreversibles implementadas a edades tempranas sobre la genitalidad de lxs intersex no permiten a la persona decidir a partir de sus propios deseos.
- Las cirugías implementadas sobre intersex para

disminuir el tamaño del clítoris con el que nacen para ajustarlo a la norma cultural, persigue reproducir al cuerpo estandarizado y olvida preservar el goce sexual de la persona.

- No se ofrece atención psicosocial a lxs Intersex ni a sus familiares para acompañar las implicaciones personales y sociales de la variación de las características sexuales, sean intervenidas o no.

PATOLOGIZACIÓN¹³

- La idea de ambigüedad pone de manifiesto una creencia sobre la existencia de solo dos opciones “naturales” estandarizadas de ser masculino o femenino. Esta perspectiva binaria implica considerar a lxs intersex como población a ser intervenida y “normalizada” y no como parte de la diversidad natural.
- En 2006, la Conferencia Internacional del Consenso sobre Intersexualidad propuso dejar de utilizar el concepto “intersexual” y alentó a utilizar el término

“trastornos del desarrollo sexual” para los casos en los que el desarrollo de las gónadas, los cromosomas y/o la anatomía sexual fuera considerada atípica. Esta perspectiva fue denunciada por el movimiento intersex debido a que la utilización del término “trastorno” refiere a la presencia de una patología.

- La intervención sobre lxs intersex tiene consecuencias negativas para su salud. Algunas de ellas son: dolor crónico, esterilidad, mutilación, insensibilidad genital, trauma posquirúrgico, fístulas e infecciones crónicas, cambios metabólicos por extirpación de gónadas o por tratamientos farmacológicos de “normalización corporal”.



13. Fuentes: INADI (2016) y Amnistía Internacional (2017)

Una vez conocidas las vulnerabilidades en salud de lxs adolescentes LGBTI y tras haber revisado las múltiples barreras generales y específicas en la atención en salud, se ofrece en el próximo apartado una serie de recomendaciones que pueden favorecer tanto la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del servicio, así como reducir las conductas de neutralización, evitación, segregación y exotización para favorecer una atención libre de mitos, prejuicios, discriminación, omisiones y patologización.

2.7.

Recomendaciones generales para equipos de salud

01

El primer paso es reconocer que **todas las personas hemos sido educadas en un sistema binario de dos sexos-géneros que plantea la heterosexualidad como norma**. Reflexionar sobre nuestros prejuicios individualmente y al interior de los equipos de salud en espacios de ateneos y discusión institucional es indispensable para poder ofrecer una atención de calidad y libre de discriminación.

02

Es importante que tengamos en cuenta que es posible y comprensible que, debido a la histórica exclusión de la población LGBTI de los sistemas de salud, nos encontremos con **actitudes defensivas o elusivas por parte de ellxs, durante las consultas**.



03

Quizá seamos **la primera o única persona que ofrezca a lxs adolescentes LGBTI un espacio seguro** y que brinde la contención que pueden no encontrar en su ámbito familiar, escolar y social.

04

El personal administrativo es generalmente el primer contacto que lxs adolescentes tienen con el sistema de salud. Por ello, es importante que, para brindar una atención integral, lxs consideremos como parte del equipo de salud y, por tanto, compartamos este material con ellxs.

05

Evitemos referirnos a las personas, sus conductas o deseos con palabras como “normal” y “natural”: **normal y natural es la diversidad humana**.

06

El lenguaje es importante: evitemos expresiones como “trollo”, “maricón”, “puto”, “torta”, “trava”, etc. Pueden resultar ofensivas para las personas LGBTI, y reducir la accesibilidad a las consultas.



07

Conozcamos los estereotipos y el contexto social y cultural: hay muchas formas de ser adolescente y muchas maneras de ser heterosexual, gay, bisexual, trans e intersex y todas han de ser reconocidas y respetadas. **Utilizar los plurales** (heterosexualidades, homosexualidades, etc.) puede ser una buena estrategia.



08

Demos el ejemplo: hacer que los espacios de salud sean accesibles y seguros es una tarea de todas las personas involucradas (desde lxs administrativxs, enfermerxs, personal de farmacia, medicxs, etc).

Ante comentarios y actitudes que puedan vulnerar derechos, es importante intervenir siempre.

09

Informemos a lxs adolescentes LGBTI sobre sus derechos, respetémoslxs y ofrezcámosles información sobre los organismos públicos y/u organizaciones de la sociedad civil que pueden intervenir en caso de discriminación.

10

Creemos espacios acogedores: colgando posters referidos a la diversidad sexual, símbolos que la representen (la bandera del arcoíris) y declaraciones en contra de todo tipo de discriminación, etc.



11

Consideremos la posibilidad de hacer que los baños sean inclusivos y no exclusivos para hombres o para mujeres cis. Esto puede ayudar a que las personas trans se sientan más cómodas durante su visita al centro de salud.

12

Revisemos que **los materiales informativos y gráficos que se ofrecen en nuestros centros** sean respetuosos de la diversidad sexual, familiar y de identidad o expresión de género.

13

Es posible que haya personas LGBTI dentro de nuestros equipos de salud. En caso de ser visibles dentro del equipo, su conocimiento y experiencia puede resultar de mucha ayuda. Si aún no se han visibilizado como LGBTI, que todo el equipo de salud siga estas recomendaciones puede ayudar a que las personas LGBTI dentro de nuestros equipos se sientan más cómodas para visibilizarse.

14

No dudemos en solicitar el **apoyo y asesoramiento** de organizaciones de la sociedad civil y referentes de la comunidad LGBTI.

15

Impliquemos a toda la comunidad de salud compartiendo este y otros materiales que contengan información, recursos y experiencias.



16

Realicemos actividades por el día del Orgullo LGBTI, el día de la mujer, contra la discriminación, contra la patologización de las identidades trans, y contra la violencia de género.

17

Anunciemos nuestros servicios en páginas de internet o perfiles en redes sociales utilizados por las comunidades LGBTI locales para **favorecer la accesibilidad a la salud de lxs adolescentes LGBTI.**

CAPÍTULO 3

Atención clínica a adolescentes LGBTI

#3



Las siguientes consideraciones de atención clínica están divididas en dos partes: la primera ofrece aspectos generales de atención clínica para adolescentes LGBTI, es decir, las consideraciones sobre el examen periódico de salud (EPS), sobre el sexo anal, la salida del *closet*, entre otros temas. En la segunda parte, se encontrarán consideraciones específicas para adolescentes lesbianas, gays, bisexuales, trans o intersex, de acuerdo a las particularidades de cada uno de estos grupos.

Para empezar este apartado es importante que tengamos en cuenta que es posible que lxs adolescentes LGBTI no acudan frecuentemente a revisiones médicas por haber tenido experiencias incómodas o haber vivido situaciones de discriminación en los ámbitos de salud.

En ese sentido, es clave reforzar el rol de los equipos de salud en el primer nivel de atención, ya que son la puerta de entrada de lxs adolescentes al sistema de salud, por lo que pueden empatizar con ellxs tempranamente, realizar un diagnóstico adecuado, pesquisar síntomas sutiles e indirectos como cambios de conducta o de ánimo, realizar una atención integral e integrada y articular con los distintos niveles del sistema sanitario. Además, pueden informar oportuna y comprensiblemente, escuchar de manera atenta y singular y acompañar en la búsqueda, afirmación y aceptación de la orientación sexual e identidad y expresión de género.

Dada la fluidez de la sexualidad y del género, debemos contemplar los posibles cambios de orientación y prácticas sexuales, así como de identidad y expresión de género de lxs adolescentes.



3.1.

Atención general a adolescentes LGBTI

Examen periódico de salud (EPS)

El EPS en adolescentes está recomendado dos veces por año en etapas de crecimiento rápido y luego con una frecuencia anual, y puede ser realizado por cualquier profesional de la medicina que esté capacitadx para ello. Generalmente, es llevado a cabo por pediatras especializadx, médicxs generalistas y/o médicxs clínicxs.

Un EPS, a diferencia de otros motivos de consulta, presupone un estado de salud de la persona en el cual no existen necesariamente problemas. Por lo tanto, es una oportunidad que podemos aprovechar para conocer a la persona, sus condiciones sociodemográficas (socioeconómica, familiar, etc.), así como sus intereses, motivaciones y/o deseos. Es decir, **es una instancia ideal para establecer una relación empática y de confianza con lxs adolescentes y evitar que el EPS se convierta en un simple “trámite” en el que se realiza un examen físico básico y se solicitan datos personales.** En la construcción de este vínculo se ponen en juego tanto nuestras herramientas como las capacidades profesionales para identificar problemas de salud implícitos en la consulta (violencia familiar, consumo problemático de sustancias, acoso escolar, etc.) que pueden ser registrados en una primera instancia para luego ser abordados.

Durante el EPS en adolescentes se recomiendan las siguientes prácticas, independientemente de su orientación sexual e identidad de género. Es importante tener en cuenta que **no es necesario recabar toda la información en el primer encuentro** y que en cada caso se debe **evaluar la pertinencia, el modo y el momento de realizarlo.**

PRESENTACIÓN

Aprovechemos esta oportunidad para presentarnos y preguntarle cómo le gusta o prefiere que lx llamen. Explícitemos el derecho a la confidencialidad durante la consulta.



ANAMNESIS

DATOS FILIATORIOS:

Nombres y apellidos, edad, DNI, identidad de género, domicilio, número de teléfono. Tal como establece la Ley de Identidad de Género, debemos registrar el género autopercebido y el nombre elegido, coincida o no con el que figura en el DNI, recordando especialmente que la autopercepción de la identidad de género puede darse en edades muy tempranas.

MOTIVO DE LA CONSULTA:

Identifiquemos cuáles son los motivos de consulta del adolescente y de lxs posibles acompañantes (familiares, amigxs, parejas). Escuchemos todas las voces y respetemos las distintas percepciones, sin perder de vista el deber de asistencia y confidencialidad que debemos a lxs usuarixs. Preguntemos también si quiere tener la entrevista a solas o acompañadx. Si lxs familiares o responsables concurren a la consulta es importante incluir lxs en algún momento con la previa autorización del adolescente.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Antecedentes de salud: Se recomienda registrar los antecedentes familiares de primer grado (enfermedades cardio y cerebrovasculares, osteoporosis, dislipidemias, patología oncológica hormonodependiente) para alertar a lxs endocrinólogxs ante requerimientos de hormonización. ¿Hay problemas de salud crónicos como hipertensión, diabetes, dislipidemias en tu familia? ¿Cirugías? ¿Algún familiar fallecido antes de los 50 años? ¿Causa de esa muerte? ¿Alguien en la familia ha tenido problemas por consumo de alcohol y/o drogas, psicofármacos, violencia, problemas legales?

Estructura y diagrama familiar: ¿Con quién vivís? (nunca presuponer que existe una figura de “padre” y/o una de “madre”) ¿Cómo es la relación con tu familia? ¿Te sentís escuchadx, protegidx, acompañadx, aceptadx, rechazadx, ignoradx? ¿Dónde vivís? ¿Cómo es la casa? ¿Hay agua potable, cloacas, gas, electricidad, calefacción? ¿El lugar donde vivís es alquilado? ¿Las personas con las que vivís tienen trabajo? ¿Cuáles son sus condiciones laborales? ¿Tenés hijxs o personas a cargo?

ANTECEDENTES PERSONALES:

Salud: ¿Tuviste o tenés alguna enfermedad? ¿cirugías y/o traumatismos? ¿Estuviste internadx alguna vez? ¿Tomás alguna medicación habitualmente? ¿Por qué? Chequear constancia de inmunizaciones.

Educación: ¿Vas a la escuela? ¿Cómo te está yendo? ¿Vas todos los días? En caso de que no, intentemos conocer los motivos. ¿Estás en el año que te corresponde por tu edad? ¿Repetiste algún año? ¿Cuándo? ¿Tenés dificultades? ¿Cuáles? ¿Querés seguir estudiando o no? ¿Te gusta la escuela? ¿Te gusta ir? ¿Qué es lo que no te gusta de la escuela? Conversemos sobre posibles situaciones de acoso escolar. ¿Cómo es la relación con tus compañerxs y/o docentes? ¿Alguna vez te sentiste incómodx con tus compañerxs y/o docentes? ¿Te sentís aceptadx, queridx, rechazadx, ignoradx?

Trabajo: ¿Trabajás?, ¿a qué edad empezaste a trabajar? Conozcamos las condiciones de trabajo: registrado o informal, cuántas horas, cuántos días a la semana, características y seguridad en el trabajo. ¿Ayudás con la economía familiar? ¿Sos sostén de la familia? ¿Te gusta lo que hacés? ¿Cómo es la relación con tus compañerxs/jefxs? ¿Te sentís aceptadx, queridx, rechazadx, ignoradx?

Actividades sociales: ¿Qué hacés en tu tiempo libre? (deportes, club, actividades artísticas, práctica religiosa, asociación, etc.). ¿Tenés algún amigx a quién contarle tus cosas? ¿Y algún adultx? Conozcamos sus intereses personales y proyectos.

Hábitos: Alimenticios, de actividad física y de consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol, fármacos de libre distribución o con receta, fármacos sin receta médica).

Sexualidad: No presupongamos la orientación sexual o identidad de género de lxs adolescentes entrevistadx basándonos en su expresión de género (apariencia física y estética, forma de moverse, etc.), se presenten como LGBTI o no.

¿Tuviste relaciones sexuales? ¿Con hombres, mujeres o ambos? ¿Cis o trans? ¿Qué prácticas sexuales tuviste? ¿Estás en una relación? ¿En qué tipo de relación? (casadx, unión civil, en pareja con una o varias personas, recientemente separadx o divorciadx) ¿Te gustaría formar una familia ahora o en el futuro?

¿Qué métodos de protección usás en tus prácticas sexuales?

¿Usás juguetes sexuales?

Ofrezcamos información sobre protección y reducción de riesgos. Informemos sobre métodos anticonceptivos y formas de prevención y

tratamiento de ITS, VIH o sida, hepatitis A, B y C, sífilis, gonorrea, clamidia, herpes, VPH, etc. Consultemos sobre posibles dudas e inquietudes.

¿Estás teniendo algún tipo de problema en el ámbito sexual o relacional? ¿Hay algo que te preocupe sobre tu orientación sexual, identidad o expresión de género que quieras consultar?

¿Usaste, usás o tenés pensado usar algún tipo de hormonas (estrógenos, testosterona, etc.)? Si lo consideramos pertinente, preguntemos: ¿necesitás información sobre algún tipo de terapia hormonal?

Una vez creado un lazo de confianza, podemos preguntar sobre cuestiones vinculadas a violencia en la pareja: ¿alguna vez te sentiste incómodx con tu/s pareja/s sentimentales o sexuales? ¿Sentiste alguna vez que tu/s pareja/s sentimentales o sexuales estaban siendo violentxs con vos?

EXAMEN FÍSICO

Es importante que expliquemos con anterioridad por qué es fundamental realizar el examen físico y que tengamos en cuenta que algunxs adolescentes pueden no estar cómodxs con su cuerpo o con alguna/s parte/s del mismo. Debemos llevarlo a cabo cuando lxs adolescentes lo autoricen. Por eso es posible que no se realice en la primera consulta.

- Peso, talla, cálculo de IMC (índice de masa corporal): para valorar crecimiento y rastreo de sobrepeso y/u obesidad. Velocidad de crecimiento.
- Toma de tensión arterial: para rastreo de hipertensión arterial.
- Auscultación cardiopulmonar.
- Salud bucodental: estado de mucosa oral, piezas dentarias.
- Examen de agudeza visual: test de Snellen en consultorio.
- Estadío de Tanner: son distintos momentos del desarrollo en lxs adolescentes, de acuerdo a su biología.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio: Las pruebas de laboratorio que debemos solicitar en el contexto de un control de salud son mínimas. Se sugieren las siguientes y, en caso de síntomas o antecedentes, se solicitarán los estudios necesarios.

- Hemograma, dada la frecuencia de anemia debido al rápido crecimiento, hábitos alimentarios que varían a esta edad y menstruación.
- Glucemia (solo si posee factores de riesgo para desarrollar diabetes).
- Colesterol total, HDL, LDL, TGL, Tamizaje universal de dislipidemias a los 17 años y antes de esa edad si existen antecedentes familiares o enfermedades predisponentes.
- Si lxs adolescentes ya tuvieron relaciones sexuales, ofrecer testeo para VIH (Test de Elisa) y sífilis (VDRL), con consejería pre y post test. Recordar que lxs mayores de 13 años pueden solicitar el test y recibir el resultado, aunque se aconseja el acompañamiento de algún familiar o amigx. Si se confirma alguna ITS se recomienda realizar estudios para descartar otras ITS incluyendo a su/s pareja/s sexual/es.

Electrocardiograma: Se recomienda realizarlo si no tiene uno previo. Si el informe es normal, no se repite salvo que la sintomatología o los antecedentes lo ameriten.



CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

Preguntemos sobre los hábitos de consumo (alcohol, tabaco, fármacos y/u otras sustancias), demos pautas de reducción de daños y, en caso que sea un consumo problemático, referenciamos con personal de salud idóneo (previo consentimiento de lxs adolescentes).

DEPRESIÓN

Conversemos sobre el estado de ánimo, la imagen corporal, las situaciones de acoso escolar, las situaciones de discriminación. Es importante contar con una red interdisciplinaria que permita abordajes y trabajos conjuntos.

PREVENCIÓN DE LESIONES NO INTENCIONALES

Constituyen la principal causa de muerte en la adolescencia (Ministerio de Salud de la Nación, PNSIA, 2016), especialmente las lesiones que involucran vehículos de transporte terrestre. Por ello, es importante conversar sobre los comportamientos asociados a la seguridad vial (uso adecuado de casco en moto y bicicleta, cinturón de seguridad, no consumo de alcohol, etc.).

ANTICONCEPCIÓN

Si lxs adolescentes mantienen relaciones sexuales con posibilidades de embarazo no deseado, ofrezcamos métodos anticonceptivos. Si estuviera embarazadx, podemos brindar espacio de asesoría en opciones y ofrecer información sobre la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), si amerita.

INMUNIZACIONES:

- Vacuna contra el HPV (a los 11 años, dos dosis) para varones de 11 años nacidos a partir de 2006 y mujeres de 11 años nacidas a partir del 2000. También se indica la vacuna a todas las personas con VIH o con trasplantes de órganos de entre 11 y 26 años.
- Vacuna Triple bacteriana Acelular a los 11 años (a partir del 2009) luego una dosis de Vacuna Doble Adultos (difteria, tétanos) cada 10 años.
- Triple Viral o Doble Viral (dos dosis) si no constan en carnet.
- Antipoliomielíticas. En menores de 18 años actualizar esquema si está incompleto. En mayores, solo si tienen riesgo de infección.
- Vacuna contra virus Hepatitis B (tres dosis, si no consta en carnet que se hayan aplicado en la infancia).

(In)visibilización y salida del closet



Salir del *closet* implica aceptarse y asumirse como lesbiana, gay, bisexual, trans y/o intersex. Es “encontrarse con unx mismx [...], es un proceso liberador” (CHA, 2016:11). Para algunas personas no supone ningún conflicto, pero para otras es un proceso doloroso en el que tienen que enfrentarse con multitud de prejuicios sociales que de alguna manera pueden haber hecho propios. Como señala la CHA (*Ibid.*), no hay edades para salir del *closet*: algunas personas nunca estuvieron dentro, otras salieron muy jóvenes, algunas más tarde y algunas no lo han hecho aún.

Si bien invisibilizar voluntariamente la orientación sexual, la expresión y/o la identidad de género puede ser un recurso de protección frente a un medio social hostil, cuando se transforma en una forma de vida y, por consiguiente, se vive la sexualidad, la identidad o expresión de género con sufrimiento, estamos frente a un problema de salud sexual que ha sido generado por una vulneración histórica de los derechos de las personas LGBTI.

La OMS define la **salud sexual** como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, que requiere la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia, la ausencia de sentimientos de vergüenza, culpabilidad, de creencias infundadas y otros factores psicológicos que inhiban la actividad sexual o perturben las relaciones sexuales.

Es recomendable que, aunque sea un tema cargado de mucha susceptibilidad, **construyamos una relación de respeto, confianza y empatía** para poder hablar sobre la salida del *closet* y de la visibilidad de la orientación sexual, expresión e identidad de género de lxs adolescentes en sus diferentes contextos sociales.



Como hemos mencionado, la visibilidad en contextos hostiles puede vulnerabilizar a lxs adolescentes, por lo que debemos tener en cuenta las particularidades de cada caso a la hora de acompañar este proceso.

Las amistades suelen ser las primeras personas con las que se visibilizan lxs adolescentes LGBTI y una buena forma de comenzar el proceso de salida del *closet*. Si encontramos que aún no lo ha hablado con su círculo de amistades más íntimo, podemos preguntar el porqué y ofrecer contención y herramientas para desarrollar las habilidades necesarias y superar los posibles temores al respecto.¹⁴

Si bien la lucha por los derechos LGBTI ha ganado visibilidad y apoyo social y conseguido importantes victorias, como las leyes de Matrimonio Igualitario y de Identidad de Género, aún podemos encontrar resistencias a la diversidad sexual y de expresión e identidad de género en diversos ámbitos.

Los ámbitos educativos resultan especialmente conflictivos a la hora de visibilizarse como adolescente LGBTI, ya que es en este momento de la vida cuando comienzan a configurarse las diferentes posiciones en las relaciones de poder entre pares. En ocasiones, incluso las autoridades y docentes no están formadxs y sensibilizadxs con la diversidad sexual, expresión e identidad de género, por lo que pueden agravar la situación, avallando el acoso escolar, restándole importancia o invisibilizando la diversidad. Sin embargo, gracias al Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI), existen autoridades y docentes formadxs y sensibilizadxs que pueden resultar aliadxs clave en el acompañamiento de este proceso. En este sentido, una buena estrategia es sugerir a lxs

adolescentes LGBTI que consideren la posibilidad de salir del *closet* primero con algún referente escolar o docente con quien tenga especial confianza y se sienta contenidx.

Con respecto a la visibilidad en el ámbito familiar, debemos tener en cuenta que si lxs adolescentes LGBTI son dependientes económicamente de sus familias o si consideran que pueden ser expulsadxs de sus hogares, quizá lo oportuno sea esperar a ganar independencia económica y habitacional para visibilizarse en la familia. Para ayudar en este proceso, existen materiales especialmente diseñados para sensibilizar a familiares de jóvenes LGBTI que podrían ser de ayuda para acompañar el camino hacia la visibilización.¹⁵

En caso que lxs adolescentes ya se hayan visibilizado como LGBTI en alguno de estos espacios, podemos preguntar si ello generó algún tipo de problema, hostigamiento o violencia en la relación con sus amistades o en los ámbitos familiar, escolar y/o laboral.

Finalmente, en caso de considerarse necesario, podemos ofrecer una interconsulta con especialistas del equipo de salud o con organizaciones de la sociedad civil que puedan brindar asesoramiento sobre estas cuestiones. Además, podemos ofrecer acompañar al adolescente en la charla con adultxs de su confianza. **Es importante destacar que bajo ningún aspecto debemos hablar de su orientación sexual y/o identidad de género con terceros sin autorización expresa de lxs adolescentes.**

14. En el capítulo "Dinámicas..." se ofrecen algunas sugerencias para trabajar estas cuestiones.

15. Algunos de ellos se encuentran en el capítulo "Recursos audiovisuales" de esta publicación.

Sexo Anal

Si bien se tiende a asociar el sexo anal con las prácticas sexuales entre varones cis, nunca hay que presuponer dichas prácticas si la persona no las expresa libremente; por eso, es importante indagar con respeto y empatía.

También, es posible que existan estigmas sociales que deriven en sentimientos de vergüenza, miedo a la discriminación, identificación del sexo anal con la orientación sexual, entre otros; lo que puede dificultar consultas vinculadas con las relaciones sexuales anales. Por eso, es muy importante que los equipos de salud tomemos la iniciativa e incluyamos preguntas sobre estas prácticas en nuestras intervenciones.

Hablar de sexo anal con lxs adolescentes implica librarse de prejuicios, de juicios de valor ético-morales y de toda creencia que genere distancia y dificultad para hablar sin tapujos. Se debe explicar que es una forma de expresar su sexualidad sanamente, que no debe sentirse avergonzadx por ello, y que solo se hablará del tema para asegurar el cuidado y el disfrute de su sexualidad.

ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES EN EL SEXO ANAL



LUBRICACIÓN

El ano y la primera parte del recto no son áreas lubricadas naturalmente, por lo que la penetración puede ser dificultosa y dolorosa. Se recomienda lubricar previamente la zona con lubricantes de base acuosa. Desaconsejamos los de base oleosa ya que produce más fricción por liberación de calor, lo que puede generar malestar y romper el preservativo.

HIGIENE

Se aconseja una previa evacuación e higienización de la zona para evitar malestar; si bien los enemas son muy populares, se desaconseja su uso sistemático ya que pueden producir lesiones en la mucosa anorrectal y favorecer la transmisión de ITS.

En caso de una práctica sexual que incluya penetración anal y luego vaginal, se recomienda cambiar el preservativo entre un contacto y otro, para evitar el riesgo de contaminación con flora intestinal.



ESTIMULACIÓN

La zona perianal y anal es una zona rícamamente inervada, se la suele estimular con las manos y/o con la boca (sexo anal-oral). En este último caso, puede ocurrir la transmisión de infecciones (como la hepatitis A). Para disminuir el riesgo, se aconseja una correcta higienización previa o la utilización de campo de látex.

PREVENCIÓN DE ITS

La mucosa rectal en su primer tramo tiene capacidad absorbiva, razón por la cual se facilita la transmisión de ITS y/o VIH, aunque también puede tener lugar en cualquier porción del tracto anorrectal que posea minitraumatismos (comunes durante la evacuación o el mismo sexo anal). Por ello, es importante recomendar el uso de preservativos (de preferencia, lubricados) para evitar la transmisión de infecciones.

PAP ANAL

La realización de toma de muestra de la región anal para rastreo de lesiones con la técnica de Papanicolau está recomendada para personas con VIH; con lesiones por Virus del Papiloma Humano (VPH) en vulva, vagina o cuello uterino; en personas que practican el sexo anal receptivo; y en personas con inmunosupresión. La recomendación ministerial es realizarlo anualmente en dichos casos.

+ info EN

Más información en: Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Sida y ETS (2016b) *Relaciones sexuales anales. Conceptos y recomendaciones para equipos de salud.*

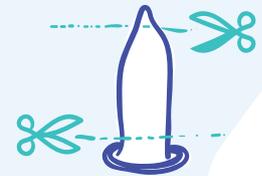
Uso de preservativos y campos de látex

El uso de preservativos se recomienda no solo como forma de prevención de embarazos, sino también de las ITS. En este sentido, se debe recomendar:

- Utilizarlo siempre desde el comienzo de la relación sexual y en cualquier tipo de prácticas penetrativas, sean vaginales o anales, tanto si involucran un pene o un juguete sexual.
- Utilizarlo también en prácticas de sexo oral realizado en penes, en vaginas o anos (campo de látex o preservativo abierto en forma de barrera de látex). Es importante mencionar que los campos o barreras de látex debe ser también utilizados una única vez por persona y práctica sexual y deben utilizarse de un solo lado.
- Para prácticas de exploración o penetración con dedos también se recomienda el uso de preservativos, guantes de látex o dediles especiales que pueden adquirirse en *sex shops*.
- En caso de utilizar lubricantes, es importante que sean solo de base acuosa, ya que los de base oleosa pueden deteriorar el látex y facilitar la rotura del preservativo.
- Cambiar el preservativo después de la eyaculación (antes de que el pene pierda la erección). Si el juguete sexual es utilizado para penetrar a más de una persona cambiarlo en cada ocasión.
- Evitar el uso de dos preservativos a la vez ya que el roce entre ellos puede deteriorar el material, hacerlos deslizar o provocar roturas.

PARA CREAR UN CAMPO DE LÁTEX A PARTIR DE UN PRESERVATIVO

01 Se retiran la parte superior y el anillo de la base



02 Se corta longitudinalmente.



03 Se obtiene una lámina que servirá como barrera de contacto.

Como equipos de salud es importante que ofrezcamos información adecuada y exhaustiva sobre la conservación, colocación y utilización de preservativos y campos de látex. Sin embargo, esta información no es suficiente. Teniendo en cuenta que nuestro objetivo es desarrollar en lxs adolescentes una conciencia y prácticas de autocuidado que promuevan la reducción de riesgos, es importante que reconozcamos que la utilización de preservativos y campos de látex, especialmente en la adolescencia, implica una serie de habilidades que van mucho más allá de las cuestiones técnicas. En este sentido, es indispensable que lxs adolescentes desarrollen habilidades para poder negociar asertivamente con cada persona con la que tienen prácticas sexuales, sean sus parejas estables o no.

A su vez, es imprescindible que en el momento de la consulta consideremos si lxs adolescentes presentan dificultades para negociar el uso efectivo del preservativo y campo de látex con sus compañerxs sexuales. Estas dificultades pueden estar asociadas a relaciones de poder asimétricas vinculadas al género, la clase social, etc. En este sentido, es aconsejable intervenir de forma integral, considerando la multiplicidad de variables involucradas a la hora de negociar el uso de protección, de manera que nuestra intervención esté dirigida a empoderar a lxs adolescentes para que consigan hacer valer su derecho a tener relaciones sexuales consentidas y protegidas.

ALGUNAS BARRERAS QUE PUEDEN PRESENTAR LXS ADOLESCENTES A LA HORA DE UTILIZAR PRESERVATIVOS Y CAMPOS DE LÁTEX Y POSIBLES FORMAS DE ABORDARLAS¹⁶

Falta de disponibilidad:

¿Qué podrías hacer para que esto no te vuelva a suceder? ¿Cómo podrías solucionar o cambiar esto?

Falta de acceso:

¿Dónde podés obtener preservativos o campos de látex?

Disminución del placer sexual y la sensibilidad:

¿Cuánto creés que realmente disminuye tu sensibilidad? ¿Qué te parece si ensayás con el preservativo y ves qué pasa con tus sensaciones? ¿En qué podría beneficiarte a vos o a tu pareja que la sensibilidad disminuya un poco?

Interferencia o interrupción en la relación sexual:

¿Qué creés que pasará con esto cuando lleven un tiempo usando preservativos o campos de látex? ¿Cómo podrías disminuir esta interferencia?

No es 100% efectivo:

Reforzar la idea de que no existe ningún método que sea 100% efectivo y que la eficacia del preservativo aumenta con la experiencia en el uso.

Relación de pareja:

La pareja estable se percibe sana y sin posibilidad de transmisión de ITS aunque no se sepa su historial sexual: la apariencia o el conocer socialmente a una persona no garantizan su estado de salud ni tampoco sus posibles prácticas de riesgo en sexualidad.

16. **Fuente:** Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (2016).

Reducción de riesgos en prácticas sexuales sin protección, diagnóstico y tratamiento de ITS

Cuando se usan correcta y sistemáticamente, los métodos de barrera son las modalidades de protección más eficaces para prevenir las ITS, incluido el VIH; estos métodos deben ser siempre recomendados. Sin embargo, es posible que, aun brindando información exhaustiva, lxs adolescentes no utilicen nunca preservativos o campos de látex en sus prácticas sexuales o no lo hagan siempre. Por eso, el asesoramiento se convierte en otra herramienta fundamental como intervención de prevención.

Ante cada caso en particular, debemos considerar la posibilidad de brindar asesoramiento e información sobre:

SÍNTOMAS DE LAS ITS

Explicamos que si bien muchas ITS pueden no dar síntomas o hacerlo más tarde, si notan cambios en el olor, el color o la cantidad de los fluidos, sienten picazón o aparecen verrugas o ampollas es necesario que consulten. Brindar esta información hace que lxs adolescentes puedan reconocer los síntomas de las ITS y aumentar las probabilidades de que busquen atención o acompañen a sus compañerxs sexuales a hacerlo.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

- A través de análisis de sangre: VIH, sífilis y hepatitis B.
- A través de análisis de fluidos y orina: chlamydia trachomatis y gonorrea.

TRATAMIENTOS DISPONIBLES

- La clamidiasis, la gonorrea, la sífilis (bacteriana) y la tricomoniasis (parasitaria) son generalmente curables y no suelen dejar secuelas si se tratan en etapas tempranas.
- Para el herpes, la medicación disponible no logra la curación pero atenúa los síntomas.
- Para el VIH, la medicación logra detener la progresión de la enfermedad y evitar su transmisión.
- En casos de hepatitis B, la medicación evita la progresión del daño hepático.

Además, podemos ofrecer:

- PEP (Profilaxis postexposición): implica la toma de medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión después de una posible exposición al VIH. Se utiliza en situaciones de emergencia y debe iniciarse lo antes posible y como máximo hasta las 72 horas posteriores a la exposición.
- TARV (Tratamiento o terapia antirretroviral): para las personas con VIH la TARV puede reducir hasta niveles muy bajos la cantidad de virus si se toma de manera correcta, todos los días.



- Vacunación para VPH y hepatitis B.

POSIBILIDADES DE TRANSMISIÓN DE ITS SEGÚN DISTINTAS PRÁCTICAS

Las prácticas que involucran el contacto digital-vaginal o digital-anal, particularmente aquellas en las que se utilizan elementos compartidos de penetración sexual, representan un posible medio para la transmisión de secreciones cervicovaginales o anales infectadas con el consiguiente riesgo de transmisión de ITS.

- El VPH, que puede transmitirse a través del contacto piel con piel, es común durante relaciones sexuales que implican contacto vulva con vulva.
- La transmisión sexual de VHS 1 y 2 y sífilis puede ocurrir en prácticas oral-vaginales.
- La infección por *C. trachomatis* en prácticas vulva-vulva podría ser frecuente.
- Aunque es infrecuente la transmisión de VIH en relaciones entre varones trans, mujeres cis lesbianas y bisexuales, puede ocurrir. Esto puede deberse a la presencia de sangre menstrual,

flujo vaginal y ciertas prácticas sexuales que puedan causar hemorragia accidental o deliberadamente.

- La hepatitis B se transmite por intercambio de sangre y otros fluidos corporales. Se necesita muy poca sangre o fluido para transmitir la infección.
- La hepatitis C se transmite principalmente a través del contacto con sangre infectada y la transmisión sexual es relativamente rara.
- El riesgo de contraer o transmitir el VIH a través del sexo oral es bajo.
- Los campos de látex y el TARV reducen aún más el riesgo de contraer el VIH mediante el sexo oral. Se debe evitar la eyaculación en la boca sin método de barrera.
- Las relaciones sexuales anales son la práctica sexual de mayor riesgo en cuanto a la transmisión del VIH. La pareja receptiva tiene un riesgo trece veces mayor. También se pueden exponer a otras ITS y a hepatitis A, B y C, parásitos como giardia y amebas intestinales, bacterias como shigella,

salmonella, campylobacter, y *e. coli*. que se transmiten a través de la materia fecal.

OTRAS PRÁCTICAS QUE AUMENTAN LA PROBABILIDAD DE TRANSMISIÓN DE VIH Y OTRAS ITS

- El uso de drogas y/o alcohol durante el sexo puede alterar las conductas de autocuidado y la toma de decisiones en cuanto a los métodos de barrera.
- Mantener relaciones sexuales de alta intensidad, prolongadas o múltiples durante un mismo período de tiempo puede provocar pequeños desgarros en los tejidos.

Juguetes sexuales

Existe una amplia variedad de juguetes sexuales disponible para todo tipo de prácticas sexuales. Lo importante es conocer la forma más sana y segura de utilizarlos siguiendo estas recomendaciones:

- Se recomienda utilizar juguetes libres de PVC o ecológicos.
- Se deben higienizar cuidadosamente con agua caliente y jabón neutro después de comprarlo, antes y después de usarlos en cada práctica sexual.
- Si se va a utilizar un juguete sexual con más de una persona, se recomienda utilizarlo con preservativo (no utilizar el mismo preservativo con diferentes personas).
- Si un juguete sexual se utiliza en ano y posteriormente en vagina o boca, se recomienda no realizar el contacto directo sin usar un preservativo entre un contacto y otro o, en su defecto, higienizar el juguete sexual entre ambos contactos.
- En caso de utilizar lubricantes, se recomiendan aquellos que sean compatibles con el material del que esté hecho cada juguete sexual. En términos generales, se sugiere utilizar lubricantes de base acuosa, ya que son generalmente compatibles con todo tipo de materiales.
- Se recomienda guardar los juguetes sexuales completamente secos en un lugar fresco y seco.



3.2.

Atención específica a adolescentes LGBTI según orientación sexual e identidad de género

ATENCIÓN GINECOLÓGICA PARA MUJERES CIS LESBIANAS, BISEXUALES Y VARONES TRANS

Las mujeres cis lesbianas y bisexuales y los varones trans con vagina pueden tener prácticas sexuales tan variadas como las personas cis heterosexuales.

Los riesgos de transmisión del VIH en prácticas sexuales vulva-vulva son menores a las prácticas pene-vagina o boca-pene, pero existen. De acuerdo con el Centro para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC) de EE.UU. (1999), las secreciones vaginales y la sangre menstrual pueden ser infectivas y transmitir el VIH.

De igual manera, la falta de protección durante las relaciones sexuales puede generar la transmisión de ITS (gonorrea, sífilis y las infecciones por hongos, vulvitis, vaginitis, cervicitis, candidiasis, moniliasis, clamidia, vaginosis bacteriana, virus del herpes simple, etc.).

Para la atención ginecológica de varones trans, es importante que nos familiaricemos con la diversidad corporal, asumiendo que existen varones con vagina y que, por lo tanto, pueden precisar de una atención para diagnóstico y/o tratamiento de problemas de salud ginecológicos.

PAP PARA VARONES TRANS Y MUJERES CIS LESBIANAS Y BISEXUALES

El desconocimiento y el prejuicio pueden llevarnos a creer que el PAP no es necesario para varones trans y mujeres cis lesbianas y bisexuales. Sin embargo, contraer el Virus del Papiloma Humano (HPV) es perfectamente posible para las mujeres cis que tienen sexo con mujeres cis y el riesgo de cáncer de cérvix no es exclusivo de mujeres cis heterosexuales. En varones trans que poseen vagina, es necesario que realicemos rastreo de cáncer de cuello uterino como en las mujeres cis, tengan o no relaciones con personas con pene.

Sin embargo, como en este caso nos referimos a adolescentes, no se recomienda realizar el PAP de rutina ya que, según el Programa de Prevención del Cáncer Cervicouterino,¹⁷ se recomienda la realización de PAP a partir de los 25 años y especialmente entre 35 y 64 años.

Para la atención ginecológica de varones trans, es importante que nos familiaricemos con la diversidad corporal, asumiendo que existen varones con vagina y que, por lo tanto, pueden precisar de una atención para diagnóstico y/o tratamiento de problemas de salud ginecológicos.

Fuente:

Aunque la prevalencia de ITS entre mujeres cis lesbianas es similar a la de las mujeres cis heterosexuales (FELGTB, 2012), de acuerdo con ILGA (2007), las mujeres cis lesbianas y bisexuales no suelen solicitar regularmente atención ginecológica.

OCULTAMIENTO DE MAMAS PARA VARONES TRANS Y MUJERES CIS LESBIANAS Y BISEXUALES

Es posible que los varones trans y las mujeres cis lesbianas, bisexuales y heterosexuales busquen ocultar total o parcialmente sus mamas para dar un aspecto pectoral más “masculino”. Para ello, es frecuente el uso de fajas, vendas y/o cintas adhesivas. Debemos recomendar el uso de fajas elásticas, entre ellas “la ortopédica tubular, la post-quirúrgica torácica y la post-embarazo” (Capicúa Diversidad, 2014:31), ya que son las que menos daños potenciales pueden causar en la piel. Es importante intentar que la compresión no sea demasiado ajustada para evitar problemas en la piel y en las glándulas mamarias y la dificultad respiratoria. Ya que las fajas cubren una porción importante de la piel, se recomienda minimizar el tiempo de utilización, quitársela a diario, no dormir con ella para evitar escoriaciones, escaldado de la piel, dermatitis, dolor en las mamas y grietas que favorezcan infecciones de piel y partes blandas. Para colocarlas, se recomienda llevar las glándulas mamarias hacia arriba y luego colocar la faja sobre ellas para minimizar los traumatismos en la piel de la zona. Finalmente, es importante mantener una correcta hidratación de la piel puesto que, al estar mucho tiempo comprimida, puede perder elasticidad; para ello

se recomiendan cremas hidratantes sin perfume. Debemos desaconsejar completamente el uso de cinta de embalaje debido a que “hace que los poros de la piel estén por muchas horas tapados y esto produce desde infecciones hasta necrosis” (Capicúa Diversidad, 2014: 31).¹⁸

ORINADORES PARA VARONES TRANS

Culturalmente, para algunas personas, el orinar de pie es importante a la hora de reforzar su masculinidad. Por tal razón, los varones trans para “evitar incomodidades en baños públicos, utilizan distintos dispositivos para orinar parados. Por ejemplo, existe uno muy parecido a un embudo” (Capicúa Diversidad, 2014: 32) que puede adquirirse en *sex shops*. Como sostiene Capicúa Diversidad, los orinadores también se pueden fabricar artesanalmente con una manija de bidón o con un trozo de manguera. Siempre debemos recomendar utilizarlos el menor tiempo posible e higienizarlos adecuadamente con agua caliente y jabón neutro para evitar infecciones urinarias.

18. Para más información sobre diferencias entre fajas, vendas y blinders o camisas compresoras, puede consultarse el documento “Aportes para pensar la salud de personas trans. Actualizando el paradigma de derechos humanos en salud” publicado por la organización Capicúa Diversidad en 2014.

TERAPIAS DE SUSTITUCIÓN HORMONAL PARA VARONES Y MUJERES TRANS

La ley de Identidad de Género argentina establece que, para acceder a la hormonización, las personas mayores de 18 años solo requieren solicitarlo y no se les debe exigir ningún tipo de diagnóstico, autorización judicial ni cambio en el DNI. Las personas menores de 18 años que así lo requieran pueden acceder a tratamientos de inhibición o freno del desarrollo puberal teniendo en cuenta lo establecido por la ley de Identidad de Género: cuando lxs menores de 18 cuentan con el aval de lxs adultxs responsables y la firma de un consentimiento informado, se inicia el tratamiento; cuando lxs adultxs no acompañan el deseo del menor, lxs adolescentes trans pueden recurrir a la justicia, que debe proceder de manera rápida y ágil a fin de que puedan ejercer su derecho lo más pronto posible. En 2015, el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Resolución N°65 elaborada en el marco de la mesa de trabajo de interpretación del régimen especial de salud según el Nuevo Código Civil y Comercial, adhirió al posicionamiento de que las personas a partir

Dentro del abordaje integral, tanto para varones como para mujeres trans, se recomienda incluir el rol de fonoaudiología en el entrenamiento de la voz, gestos y posturas para brindar una mayor comodidad con la identidad de género autopercebida.

de los 16 años, en lo que a la salud respecta, son adultxs que pueden tomar decisiones de manera autónoma, incluyendo los tratamientos de hormonización y las cirugías de modificación corporal contempladas en la ley de Identidad de Género.¹⁹

Ante este deseo se debe derivar a lxs adolescentes a un equipo idóneo en el tema. Recomendar fuertemente que no se autoadministren tratamientos hormonales sin una previa evaluación y un acompañamiento médico.

AUMENTO DE BUSTO PARA MUJERES TRANS

Para aquellas personas que desean aumentarse el busto sin pasar por una cirugía, existen prótesis de silicona hipoalérgica que se usan exteriormente sobre la piel, sostenidas por el corpiño.

OCULTAMIENTO DE LOS GENITALES PARA MUJERES TRANS

Comúnmente llamado “trucarse”, consiste en ocultar el pene y testículos para dar una apariencia de genitales femeninos. No todas las mujeres trans lo realizan, dado que existen diversas corporalidades trans. Existen múltiples técnicas, pero básicamente consisten en colocar los testículos en la cavidad testicular que se encuentra en la región inguinal y llevar el pene y la bolsa escrotal hacia atrás, presionándolos contra el periné, usando para ello una “ropa interior elástica y ajustada al cuerpo –por ejemplo de neoprene o medias de nylon– para mantenerlos en su lugar sin que se corran o se salgan” (Capicúa Diversidad, 2014: 36). Si bien es una técnica dolorosa y poco cómoda, no debemos desaconsejar su práctica puesto que muchas mujeres

19. Para más información sobre la Resolución N°65/2015, consultar Ministerios de Salud de la Nación, Secretaría de Salud Comunitaria (2015) y el material Atención de la Salud Integral de personas trans, travestis y no binarias. Guía para equipos de salud. Actualización 2020.

trans lo consideran fundamental en su expresión de género. Debemos desalentar el uso de cinta adhesiva para tal fin puesto que produce problemas en la piel.

MODIFICACIÓN DE CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS PARA MUJERES TRANS

Es frecuente que algunas mujeres trans recurran a la inyección de productos no orgánicos e inseguros para aumentar el volumen de pechos, caderas, pómulos, etc. Estos productos suelen ser masillas industriales, lubricantes de grandes maquinarias (aceites de avión), silicona líquida y otros productos no aprobados para su uso en humanos. Como consecuencia de su inyección intradérmica en condiciones no asépticas, pueden generar: infecciones de piel y partes blandas que comprometan la profundidad de la dermis, necrosis de tejidos, embolias químicas, grandes granulomas dolorosos, deformación del cuerpo e, incluso, sepsis. Es importante que informemos sobre estos riesgos y ofrezcamos como alternativa una interconsulta con personal idóneo (profesionales de la cirugía plástica y de la endocrinología) para realizar modificaciones físicas.

CONSIDERACIONES GENERALES PARA LA ATENCIÓN DE NIÑXS Y ADOLESCENTES INTERSEX

Resulta imprescindible que los equipos de salud trabajemos en conjunto con lxs niñxs y adolescentes intersex y sus entornos sociales y familiares para que las decisiones que se tomen en cada caso estén basadas en la información y la reflexión y sean libres de prejuicios y patologizaciones. En este sentido, resulta indispensable que tengamos en cuenta la identidad de género autopercebida de lxs niñxs y adolescentes intersex y, de esa forma, procuremos preservar su capacidad reproductiva y de goce sexual.

Como señala Amnistía Internacional, el relator especial de la ONU sobre el derecho a la salud ha declarado que “los proveedores de servicios de salud deben esforzarse en aplazar las intervenciones invasivas e irreversibles que no sean urgentes hasta que el niño tenga madurez suficiente para otorgar su consentimiento informado”, señalando que “esto resulta especialmente problemático en el caso de la cirugía genital en niños intersex, que es un procedimiento doloroso y de elevado riesgo sin beneficios médicos demostrados” (2017: 7).

En este sentido, debemos enmarcar la atención en salud de intersex en procesos integrales e interdisciplinarios, que cuenten –decida intervenir o no– con un seguimiento psicosocial adecuado y bajo ningún aspecto debemos realizar intervenciones invasivas e irreversibles sin el consentimiento de lxs niñxs y adolescentes, salvo que se requieran intervenciones urgentes para preservar la vida.

3.3.

Recomendaciones para la atención clínica a adolescentes LGBTI



Intentemos familiarizarnos con los términos específicos que atañen al colectivo LGBTI y utilice el mismo lenguaje que lxs adolescentes. En los capítulos “Conceptos y herramientas teóricas” y “Recursos audiovisuales” vas a encontrar muchos de ellos.

No temamos mostrar nuestra inexperiencia sobre el tema durante la consulta. Si surgiera algún concepto o práctica que no nos es familiar, no dudemos en preguntar a lxs adolescentes para clarificar su sentido y qué términos prefiere utilizar. Es posible que la sinceridad y la voluntad de saber y comprender ya esté marcando una diferencia con sus experiencias previas en el sistema de salud.

Promovamos la autonomía y el derecho a la atención de adolescentes LGBTI sin la compañía de adultxs para favorecer la accesibilidad y la confidencialidad de la atención en salud, asegurándonos de que la consulta no pueda ser escuchada por tercerxs.

También, podemos ofrecer la posibilidad de que lxs adolescentes LGBTI **acudan con su pareja a la consulta y/o persona de confianza.**

Revisemos que los instrumentos de recolección de datos (formularios, cuestionarios, fichas, etc.) **consideren la diversidad sexual, familiar y de identidades de género** y que las palabras representen al género gramatical femenino (“a”) y masculino (“o”) tanto en las palabras singulares como plurales, o bien, como lo hacemos en esta publicación, se utilice la “x” para evitar los binarismos.

Utilicemos lenguaje inclusivo durante toda la consulta:

- En lugar de asumir la heterosexualidad preguntando a los chicos si tuvieron relaciones con chicas y viceversa, preguntemos: ¿tuviste relaciones sexuales? ¿Fue con hombres, mujeres o ambos? ¿Cis o trans?
- Tengamos en cuenta la diversidad familiar. En lugar de preguntar por su madre o padre, preguntemos con quiénes viven. Muchxs adolescentes son hijxs de familias formadas por personas LGBTI, y/o viven con otrxs familiares como abuelxs, tíxs, etc.
- Superemos los binarismos: además de referirnos a “hombre/mujer”, “masculino/femenino”, “heterosexual/homosexual”, incluyamos siempre la opción “otro” o “prefiero identificarme como...”.

Hay muchas maneras de tener una “primera vez”. El coito entre una persona que tiene pene y otra que tiene vagina es solo una de las posibilidades y no implica necesariamente ser heterosexual.



Orientemos sobre el uso adecuado de preservativos y lubricantes, objetos y juguetes sexuales.



La sexualidad y la identidad de género pueden ser fluidas: evitemos exigir que se definan.

No es nuestro deber colocar etiquetas clasificatorias que puedan condicionar la vida de lxs adolescentes. De igual forma, es importante que respetemos la exploración y la incertidumbre (la propia y la de lxs adolescentes) evitando pensar que puede tratarse de una “fase” que pasará, ya que muchas veces no lo es. Como equipos de salud, nuestra prioridad debe ser acompañar y garantizar el acceso a la salud.

Evitemos minimizar riesgos basándonos en suposiciones.

Teniendo en cuenta la fluidez de las prácticas sexuales y de la identidad y expresión de género, debemos evaluar a lxs adolescentes LGBTI con al menos los mismos criterios básicos que a las personas que se autoperciben heterosexuales y tener en cuenta, además, sus respectivas especificidades.

Es posible ser adolescente LGBTI y ser o querer ser madre o padre. Es importante que evitemos suposiciones basadas en prejuicios y abordemos esta cuestión ofreciendo información sobre el acceso a la parentalidad y sus respectivas responsabilidades y cuidados vinculados a la salud. También es posible que un varón trans esté o desee quedar embarazado, que desee abortar un embarazo o que ya lo haya hecho.

Respetemos el derecho a la identidad: llamemos a lxs adolescentes trans por su nombre elegido, independientemente de si han realizado el cambio de nombre en su DNI, e informemos al resto del equipo para que lo haga también. Cuando llamemos a lxs adolescentes para que entren al consultorio, hagámoslo mencionando su apellido y no su nombre de pila. Así evitaremos que las personas trans que no hayan modificado sus documentos pasen un mal momento y evitaremos resistencias en la atención.

Exploremos el grado de visibilidad que tienen lxs adolescentes LGBTI en sus familias, en sus centros escolares, con sus amistades, en sus trabajos, etc.

Conozcamos el nivel de aceptación y comodidad de lxs adolescentes con su orientación sexual, expresión y/o identidad de género. Es posible que existan dudas, preocupaciones, fantasías y/o temores frente a posibles discriminaciones, etc.

Hablemos con lxs adolescentes LGBTI sobre los beneficios y los posibles retos que implicaría visibilizar su orientación sexual y/o identidad de género. Debemos ser cuidadosxs, realistas y conocer primero el grado de autoestima, autoafirmación, resiliencia y el nivel de concientización y respeto de las personas que lxs rodean antes de acompañarlx a dar el paso hacia la visibilidad.

Procuremos ofrecer siempre consejerías anticipatorias, por ejemplo, de estrategias no invasivas para la construcción corporal y la expresión de género.

Informemos acerca de los riesgos de la utilización de prótesis y materiales de implantes que no cumplen las condiciones de biocompatibilidad y **ofrecamos alternativos** para el “passing” (pasar inadvertidxs a través de técnicas corporales no invasivas).

Indaguemos sobre el grado de conocimiento que tienen lxs adolescentes sobre las organizaciones LGBTI y su posible participación en ellas. Y ofrezcámosles el listado de organizaciones LGBTI de su localidad, disponible en el capítulo “Instituciones y organizaciones de la sociedad civil” de este material.



No saquemos a nadie del closet sin su consentimiento: cuando lxs adolescentes LGBTI se visibilizan como tales en nuestra consulta, han elegido confiar en nosotrxs y no necesariamente en otras personas. Evitemos divulgar la información sin consultárselo. Es importante conocer y respetar los tiempos y procesos de cada persona.

Respetemos la negativa a responder a cualquier cuestión, la confidencialidad y la privacidad y solicitemos autorización antes de compartir con otras personas la información que nos haya dado, incluso con su familia: en ocasiones la discriminación puede existir dentro del propio núcleo familiar.

No cuestionemos o problematemos la diversidad sexual y las identidades de género con expresiones tales como “¿estás segurx?”, “¿cómo lo sabes?”, etc.

Informemos quiénes tendrán acceso a la información recogida en el historial médico.

Asegurémonos que las **derivaciones**, en caso de ser necesarias, sean hacia profesionales respetuosxs de la diversidad sexual, familiar y de identidades de género.



No nos centremos únicamente en la salud sexual o en las infecciones de transmisión sexual: es importante abordar la salud de manera integral, incluyendo los contextos y las relaciones sociales, la salud mental, los deseos y placeres, la percepción sobre el propio cuerpo y las posibles dificultades vinculadas a formas de discriminación relacionadas a la orientación sexual, identidad y/o expresión de género, la clase social, la edad, la diversidad cognitiva y funcional, la nacionalidad, etc.

Tengamos presente la posibilidad de recurrir a organismos de protección de derechos de niñxs y adolescentes y, de ser necesario, a la justicia, si lxs adolescentes han sido víctimas de violencia por su orientación sexual, expresión o identidad de género y/o violencia de género.

Conozcamos las posibles situaciones de **discriminación ejercida por pares, adultxs y familiares.**



El estrés de la minorización implica factores de riesgo propios: conozcámoslos. El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas puede ser más elevado que la media, existen impactos específicos en los hábitos alimentarios y en la relación con la imagen corporal. En caso de ofrecer centros de tratamiento, asegurémonos que sean respetuosos con la diversidad sexual, familiar y de identidades y expresiones de género.

3.4.

Recomendaciones para la asesoría de familiares y/o cuidadorxs de adolescentes LGBTI

En caso de contar con su consentimiento, intentemos contactar a sus familiares o cuidadorxs para estar al tanto del grado de conocimiento que tengan sobre la realidad LGBTI y sobre las dificultades que pueden atravesar lxs adolescentes LGBTI en los procesos de reconocimiento y visibilización.

Ofrezcamos a lxs familiares el **acceso a información adecuada y especializada.**

Indaguemos sobre el nivel de discriminación y prejuicio que pueda tener la familia: cuestionamientos como ¿qué hice mal? o preguntarse por las “causas” y “curas” son signos de discriminación y falta de información.

Informemos a la familia sobre la importancia de brindar contención a lxs adolescentes LGBTI: fortalece la autoestima y la propia aceptación reduce el riesgo de sufrir depresión o ansiedad y el riesgo de consumo problemático de sustancias.

De igual manera, **informemos a la familia sobre las consecuencias para la salud que trae la falta de apoyo en la salida del closet:** mayor riesgo de exposición a enfermedades tales como la anorexia, la bulimia, la ansiedad y la depresión, al consumo problemático de sustancias y al suicidio.

Con el objetivo de **profundizar la sensibilización de lxs familiares y/o cuidadorxs de lxs adolescentes LGBTI**, podemos ofrecerles el acceso a los materiales disponibles en el capítulo “Recursos audiovisuales” de este documento.



CAPÍTULO 4

Dinámicas

para abordar la diversidad sexual y de expresión e identidad de género con adolescentes



#4



Con el objetivo de llevar más allá del consultorio las propuestas teóricas y prácticas ofrecidas en este material, presentamos una serie de actividades y dinámicas para abordar la diversidad sexual y de expresión e identidad de género con adolescentes.

Partiendo de la reflexión sobre la construcción de la otredad y la deconstrucción de prejuicios, estereotipos y mitos, estas actividades y dinámicas abordan desde los desafíos de la visibilización hasta la importancia de la reflexión sobre el proyecto de vida y el fortalecimiento de las habilidades sociales. Teniendo en cuenta las características espaciales y temporales de los espacios de salud, las actividades y las dinámicas propuestas son de corta duración y no precisan de grandes espacios o insumos materiales para realizarse.

Es importante destacar que las actividades propuestas requieren de formación y preparación para orientar los debates; quien las coordine deberá valorar los diversos saberes, pero también problematizar y promover reflexiones profundas, ofreciendo la información adecuada en cada caso, para no contribuir a reforzar estereotipos y prejuicios. Como en toda intervención, partiremos introduciendo la temática a tratar, aclarando siempre que el disparador será trabajar sobre el género y la sexualidad desde el marco de los derechos humanos. Debemos tener en cuenta que algunas cuestiones pueden resultar sensibles, por lo que algunxs adolescentes participarán más que otrxs, e incluso habrá quienes decidan no hacerlo.

En cualquier caso, lo fundamental es que prioricemos la escucha y el respeto. Luego de cada actividad, proponemos realizar un cierre en el que se retome lo trabajado, se recuperen las principales sensaciones y se ofrezca la información y los recursos adecuados a cada caso.

Algunos elementos para tener en cuenta en las actividades:

- Adaptemos las dinámicas al grupo (edades, experiencias previas, grado de confianza, entre otras características).
- Formulemos preguntas disparadoras que favorezcan la circulación de la palabra.
- Prestemos atención al espacio en el que realizaremos las dinámicas y, si las realizaremos en la sala de espera, destacar que la participación es optativa y que no interrumpe la atención.
- Aportemos datos, recursos y estrategias que tienen lxs adolescentes para acceder a la información.
- Dejemos un espacio hacia el cierre de la dinámica para las dudas, preguntas o consultas que puedan surgir.

4.1.

¿Iguales o diferentes?²¹



▶ OBJETIVOS:

Hacer más visible la diversidad sexual, las diferencias desconocidas, las distintas realidades e impulsar la reflexión sobre la Igualdad de derechos.

🕒 DURACIÓN:

30 minutos.

📄 MATERIALES:

No se requieren materiales, sí un espacio donde el grupo pueda moverse cómodamente.

ACTIVIDADES:

1. El grupo que va a desarrollar la dinámica se sitúa en mitad del espacio, lo más cerca posible y formando un círculo, mirándose unos a otros. Entonces se les pregunta si creen que son muy diferentes entre sí (se deja tiempo para una pequeña discusión de cinco minutos).
2. Una vez terminado el debate, se pide que se den vuelta y se les explica que a continuación se leerán diferentes frases. Si están de acuerdo con la frase, deberán dar un paso adelante, alejándose del círculo original.
3. A continuación, comienza la lectura de las frases (que pueden adecuarse según la edad, el nivel de confianza y el clima del grupo).
4. Al final, se les pide que valoren la nueva distancia que les separa y, sentándose en círculo, se realiza un último debate sobre la diversidad.

FRASES:

- a. Creo que es imposible cumplir totalmente los estereotipos de “mujer” y “hombre”.

- b. Alguna vez tuve comportamientos que no eran los esperados para mi identidad.
- c. Alguna vez he besado a una persona de mi mismo sexo en la mejilla o en los labios.
- d. Alguna vez he abrazado a una persona de mi mismo sexo.
- e. Alguna vez me resultó atractiva una persona que no es del sexo que suele gustarme.
- f. Conozco familias homoparentales.
- g. Hay personas lesbianas, gays, bisexuales, trans o intersex en mi familia o entre mis amistades.

ALGUNAS PREGUNTAS POSIBLES PARA DINAMIZAR EL DEBATE:

- ¿Somos tan iguales como veíamos al principio?
- ¿Por qué siempre queremos parecer “iguales” cuando en realidad somos diferentes?
- Si tuviéramos más confianza, ¿cuántas diferencias más aflorarían?

21. Adaptado de: “La diferencia en silencio” (Consejo de la Juventud de Euskadi, 2016),

4.2.

Visibilizar y heterogeneizar la diversidad

▶ OBJETIVOS:

Mostrar que hay muchas formas posibles de ser LGBTI, pero también formas alternativas de ser heterosexual, y que serlo no es necesariamente un impedimento para formar parte activa y relevante de la sociedad a través de diferentes ámbitos como el deporte, el arte, la ciencia o los negocios.

⌚ DURACIÓN:

30 minutos.

📄 MATERIALES:

Fotografías de las personas mencionadas en la actividad.

ACTIVIDADES:

Para comenzar, repartiremos las fotografías entre lxs adolescentes. Daremos unos minutos para que reconozcan a las personalidades y, finalmente, preguntaremos si las conocían, a qué actividad se dedican o dedicaron, y si consideran que son heterosexuales, lesbianas, gays, bisexuales, trans o intersex y por qué. La actividad continúa con un breve debate sobre los argumentos de cada joven y se cierra con una reflexión sobre estereotipos y visibilidad.

Heterosexuales:

- Violeta Urtizberea, actriz.
- Adèle Exarchopoulos, actriz.
- Nick Jonas, músico, actor.
- Daniel Radcliffe, actor.
- Josh Hucherson, actor.

Lesbianas:

- Cumbio, flogger.
- Ellen Page, actriz.
- Ruby Rose, actriz.
- Ana Esteche, boxeadora.

Gays:

- Mika, músico.
- Tim Cook, CEO de Apple.
- Ricky Martin, cantante.
- Jim Parsons, actor.
- Jay Mamon, actor.
- Rodrigo Lussich, conductor de TV.

Bisexuales:

- Miley Cyrus, cantante.
- Billie Joe Armstrong, cantante.
- Sofía Gala, actriz.
- Demi Lovato, cantante.
- Cara Delevingne, modelo y actriz.

Trans:

- Hermanas Wachowski, directoras de cine.
- Florencia de la V, actriz.
- Andreja Pejic, modelo.
- Raewyn Connell, académica.
- Lizzy Tagliani, actriz.

Intersex:

- Caster Semenya, atleta.
- Cheryl Chase, fundadora de la Sociedad Intersexde Norteamérica.

4.3.

Libres de mitos

OBJETIVOS:

Conocer y derribar los principales mitos y prejuicios sobre las personas LGBTI.

DURACIÓN:

30 minutos.

MATERIALES:

Marcadores, biromes o lápices, hojas con frases impresas y espacio para escribir las respuestas.

ACTIVIDADES:

Para comenzar, repartiremos las hojas con las frases impresas y le pediremos a lxs jóvenes que indiquen si consideran que las afirmaciones son verdaderas o falsas y que escriban brevemente una justificación. Finalmente, se recogen las hojas y quien dirija la actividad cuenta el número de “verdaderos” y de “falsos” de cada frase; se reflexiona

conjuntamente sobre las respuestas y finalmente se ofrecen las breves explicaciones detalladas en el desarrollo de la actividad. El número de frases utilizadas puede variarse de acuerdo al número de participantes.

LISTADO DE FRASES:

1. Ser lesbiana, gay, bisexual, trans o intersex es una enfermedad.
2. Ser lesbiana o gay es antinatural.
3. Ser lesbiana, gay, bisexual, trans o intersex es pecado.
4. Se puede ser gay y “masculino” y ser lesbiana y “femenina”.
5. El VIH y el sida solo afecta a las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans o intersex.
6. Las mujeres cis lesbianas pueden contraer Infecciones de Transmisión Sexual.
7. Sentirte atraídx por alguien determina tu identidad sexual.
8. Las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans o intersex pueden tener hijxs.

1. ¿Ser LGBTI es una enfermedad?

FALSO.

El 17 de mayo de 1990 la Organización Mundial de la Salud (OMS) quitó la homosexualidad de su listado de enfermedades. La homosexualidad, transexualidad, travestismo, transgenerismo o intersexualidad en sí mismas no están asociadas con enfermedades, desórdenes mentales o problemas emocionales. Lo que genera sufrimiento a las personas LGBTI es el contexto social y cultural que aún hoy sigue patologizando y estigmatizando a las personas porque su orientación sexual, identidad o expresión de género no se corresponde con la norma.

2. ¿Ser lesbiana o gay es antinatural?

FALSO.

Existen más de mil quinientas especies animales que tienen prácticas homosexuales, desde parásitos hasta mamíferos. La idea de que ser lesbiana o gay es antinatural parte de la asociación arbitraria entre sexo y reproducción. Al igual que lxs humanxs, los pingüinos, bisontes, cisnes, jirafas, perros o chimpancés, entre otrxs, mantienen prácticas sexuales que no tienen como objetivo la reproducción, sino el placer.

3. ¿Ser LGBTI es pecado? FALSO.

Aunque la homosexualidad y la religión han sido tradicionalmente dos cuestiones presentadas como antagónicas, enfrentadas e incompatibles, a partir del reconocimiento social y legal que en muchas partes del mundo fue adquiriendo el colectivo LGBTI, la relación con la religión también ha ido transformándose. Alrededor del mundo, multitud de colectivos LGBTI han reivindicado su pertenencia a comunidades de fe, e incluso, el Papa Francisco afirmó en 2014: “Si una persona es gay y busca al Señor y tiene buena voluntad, ¿quién soy yo para juzgarla? El Catecismo de la Iglesia Católica dice que estas personas no deben ser discriminadas sino aceptadas”.

4. ¿Se puede ser gay y “masculino” y ser lesbiana y “femenina”? VERDADERO.

La orientación sexual no está relacionada con la expresión ni con la identidad de género. Es muy importante saber distinguir entre estos tres aspectos y contemplar las múltiples combinaciones entre ellos. Es posible ser gay (orientación sexual) y ser muy “masculino” (expresión de género) o lesbiana y ser muy “femenina”. De igual manera, una trans femenina (identidad de género), puede ser más o menos “masculina” o “femenina” de acuerdo a su expresión de género y tener relaciones sexuales con

hombres y mujeres cis o trans, todas estas opciones a la vez o ninguna de ellas (orientación sexual).

5. ¿El VIH y el sida solo afectan a las personas LGBTI? FALSO.

El VIH y el sida, al igual que otras ITS pueden ser contraídos y transmitidos por cualquier persona, independientemente de su orientación sexual. El nivel de riesgo de transmisión de ITS está determinado por las prácticas sexuales y no por las orientaciones sexuales. Detrás del prejuicio de que el VIH y el sida solo afectan a las personas LGBTI se encuentra la idea de que las personas LGBTI son más promiscuas que las cisheterosexuales. Sin embargo, hay muchas formas de ser LGBTI y muchas formas de transmisión de ITS.

6. ¿Las mujeres cis lesbianas pueden contraer ITS? VERDADERO.

Detrás de pensar que las lesbianas no pueden contraer ITS está la idea de que las mujeres cis lesbianas no tienen “verdadero sexo”, ya que no tienen coitos que involucren penes y vaginas. Por una parte, es importante reconocer que las mujeres cis lesbianas tienen prácticas sexuales tan variopintas como las heterosexuales, por lo que pueden tener prácticas de riesgo. Además, las ITS no se transmiten únicamente por la actividad sexual,

por lo que es posible que las mujeres cis lesbianas contraigan y transmitan ITS de cualquier tipo.

7. ¿Sentirte atraídx por alguien determina tu identidad sexual? FALSO.

Es importante distinguir entre deseos, fantasías y prácticas sexuales. Hay muchas personas que se sienten atraídas por tal o cual género y sin embargo no se definen a sí mismas como lesbianas o gays. Además, siempre es posible que seamos bisexuales. Es importante que consideremos los deseos, fantasías y prácticas sexuales como fluidas y no como algo inmodificable o que se mantiene estable a lo largo de nuestras vidas.

8. ¿Las personas LGBTI pueden tener hijxs? VERDADERO.

La reproducción y la sexualidad no siempre (de hecho, casi nunca) van de la mano. Desde tiempos inmemoriales las personas LGBTI han tenido hijxs de múltiples formas: a través del coito entre personas de diferente sexo, de la adopción o con cualquiera de las múltiples técnicas de reproducción asistida. Por eso, si somos LGBTI, sepamos que formar una familia puede estar en nuestro horizonte de posibilidades.

4.4.

La idea perdida

▶ OBJETIVOS:

Conocer las falsas creencias que lxs adolescentes pueden tener sobre la diversidad sexual y las identidades de género, para reflexionar y deconstruir prejuicios que se presenten durante la actividad.

🕒 DURACIÓN:

30 minutos.

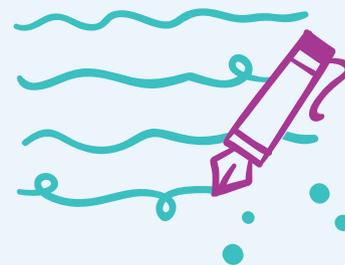
📄 MATERIALES:

- Confeccionar 18 tarjetas en papel o cartón. Escribir en seis de ellas las palabras indicadas en la columna de números, en otras seis las palabras de la columna de letras y dejar seis en blanco.
- Lápiz, birome o marcador para escribir en las tarjetas en blanco.

ACTIVIDADES:

Se ponen las seis tarjetas de cada columna en cajas diferentes, se mezclan y se les pide a lxs jóvenes que tomen una tarjeta de cada caja, sin mostrársela a nadie. Una vez que hayan leído el contenido de cada tarjeta, se les pide que las guarden y que escriban (sin que nadie mire) en una tercera tarjeta en blanco (previamente repartida) una frase que complete la oración. Esta tercera tarjeta, la depositan en una tercera caja donde se mezclan. Comienza la segunda fase de la actividad, donde lxs jóvenes, que conservan aún sus dos tarjetas iniciales, sacan la tercera tarjeta de la nueva caja y, mostrando las dos tarjetas iniciales, completan finalmente la oración. Cada joven lee cómo quedó la frase y dice si está de acuerdo con ella y por qué. Se termina reflexionando conjuntamente sobre los mitos y estereotipos que reflejan las frases y lo arbitrarios que suelen ser. Intercambiar apreciaciones y elaborar un listado de conclusiones.

- | | |
|-----------------------|--------------|
| 1. Las lesbianas | A. Son |
| 2. Los gays | B. Tienen |
| 3. Lxs bisexuales | C. Nunca |
| 4. Lxs trans | D. Siempre |
| 5. Lxs intersex | E. No pueden |
| 6. Lxs heterosexuales | F. Deberían |



4.5.

Salir del *closet*²²

▶ OBJETIVOS:

Analizar la salida del *closet* como fenómeno y visibilizar la heteronormatividad.

🕒 DURACIÓN:

20 minutos.

📄 MATERIALES:

Soporte para ver el video: “La mejor manera de salir del armario”

<https://www.dailymotion.com/video/x322j3z>

ACTIVIDADES:

1. El video se presenta con seriedad diciendo: “Tras muchos estudios, al final lxs expertxs encontraron las maneras más apropiadas para salir del *closet* y las vamos a presentar en un video”.
2. Después del video, aprovechando el clima alegre y tranquilo, se da comienzo al debate sobre el tema.

Algunas preguntas para dinamizar la discusión:

- ¿Saben en sus casas su orientación sexual o identidad de género?
- ¿Las personas heterosexuales deben salir del *closet*?, ¿por qué?
- Viendo el video, ¿cómo lo harían en casa?

Finalmente, se puede hablar sobre las dificultades de salir del *closet* y sus posibles consecuencias individuales y sociales.

A veces surgen “dudas” sobre la identidad y orientación del autor. También ayudan al debate estas dudas, así como subrayar el porqué de la necesidad de aclararlas.

22. Adaptado de: “¿Cómo salir del armario?” (Consejo de la Juventud de Euskadi, 2016).

4.6.

Entrevista conmigo mismx dentro de diez años²³

▶ OBJETIVOS:

Practicar la proyección a futuro en el largo plazo, conocer nuestros deseos, expectativas, miedos, preocupaciones y limitaciones y comenzar a pensar estrategias para superarlas.

🕒 DURACIÓN:

30 minutos.

📄 MATERIALES:

Una hoja con las preguntas de entrevista para cada adolescente.

ACTIVIDADES:

Para comenzar, se propone a lxs adolescentes que se imaginen dentro de diez años y que imaginen los siguientes aspectos de sus vidas futuras:

- Estudios/trabajos.
- Relaciones afectivo-sexuales.
- Amistades.
- Relaciones con la familia.
- Salud.
- Felicidad.

Se pide que reflexionen sobre cómo piensan lograr esas proyecciones. Después, se lxs divide en parejas para que se hagan las preguntas de la entrevista por turnos.

GUÍA DE ENTREVISTA:

- ¿Cómo te llamas?
- ¿Qué edad tenés?
- ¿Estudiás? ¿Qué estudiás?
- ¿Trabajás? ¿En qué? ¿Cómo conseguiste el trabajo?
- ¿Estás con alguien? ¿Cómo se llama? ¿Te casaste?

- ¿Tenés hijxs?
- ¿Vivís solx o con alguien más?
- ¿Seguís teniendo lxs mismxs amigxs?
- ¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre?
- ¿Cómo te llevás con tu familia?
- ¿Tenés buena salud?
- ¿Cuáles fueron tus mejores experiencias y logros en estos últimos diez años?
- ¿Sos feliz?
- ¿Qué aconsejarías a lxs adolescentes para que consigan sus objetivos?

Finalmente, se les pide que vuelvan a su edad actual y que contesten las siguientes preguntas:

- ¿Qué podemos hacer ahora para influir en nuestra propia vida dentro de diez años?
- ¿Hacemos lo posible por conseguir nuestros objetivos?
- ¿Qué recursos y limitaciones tenemos para conseguirlos?

23. Adaptado de: Ruiz Lázaro, P.J. (1998: 267).

4.7.

Aprender a decir “no”²⁴

▶ OBJETIVOS:

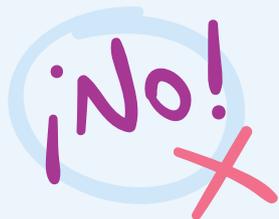
Aprender a decir no y a poner límites.

🕒 DURACIÓN:

20 minutos.

📄 MATERIALES:

Una hoja impresa con las “Instrucciones para decir ‘no’” para cada participante.



ACTIVIDADES:

Después de leer en voz alta las “Instrucciones para decir ‘no’”, se divide a lxs adolescentes en parejas y se les pide que, cara a cara, unx pida algo a otrx durante 4 minutos, utilizando todas las estrategias que se le ocurran (insistencia, chantaje emocional, manipulación, amenazas, etc.), mientras la otra persona dice “no” aplicando las “Instrucciones”. Pasados cuatro minutos, se intercambian los papeles. Finalmente, se comentan grupalmente las percepciones sobre uno y otro rol, se comparten posibles situaciones cotidianas en las que es más sencillo y más difícil decir que no y se reflexiona sobre las posibilidades de aplicar las “Instrucciones” en dichas situaciones.

INSTRUCCIONES PARA DECIR “NO”:

1. Escuchar activamente a la otra persona, sin interrumpirla, mirándola a los ojos, asintiendo con la cabeza y mostrando interés.
2. Intentar empatizar y expresar verbalmente cómo creemos que se siente la otra persona.
3. Expresar nuestro parecer sabiendo que tenemos derecho a expresarnos en términos emocionales (me duele, me da tristeza, me disgusta, etc.), sin discutir ni justificarnos. Si es necesario, repetir nuestro sentir y nuestra negativa una y otra vez, con tranquilidad, sin caer en las provocaciones que pueda hacer la otra persona.
4. Ofrecer alternativas concretas a la propuesta de la otra persona.
5. No ceder ante los posibles chantajes emocionales que la otra persona pueda hacernos ante las distintas alternativas.
6. Al final de los tres minutos, dar por terminada la conversación reafirmando las emociones y la decisión tomada.

24. Adaptado de: Ruiz Lázaro (1998: 234).

4.8.

La bolsa misteriosa

▶ OBJETIVOS:

Promover la reflexión crítica sobre la construcción binarista de masculinidad y feminidad y sus consecuencias sociales.

🕒 DURACIÓN:

40 minutos.

📋 MATERIALES:

Bolsa con diferentes objetos. Como sugerencias pueden ser: preservativos para pene, preservativos para vagina, campos de látex, lápices labiales, tampones, corbatas, pañuelos, diario íntimo, mamadera, utensilios de oficina, pastillas anticonceptivas, medias de red, botines de fútbol, productos de belleza y de limpieza, etc.

ACTIVIDADES:

En una ronda, proponemos a lxs participantes que, sin mirar, saquen un objeto de la bolsa y lo describan por fuera de su uso convencional: para qué se usa, quiénes lo usan, si es indistinto para varones y mujeres, cómo se usa, etc. (es conveniente que comience haciéndolo quien coordina, a modo de ejemplo). Durante la actividad, pueden aparecer estereotipos que sirvan como disparadores para trabajar los conceptos de diversidad sexual, expresión e identidad de género. Se propone finalmente un plenario, como cierre de la actividad, para pensar en conjunto sobre la construcción social de nuestros comportamientos, apariencias, vestimentas y otras expresiones y repensar las posibilidades más allá de la lógica binaria.

Algunas preguntas orientadoras para el debate:

- ¿Qué funciones tienen los objetos que están en la bolsa?
- ¿Qué objetos pueden usar los varones y las mujeres? ¿Por qué?
- ¿Qué piensan que sucedería si uno de los objetos que la sociedad considera femenino lo utiliza un varón y viceversa?



4.9.

Historia de unx bebé²⁵

▶ OBJETIVOS:

Explorar la atribución de valores y expectativas para varones y mujeres. Promover una visión crítica del sistema binario.

⌚ DURACIÓN:

40 minutos.

📄 MATERIALES:

Afiche y/o pizarra. Dos hojas con la misma fotografía de unx bebé, una con el título “La historia de Ana” y otra con el título “La historia de Juan” y la siguiente consigna.

Les pedimos que imaginen esta historia:

¿Cómo describirían a este bebé?
 ¿Cómo será cuando sea grande? ¿Qué hará en su tiempo libre? ¿Cuál será su juego favorito? ¿Va a estudiar?
 ¿Cuál será su ocupación? ¿Cómo será su vida familiar? ¿Cuáles serán sus sueños?

ACTIVIDADES:

Se divide a lxs participantes en dos grandes grupos y se explica la consigna de imaginar la historia de un bebé a partir de una foto (tener en cuenta hablar de “bebé” y no mencionar si es nene o nena). Lxs participantes deberán responder las preguntas repartidas a cada grupo, con la salvedad que al grupo uno se le entregará la hoja con el título “La historia de Ana” y al grupo dos “La historia de Juan”. Trataremos que los grupos no se den cuenta de la diferencia entre ambos títulos. Una vez que hayan finalizado se pide a los grupos que lean en voz alta sus respuestas y se las anota en un afiche, pensando cuáles comparten y cuáles no. Luego se revela a ambos grupos

que tenían la misma fotografía y se abre un debate para poder pensar en las consecuencias que tiene la socialización en las personas, en qué nos afecta el sistema binario y qué pasa con las personas que “trasgreden” los valores que la sociedad asigna para “lo masculino” y “lo femenino”. Finalmente, se puede hablar sobre las dificultades de salir del *closet* y sus posibles consecuencias individuales y sociales.

25. Actividad adaptada de Platero (2014: 323).

4.10.

¿Quiénes podemos ser en la sociedad?

▮ OBJETIVOS:

Entender los diversos roles que podemos ocupar en la sociedad de acuerdo con nuestra sexualidad. Comprender la desigualdad en el acceso a los derechos y reflexionar sobre posibles estrategias para modificarlo.

🕒 DURACIÓN:

40 minutos.

📄 MATERIALES:

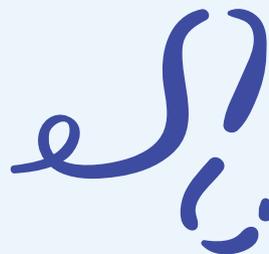
Papeles con diferentes tipos de personas. Lista de posibilidades.

ACTIVIDADES:

Se reparten entre lxs jóvenes papeles con tipos de personas en la sociedad. Luego se les pide que “asuman el rol” descrito en el papel. Para esto deberán visualizarse en ese rol (pueden pensar qué les gusta y qué no les gusta, si estudian, si trabajan, cómo es su familia, con quiénes viven, etc.) y ponerse un nombre. Formando un círculo, lxs participantes dirán su nuevo nombre y el rol que están asumiendo (según lo que les tocó) y quien coordina leerá la lista de posibilidades, lxs que se identifiquen, en su nuevo rol, con esa posibilidad, darán un paso hacia adentro de la ronda. Luego de cada lectura se observa cómo queda conformada la escena. Para el cierre de la actividad se realiza una rueda de comentarios recuperando sensaciones, emociones y realizando preguntas disparadoras.

Algunas preguntas orientadoras para el debate:

- ¿Se sintieron cómodxs en el rol que asumieron?
- ¿Qué sintieron al ocupar ese lugar?
- ¿Piensan que todxs tenemos las mismas posibilidades?
- ¿Cómo piensan que se puede modificar esto?
- ¿Qué estrategias son posibles en la escuela? ¿Y en el acceso a la salud?



ALGUNAS SUGERENCIAS PARA LAS LISTAS:

Lista de personas en la sociedad

- Varón cis heterosexual, dirigente político.
- Mujer cis heterosexual, docente universitaria.
- Adolescente intersex.
- Varón trans estudiante universitario.
- Joven de 16 años que cuestiona su género.
- Trabajadora sexual cis.
- Mujer cis lesbiana, casada.
- Mujer cis bisexual, estudiante de secundaria.

Lista de posibilidades

- Si lo elijo, puedo tener hijxs.
- Nunca me discriminaron en la escuela.
- Nunca me echaron de un lugar por besarme con alguien.
- La profesora me dijo que tengo que ir a un baño que no me identifica.
- Cuando voy al hospital me nombran como figura en el documento y no como elijo.
- A veces me dicen que estoy confundidx con mi sexualidad, que es por la edad.
- Muchas veces me dicen que nació en el cuerpo equivocado.
- Me han insultado por mi forma de vestir.
- A lo largo de mi vida, cambió mi orientación sexual.



4.11.

Dígalo con memes

▶ **OBJETIVOS:**

Reflexionar sobre las representaciones sociales en torno a la diversidad sexual y los mandatos sociales a partir de memes difundidos en internet.

🕒 **DURACIÓN:**

30 minutos.

📄 **MATERIALES:**

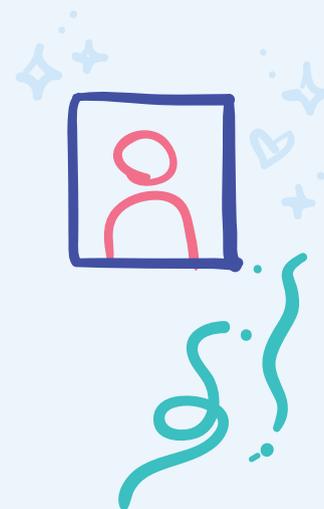
Memes impresos donde aparezcan representaciones sobre la diversidad sexual y cuestionamientos hacia la heteronormatividad. Pueden descargarse de:

<https://goo.gl/Knu9QZ>

fb.com/EIClosetlgbt

ACTIVIDADES:

Colocamos los memes boca arriba en el piso o en una mesa y pedimos a lxs participantes que recorran el espacio y elijan alguno que les llame la atención. Una vez que todxs hayan elegido, les pedimos que piensen qué les trasmite. Se abre la ronda y cada joven cuenta al resto del grupo cuál eligió y por qué. Podemos orientar la dinámica a partir de las siguientes preguntas: ¿De dónde viene la idea que expresa el meme? ¿Qué sentimiento les genera? ¿Escucharon a alguien que piense lo mismo? ¿Algo les parece inapropiado? Si ustedes hicieran el meme ¿les gustaría agregar algo? ¿Se les ocurre algún otro?



4.12.

Los roles se (de)construyen

▶ OBJETIVOS:

Propiciar la reflexión sobre la construcción social de normas, estereotipos y roles de género y reflexionar sobre el impacto que tienen en nuestras vidas.

🕒 DURACIÓN:

40 minutos.

📄 MATERIALES:

Cartulinas y fibrones. También pueden incorporarse revistas, tijera y pegamento.

ACTIVIDADES:

Dividimos a lxs participantes, de acuerdo a la cantidad puede ser en parejas, tríos o cuartetos, y se les entregan los materiales. Posteriormente, les damos la consigna a cada grupo, sin que escuche el resto: “Escribir lo que la sociedad espera de...”. En este punto la consigna varía y a algunos grupos se les dice “las mujeres”, a otros “los varones”, a otros “varones trans” y a otros “mujeres trans”. Sugerimos que pueden poner acciones, adjetivos, cómo deben comportarse socialmente, imágenes, o lo que se les ocurra. Luego, cada grupo deberá leer su cartulina mencionando “lo que la sociedad espera” y sin mencionar la identidad de género que les tocó, para que el resto de lxs participantes intenten adivinar de qué identidad se trata. Quien coordine orientará esta parte haciendo hincapié en las expectativas de la sociedad, la discriminación y desigualdad y la posibilidad de no identificarse con un único género.

Algunas preguntas orientadoras para el debate:

- ¿De dónde creen que vienen estos estereotipos y roles?
- ¿Dónde piensan que se aprenden?
- ¿Cómo afectan la posibilidad de tomar decisiones por nosotrxs mismos? ¿Es posible modificarlos?
- ¿Conocen a alguien que haya cuestionado estos estereotipos?
- ¿Es posible no identificarse con ninguna de estas identidades?
- ¿Cómo responde la sociedad ante una persona que sale de estos encasillamientos?

4.13.

Cinco maneras de decir...

▸ **OBJETIVOS:**

Reflexionar sobre las limitaciones del lenguaje y los términos peyorativos para nombrar la diversidad sexual. Proponer nuevas formas de nominación que respeten las diversidades

🕒 **DURACIÓN:**

30 minutos.

📄 **MATERIALES:**

Tarjetas con consignas.

CONSIGNAS:

- Cinco maneras de decir HETEROSEXUAL.
- Cinco maneras de decir LESBIANA.
- Cinco maneras de decir TRANS.
- Cinco maneras de decir GAY.
- Cinco maneras de decir CIS.
- Cinco maneras de decir BISEXUAL.
- Cinco maneras de decir MUJER.
- Cinco maneras de decir VARÓN.
- Cinco maneras de decir PERSONA.
- Cinco maneras de decir SER HUMANX.

ACTIVIDADES:

Se colocan las tarjetas boca abajo en una mesa o en el piso y se les pide a lxs participantes que tomen una. Cada participante deberá nombrar esas “cinco maneras de decir” en un minuto. Si no se le ocurren cinco, el grupo puede ayudar a completarlas. La persona que esté coordinando el taller orientará el debate para promover la reflexión sobre las limitaciones del lenguaje, la discriminación de algunos términos, el origen de otros y el uso social de cada uno.



4.14.

Ponerse en situación

▶ OBJETIVOS:

Fomentar la reflexión grupal sobre las limitaciones de las instituciones, a partir del análisis de una situación. Proponer estrategias para pensar más allá del sistema binario.

🕒 DURACIÓN:

40 minutos.

📄 MATERIALES:

Papeles afiche, revistas, tijera y pegamento.

ACTIVIDADES:

Como disparador, se leerá la siguiente situación: “Caro es una estudiante trans que se incorpora al tercer año de una escuela. Cuando va al baño de mujeres, algunas de sus compañeras la rechazan diciéndole que no se sienten cómodas con su presencia en el baño. Caro está angustiada y preocupada porque no se respetan sus derechos. Una de sus docentes planteó que puede usar el baño de profesorxs. Ella dice que es injusto, porque no es una profesora, sino una alumna. Caro logra hablar con la directora para que intervenga...”

Luego de la lectura, se plantean en voz alta algunas preguntas orientadoras y se les pide a lxs participantes que armen un collage donde propongan una intervención posible en la institución para que se respeten los derechos de Caro. Luego, en un plenario, se ponen en común los collages armados.

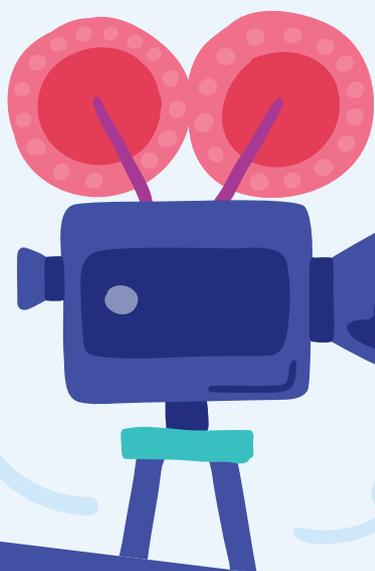
Algunas preguntas orientadoras para el debate:

- ¿Qué derechos están en juego en la situación?
- ¿Cuáles son las posibles intervenciones?
- ¿Creen que el lenguaje discrimina?
- ¿Cuáles son las respuestas posibles en una institución?
- ¿Piensan en esta situación como acoso escolar?

CAPÍTULO 5

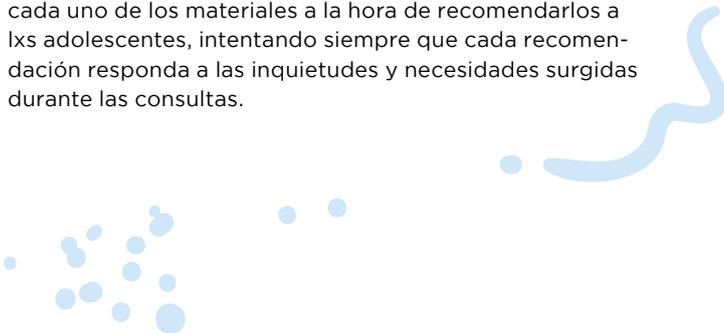
Recursos audiovisuales

#5



A continuación se ofrece una serie de recursos audiovisuales para apoyar el contenido teórico y práctico de esta publicación. Los diversos documentales y películas han sido seleccionados tanto para sensibilizar a los equipos de salud como para ofrecer referencias y experiencias a lxs adolescentes LGBTI.

Es importante que antes de recomendárselos a lxs adolescentes, sean los equipos de salud quienes se familiaricen con los recursos audiovisuales en una primera instancia, y reflexionen sobre la pertinencia, posibilidades y límites de cada uno de los materiales a la hora de recomendarlos a lxs adolescentes, intentando siempre que cada recomendación responda a las inquietudes y necesidades surgidas durante las consultas.



5.1.

Documentales

MATERIALES DEL PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL



Autoría: Ministerio de Educación de la Nación Argentina, Canal Encuentro.

Formato: Publicaciones y audiovisuales.

Materiales disponibles en: <https://www.argentina.gob.ar/educacion/esi/recursos>

Descripción: Esta recopilación de materiales producidos en el marco del Programa Nacional de Educación Sexual Integral incluye láminas, cuadernillos, lineamientos y trece cortos audiovisuales, entre otros materiales de sensibilización, que pueden resultar de suma utilidad para acercarnos, como equipos de salud, a las diferentes realidades adolescentes desde una perspectiva integral y diversa de la sexualidad y el género. Todos los materiales producidos por el Programa están pensados para articular el trabajo con las familias y las diversas instituciones.

DIVERDIFERENCIAS: POR UNA ESCUELA PARA TOD@S



Autoría: Ideas sin Género (Chile), Colombia Diversa, Instituto de Género (Perú).

Formato: Corto animado, 12 mins. (Chile/Colombia/Perú, 2012).

Disponible en: <https://vimeo.com/31411619>

Descripción: Este video aborda la relación entre igualdades y diferencias en el marco del proyecto "Homofobia en la escuela de los Andes". Si bien se trabajan las diferencias en general, se hace especial énfasis en aquellas derivadas de las orientaciones sexuales e identidades de género. El corto está presentado en breves capítulos y retoma las experiencias y reflexiones de jóvenes en torno a las consecuencias de ser diferentes en un mundo homogéneo. Ofrece también un material didáctico para trabajar en clase, que puede solicitarse a ideassingenero@gmail.com.

IGUAL DE DIFERENTES: IDENTIDAD SEXUAL



Autoría: Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI), Canal Encuentro.

Formato: Corto documental, 26 mins. (Argentina, 2013).

Disponible en: http://www.encuentro.gov.ar/sitios/encuentro/programas/ver?rec_id=117293

Descripción: En este documental se trabaja la identidad sexual y de género a partir de la reflexión sobre la experiencia de una joven trans en los centros educativos argentinos y se recuperan los testimonios de sus familiares y docentes. También muestra las reacciones de lxs estudiantes que la reciben en una dinámica de taller organizada por el INADI en sus escuelas.

JÓVENES Y DIVERSIDAD SEXUAL: TRANSFORMANDO EL PRESENTE, CONSTRUYENDO EL FUTURO



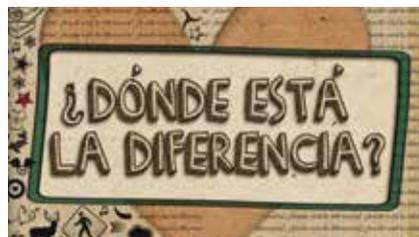
Autoría: Grupo de investigación Antropología, diversidad y convivencia.

Formato: Corto documental, 15 mins. (España, 2014).

Disponible en: <https://youtu.be/SySWkIDw6Vk>

Descripción: Este documental apuesta por la visibilización de la diversidad sexual y la reflexión sobre la igualdad, mostrando las experiencias y estrategias que adolescentes y jóvenes lesbianas, gays, bisexuales, trans y asexuales ponen en práctica en espacios cotidianos como la escuela, la familia, las amistades, el activismo o el uso de internet.

¿DÓNDE ESTÁ LA DIFERENCIA?



Autoría: Colombia Diversa y la Octava Productora, con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación de Extremadura y la RIE-LGBTI.

Formato: Corto animado, 1,54 mins.; documental 22 mins., guía, 16 págs. (Colombia, 2011)

Corto animado: <https://youtu.be/NDNCQJHcH1E> —

Documental: <https://youtu.be/yXNSvGSoqXg?list=PL-2338FC9F31FC1936>

Guía: <https://goo.gl/gSW262>

Descripción: Este cortometraje animado aborda la discriminación y el acoso escolar en la vida cotidiana de lesbianas, gays, bisexuales y trans, quienes muestran que las diferencias que se construyen sobre ellos están ancladas en prejuicios. También se retoman sus relatos sobre cómo fue compartir su orientación e identidad de género con sus familiares.

VESTIDO NUEVO



Autoría: Sergi Pérez.

Formato: Cortometraje, 13,30 mins. (España, 2007).

Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=LVdfnQPUYLY>

Descripción: Este cortometraje muestra qué tan preparado se encuentra el sistema educativo para incluir a niños que comienzan a manifestar una identidad de género autopercibida que no se condice con lo que se espera de ellos. Remite a la identidad de género específicamente, pero nos permite reflexionar sobre la convivencia escolar y su relación con la diferencia.

5.2.

Películas

¿CUÁL ES LA DIFERENCIA?



Autoría: Colectivo Ovejas Negras.

Formato: Cortometraje, 19,41 mins. (Uruguay, 2012).

Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=doyf6m79ZIs>

Descripción: Este video muestra cómo no tener en cuenta un enfoque de diversidad de género puede llevar a diagnósticos de salud erróneos, lo que puede afectar la salud de las personas LGTIB. Es parte de la iniciativa “Centros Libres de Homofobia” de Uruguay, organizada por el Colectivo Ovejas Negras, el Ministerio de Salud Pública, RAP, ASSE, la Universidad de la República Oriental del Uruguay y UNFPA Uruguay.

MÍA



Dirección: Javier Van de Couter.

Formato: Película, 105 mins. (Argentina, 2011).

Descripción: Una travesti que reside en la denominada “Villa Gay” ubicada detrás de Ciudad Universitaria en Buenos Aires vive del cartoneo y en sus recorridas nocturnas se cruza con una situación de violencia intrafamiliar que la acerca a una niña y su dinámica hogareña. La película muestra cómo las diferencias sociales y de género en un contexto hostil pueden generar conflictos, pero también ser una oportunidad para encontrarse y transformarse.

TOMBOY



Dirección: Céline Sciamma.

Formato: Película, 82 mins. (Francia, 2011).

Descripción: *Tomboy* en castellano significa “marimacho”. Esta película cuenta la historia de Laure, unx niñx que se muda con su familia a un nuevo vecindario y se presenta ante sus nuevos amigxs como Mickaël y decide vivir como un niño trans. Entre los juegos y el transcurrir de los días, lxs niñxs y su familia se dan cuenta del secreto tan bien guardado por él y comienza el conflicto que pone al descubierto el sistema binario hombre-mujer.

XXY



Dirección: Lucía Puenzo.

Formato: Película, 85 mins. (Argentina, 2007).

Descripción: Álex es unx singular adolescente de quince años que esconde un secreto y comienza a develarlo públicamente. La película muestra cómo una familia acompaña a su hijx a transitar el mundo con un cuerpo intersex que no se ajusta a los parámetros que la sociedad espera. La llegada de una pareja de amigos de los padres con su hijo también adolescente abre una historia de amor entre lxs jóvenes que pone en el centro de la película al cuerpo: ¿se debe intervenir desde niñx, se debe acompañar o el problema está en la mirada del entorno?

BUT I AM A CHEER LEADER



Dirección: Jamie Babbit.

Formato: Película, 85 mins. (EE.UU., 1999).

Descripción: Esta película de fines de los años noventa es ya un clásico de la comedia satírica LGBT. Cuenta la historia de Megan, una adolescente lesbiana que es enviada por sus familiares a un centro de rehabilitación para “curarla”, donde hay otros jóvenes gays y lesbianas, divididos en grupos oportunamente identificados con los colores azul y rosa. El periplo de la terapia de rehabilitación está plagado de pruebas para hacer hombres y mujeres “de verdad” que no reflejan más que estereotipos de género absurdos y nos ayudan a reflexionar sobre su arbitrariedad y rigidez, pero esta vez, desde el humor más ácido.

EL ÚLTIMO VERANO DE LA BOYITA

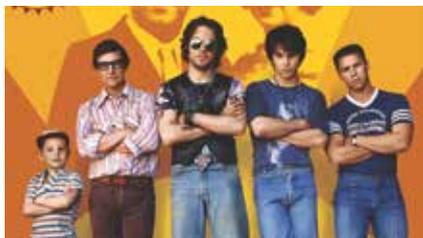


Dirección: Julia Solomonoff.

Formato: Película, 93 mins. (Argentina, 2009).

Descripción: Jorgelina, una niña que se acerca a la adolescencia, en un viaje con su familia que transcurre en el campo de su papá se encuentra con Mario, el hijo de uno de los peones. En ese encuentro, conocerán el amor y se insinúa el fin de la infancia.

C.R.A.Z.Y.



Dirección: Jean-Marc Vallée.

Formato: Película, 127 mins. (Canadá, 2005).

Descripción: Esta multiplemiada película canadiense aborda la cuestión de la visibilización de la diversidad sexual en entornos familiares hostiles. Cuenta la historia de Zach, un joven que en la década de 1970 en Canadá, quiere ser como los demás. Pero al descubrir su sexualidad en el contexto de una familia ultraconservadora y homófoba, Zach se da cuenta de que su diferencia lo lleva a un camino de cuestionamientos y exclusiones, pero también de autoconocimiento y redención.

HEDWIG AND THE ANGRY INCH



Dirección: John Cameron Mitchell.

Formato: Película, 94 mins. (EE.UU., 2001).

Descripción: Hedwig se sometió a una operación de cambio de sexo en Alemania y se casó con un soldado estadounidense para poder escapar al otro lado del Muro de Berlín. Ya en un parque de caravanas de Kansas, Hedwig forma un grupo de punk-rock con el que conoce a su amante y protegido. En este clásico del cine musical LGBTI, acompañamos a Hedwig, que nos cuenta la historia de su vida a través de canciones y animaciones que ya están en la memoria del colectivo LGBTI a nivel mundial.

LAS VENTAJAS DE SER INVISIBLE



Dirección: Stephen Chbosky.

Formato: Película, 103 mins. (EE.UU., 2012).

Descripción: Esta es una clásica película sobre las dificultades de ser adolescente en sociedades competitivas y excluyentes, donde la diferencia, cualquiera sea, es tomada como una amenaza y no como una virtud. Cuenta la historia de Charlie, un joven retraído que conoce a Patrick, un chico gay, y a su hermanastra Sam. La película reflexiona magistralmente sobre las posiciones marginadas y sobre la importancia de la singularidad cuando se cuenta con relaciones de amistad y contención para tener la valentía de ser unx mismx.

FUCKING ÅMÅL



Dirección: Lukas Moodysson

Formato: Película, 89 mins. (Suecia, 1998).

Descripción: Åmål es una ciudad sueca en apariencia no muy amigable para convivir con las historias de amor entre personas del mismo sexo; una ciudad donde lxs jóvenes toman alcohol para evadir un contexto en el que no hay demasiado para hacer. En ese medio, dos adolescentes comienzan a verse atraídas entre sí y la película retrata los vaivenes en la aceptación de su orientación sexual y el conflicto que representa mostrarse de esa forma ante lxs otrxs.

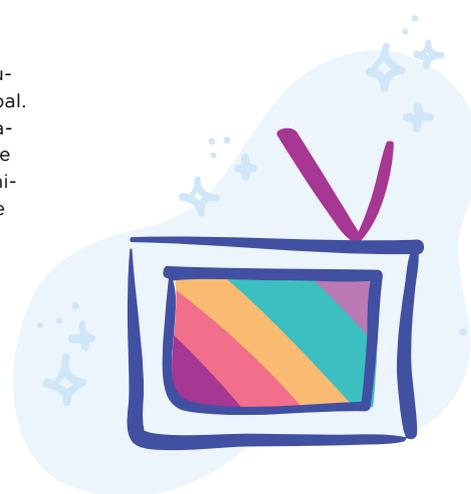
MILK



Dirección: Gus Van Sant.

Formato: Película, 128 mins. (EE.UU., 2008).

Descripción: Esta premiada película basada en hechos reales, narra la historia del primer político abiertamente gay en EE.UU., asesinado un año después de asumir su mandato como supervisor municipal. *Milk* cuenta una historia difícil, pero plagada de enseñanzas sobre la importancia de la aceptación de unx mismx y de la organización social y política para la defensa de los derechos de nuestros colectivos.

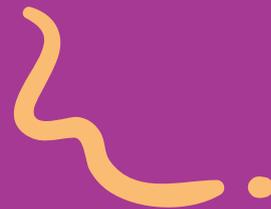


CAPÍTULO 6

Instituciones y organiza- ciones de la sociedad civil



#6



6.1.

Instituciones

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. DIRECCIÓN DE RESPUESTA AL VIH, HEPATITIS Y TUBERCULOSIS

www.msal.gob.ar/sida
 prevención-vih@msal.gov.ar
Línea Salud Responde:
 0800 3333 444 (gratis, anónima y confidencial).

DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

www.argentina.gob.ar/salud/sexual
 saludsexual@msal.gov.ar
Línea Salud Sexual:
 0800 222 3444 (gratis y confidencial).

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. DIRECCIÓN DE ADOLESCENCIAS Y JUVENTUDES

www.argentina.gob.ar/salud
 saludmasadolescencia@gmail.com
 Av. 9 de Julio 1925, CABA.
Teléfono: (011) 4379 9000
Fb: saludmasadolescencia.

INADI - INSTITUTO NACIONAL CONTRA LA DISCRIMINACIÓN, LA XENOFOBIA Y EL RACISMO

www.inadi.gob.ar
 direccionasistencia@inadi.gob.ar
Asistencia gratuita las 24 horas: 0800 999 2345

MINISTERIO DE LAS MUJERES, GÉNEROS Y DIVERSIDAD

<https://www.argentina.gob.ar/generos>
 Av. Paseo Colón 275, 5º piso (mesa de entrada), C1063ACC
 ministeriomgyd@mingeneros.gob.ar
Teléfono: +54 11 4342 9010 / 7079

CONSULTORIOS AMIGABLES Y CENTROS DE TESTEO RÁPIDO DE VIH

Desde Área de Prevención de la Dirección de respuesta al VIH, Hepatitis y Tuberculosis del Ministerio de Salud de la Nación, se desarrolló la Guía de Implementación “Consultorios amigables: un primer paso en la atención de las personas de la diversidad sexual”, donde se ofrece una sistematización a partir del análisis de los consultorios amigables que se encuentran en diferentes lugares del país y en cuya construcción participaron la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyETS) y/o los programas locales de VIH de nivel provincial o municipal. Además, se indagan sus prácticas concretas y se efectúan recomendaciones útiles para quienes se propongan implementar la estrategia.

Guía de Implementación “Consultorios amigables: un primer paso en la atención de las personas de la diversidad sexual”, disponible en: t.ly/MfiyC

Mapa de Consultorios Amigables y Centros de Testeo Rápido de VIH en CABA y Pcia. de Buenos Aires: <https://goo.gl/N32ZGk>

Existen, además, diversas direcciones y áreas municipales especializadas en diversidad sexual, expresión e identidad de género con las que podemos articular nuestro trabajo como equipos de salud.

6.2.

Organizaciones de la sociedad civil LGBTI

En este apartado se ofrece un listado de organizaciones de la sociedad civil que trabajan la diversidad sexual y de expresión e identidad de género. Sin pretensión de exhaustividad, esta compilación busca facilitar la articulación de los equipos de salud con las organizaciones sociales en cada territorio. Por otra parte, podemos ofrecer la información sobre organizaciones locales a lxs adolescentes LGBTI, para que establezcan vínculos asociativos y se informen sobre sus iniciativas, actividades, etc.



ORGANIZACIONES SOCIALES CON REPRESENTACIÓN NACIONAL

ASOCIACIÓN DE FAMILIAS DIVERSAS DE ARGENTINA (AFDA)

www.afda.com.ar

Av. Pueyrredón 1643, CABA.

info@afda.com.ar

Teléfono: (011) 4824-9108

Facebook: AFDA - Asociación Familias Diversas de Argentina

ASOCIACIÓN DE TRAVESTIS, TRANSEXUALES Y TRANSGÉNEROS DE ARGENTINA (ATTTA)

www.attta.org.ar

Av. Corrientes 2763, 4º piso dto. 11, CABA.

attta_argentina@yahoo.com.ar

Teléfono: (011) 5032-6335

FEDERACIÓN ARGENTINA LGBT (FALGBT)

www.falgbt.org

Av. de Mayo 881, CABA.

federacion@falgbt.org

Teléfono: (011) 4331-1237

Facebook: Federación Argentina LGBT (FALGBT)

JAG - JUDÍOS ARGENTINOS GLBT

jagargentina.blogspot.com

jag@judaica.org.ar

Facebook: Jag Argentina

Twitter: @JAG_Argentina

RED ARGENTINA DE JÓVENES Y ADOLESCENTES POSITIVOS (RAJAP)

www.rajap.org

Bartolomé Mitre 2815, piso 4 of. 404, CABA.

jovenespositivos@gmail.com

ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES

100% DIVERSIDAD Y DERECHOS

100porciento.wordpress.com

Florida 461, piso 1 of. "G", CABA.

cienporciento diversidad@gmail.com

Teléfono: (011) 4326-1175

Facebook: 100.por.ciento

ABOGADXS POR LOS DERECHOS SEXUALES (ABOSEX)

www.abosex.com.ar

abogadosderechossexuales@gmail.com

ASOCIACIÓN DE LUCHA POR LA IDENTIDAD TRANVESTI-TRANSEXUAL (ALITT)

Defensa 920, dpto. D, CABA.

alittorg@hotmail.com

Teléfono: (011) 4381-5854

CAPICÛA DIVERSIDAD

Contacto: Alan Otto Prieto.

alanottoprieto@gmail.com

Facebook: CAPICUA Diversidad

CENTRO CRISTIANO DE LA COMUNIDAD GAY, LÉSBICA, TRAVESTI, TRANSEXUAL Y BISEXUAL

comunicacionesdelcentro@speedy.com.ar

CHICXS KIDZ

kidzinformacione@gmail.com

Facebook: Chicxs Kidz

COLECTIVA LOHANA BERKINS

Facebook: LaBerkins

COMUNIDAD HOMOSEXUAL ARGENTINA (CHA)

Facebook @ CHAArgentina/

Tomás Liberti 1080, CABA.

informacion@cha.org.ar

Teléfono: (011) 4361-6382

GRUPO FUSA

https://grupofusa.org/

Lezica 3902, CABA.

info@grupofusa.org

Teléfono: (011) 4981 4241

LA FULANA. CENTRO COMUNITARIO PARA MUJERES LESBIANAS Y BISEXUALES

www.lafulana.org.ar

Av. Rivadavia 3412, CABA.

info@lafulana.org.ar

Teléfono: (011) 4383-7413 | (Mar. a Sáb. de 18 a 22 hs.)

SOCIEDAD DE INTEGRACIÓN GAY LÉSBICA ARGENTINA (SIGLA)

www.sigla.org.ar

Pasaje del Progreso 949, CABA.

Teléfono: (011) 4922-3351

VARELA DIVERSA

Aristóbulo del Valle 315, Florencio Varela, Bs. As.

Teléfono: (011) 1564813244

Facebook: varela.diversa

PROVINCIA DE BUENOS AIRES

AMADI MDP

Maipú 3248, Mar del Plata, Buenos Aires.

amadilgbt@hotmail.com

Teléfono: (0223) 156828345

Facebook: AMADI MdP

BARADERO DIVERSIDAD

Baradero, Buenos Aires.
baraderodiversidad@lgbt.org.ar

Teléfono: (0332) 9645064

Facebook:
BaraderoDiversidad

CONVIVENCIA EN DIVERSIDAD TANDIL

Chacabuco 392, Tandil,
Buenos Aires.
convivenciaendiversidad@gmail.com

Teléfono: (0249) 4420255

Celular de emergencia las 24hs: 0249-15468-9601

Facebook: Convivencia en Diversidad Tandil ONG

DIVERNOBA

Lincoln, Buenos Aires.
divernoba@gmail.com

Teléfono: (02355) 15575030

Facebook: divernoba

CHACO

UNIDOS POR LA DIVERSIDAD

Facebook: Unidos por la diversidad

Twitter: @unidos.diversidad

CHUBUT

AGRUPACIÓN CHUBUT-DIVERSX

<http://chubut-diversx.blogspot.com/>
lgbtmadryn@gmail.com

Contacto: Natalia Lavia.

Teléfono: (0280) 154400101

ATTTA CHUBUT

Francia 840, Comodoro Rivadavia

Teléfono: (0297) 4038724

Facebook: ATTTA Hombres Trans de Chubut

CÓRDOBA

CENTRO CULTURAL TRANS “LAURA MOYANO”

Facebook: Centro Socio Cultural Trans “Laura Moyano”

COLECTIVA DIVERSIDAD

Teléfono: (0351) 2357726
colectivadiversidadcba@gmail.com

DEVENIR DIVERSE

devenir.diverse@gmail.com

Contacto: Susana Pinzani.

Teléfono: (0351) 153871653

Facebook: @devenirdiverse.lgbtiq

MESA DE LA DIVERSIDAD SEXUAL ASOCIACIÓN CIVIL

Lamadrid 1038, Río Cuarto.
mesadeladiversidadr4@gmail.com

Teléfono: (0358) 154863555

Facebook:
mesadeladiversidad

ENTRE RÍOS

SEXUALIDADES DISIDENTES

sexualidadesdisidentes@gmail.com

Contacto: Nahuel Escalada.

Facebook: Sexualidades Disidentes

Twitter: @SDisidentes.
Parana



JUJUY

ANDHES (ABOGADOS Y ABOGADAS DEL NOA EN DDHH Y ESTUDIOS SOCIALES)

<https://andhes.org.ar/>

Salta 1241, piso B of. 2B
Centro, San Salvador de Jujuy.

andhes@andhes.org.ar

Directora Ejecutiva: Ana
Laura Lobo Stegmayer.

Teléfono: (0388) 4332143

Facebook: andhes.org

COINCIDENCIAS C.HO. JUY. ASOCIACIÓN CIVIL (COMUNIDAD HOMOSEXUAL DE JUJUY)

choju2004@hotmail.com

FUNDACIÓN DAMAS DE HIERRO

Palpalá, Jujuy.

Contacto: Lourdes Ibarra.

Teléfono: (0388) 4277615

Twitter: @fundamasdehierro

LA PAMPA

SOMOS DIVERSIDAD - GENERAL PICO

Facebook: somos diversidad

MENDOZA

MENDOZA LGBT

mendoza-lgbt@gmail.com

Contacto: Amanda Gómez.

Facebook: Mendoza LGBT

OMIN (ORGANIZACIÓN MENDOCINA PARA LA INTEGRACIÓN)

Lincoln 308, Guaymallén.

ominmendoza@gmail.com

Contacto: Diego Pedernera.

MISIONES

ASOCIACIÓN CIVIL FORTALECER MISIONES

info@insgenar.net

COLECTIVO 108.

Calle Belgrano 2270,
Posadas.

colectivo108@hotmail.com

Tels: (0376) 154865759 /
(0376) 154994090

Facebook:

[asociacioncolectivo108](https://www.facebook.com/asociacioncolectivo108)

Twitter: @Colectivo_108

LGBT MISIONES

lgbtmisiones@hotmail.com

NEUQUÉN

ALTO VALLE DIVERSO - RÍO NEGRO Y NEUQUÉN

Teléfono: (0299) 586-7138

altovallediverso_rn_nqn@yahoo.com.ar

Facebook: Alto Valle Diverso

COLECTIVA FEMINISTA LA REVUELTA - NEUQUÉN

www.larevuelta.com.ar

Teléfono: (9299) 472-2618

colectivalarevuelta@socorristasenred.org

Facebook: La Revuelta Feminista

MESA POR LA IGUALDAD NEUQUÉN

Calle Roca 265, 1er piso,
Neuquén.

mesaporlaigualdadneuquen@gmail.com

Facebook: Mesa por la Igualdad Neuquén

Twitter: @MesaNeuquen

RÍO NEGRO

ALTO VALLE DIVERSO - RÍO NEGRO Y NEUQUÉN

altovallediverso_rn_nqn@
yahoo.com.ar

Teléfono: (0299) 5867138

Facebook: Alto Valle
Diverso

COLECTIVA GENERANDO GÉNERXS BARILOCHE

San Carlos de Bariloche,
Río Negro.

generandogenerxs@hot-
mail.com

Facebook: Colectiva Gene-
rando Generxs Bariloche

SALTA

GRUPO TRANSPARENCIA SALTEÑA GTS / ATTTA SALTA

Mendoza 441, 1er piso, Ciu-
dad de Salta

mary.robles64@yahoo.
com.ar

Contacto: Mary Robles.

Facebook: Grupo Transpa-
rencia Salteña - GTS / ATT-
TA Salta

SAN LUIS

SERVICIO DE ASISTENCIA Y ASESORÍA LGBTIQ - UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN LUIS, FACULTAD DE PSICOLOGÍA, CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

victorandresmartinez@
gmail.com / santiagotho-
masrc@gmail.com

Teléfonos: (0266) 462-7767
(Araceli Saad) / (0266)
155029484 (Asesoría
LGTBIQ)

Facebook: Servicio de asis-
tencia y asesoría LGBTIQ

SANTA CRUZ

LAS HERAS DIVERSA

yohanab_14@hotmail.com

Contacto: Lic. Yohana
Sarmiento.

Facebook: Las Heras
Diversa

SANTA FE

RED DIVERSA POSITIVA

Maradona 825 bis, Rosario.
info.reddiversa@gmail.com

Teléfono: (0341) 451-7041

Teléfono Sede Nacional:
(0341) 2810098

Contacto: Jackeline Romero.

Facebook: reddiversa.
positiva

UNIDOS TODOS AC

Rosario, Santa Fe.

unidostodosac@gmail.com

Teléfono: (0341) 3150814 /
5761033

Facebook: UnidosTodosAC

VOX ARGENTINA ASOCIACIÓN CIVIL

[https://voxargentina.wor-
dpress.com](https://voxargentina.wordpress.com)

Entre Ríos 1087, Rosario.
Urquiza 2192 oficina 5º,
Santa Fe.

rosario@voxargentina.org
(sede Rosario) / santafe@
voxargentina.org (sede
Santa Fe)

Teléfono: (0341) 679-0678

Facebook: vox.asociacioncivil

SANTIAGO DEL ESTERO

ASOCIACIÓN DE TRAVESTIS, TRANSEXUALES Y TRANSGÉNEROS ARGENTINAS (ATTA) - SANTIAGO DEL ESTERO

Coordinadora: Zelena Rubi Gómez

diversidad40@gmail.com

Teléfono: (0385) 5238416

DIVAS - SANTIAGO DEL ESTERO

Contacto: presidenta Julieta Paz.

Teléfono: (0385) 5870988
fridapaz@outlook.com

Facebook: Divas (Diversidad Valiente Santiaguena)

TUCUMÁN

ACCIÓN POR LOS DERECHOS EN EL NOROESTE (ADN)

Contacto: Augusto Moeykens.

augustomoeykens@gmail.com

Facebook: ADN Tucumán

ANDHES (ABOGADOS Y ABOGADAS DEL NOA EN DDHH Y ESTUDIOS SOCIALES)

www.andhes.org.ar

Pasaje Tiburcio Padilla 160, San Miguel de Tucumán.

andhes@andhes.org.ar

Teléfono: (0381) 4207636

Directora Ejecutiva: Ana Laura Lobo Stegmayer.

Facebook: andhes.org

CENTRO EDUCATIVO TRANS DE PUERTAS ABIERTAS (CETRANS)

Av. Brígido Terán 320, San Miguel de Tucumán.

cetrans.tucuman@gmail.com

Facebook: Centro Educativo Trans de Puertas Abiertas

CLUB DE OSOS DE TUCUMÁN

vikingoolaf@yahoo.com

Contacto: Rodolfo Peralta.

Facebook: rodolfo.peralta.336

CRUZADAS (MUJERES, LESBIANAS Y BISEXUALES DE TUCUMÁN)

cruzatedevereda@gmail.com

Contacto: Estefanía Cajeano.

Facebook:

cruzadastortasorganizadas

LIBERTAD Y ORGULLO TRANS ORGANIZADO (LOTO)

Contacto: Mahia Moyano.

Teléfono: (0381) 392-4592 / (0381) 542-7065

Facebook: LibertadyOrgulloTransOrganizadx

TUCUMÁN DIVERSO

Felix de Olazábal 231, San Miguel de Tucumán.

fabianvera.filo@gmail.com

Teléfono: (0381) 5197334



CAPÍTULO 7

Marco normativo



#7



En este apartado se presentarán diferentes marcos nacionales, regionales e internacionales que orientan la política sanitaria en general y las intervenciones de los equipos de salud en particular, en lo relativo a los derechos de salud de niñas y adolescentes LGTBI. El contenido estará subdividido en tres ejes donde se expondrá un paneo sobre los principios que deberían orientar nuestro compromiso como equipos de salud.

7.1.

Lineamientos de escala global

SALUD, DERECHOS HUMANOS Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1948). Esta definición entró en vigor el 7 de abril de 1948. A su vez, la Declaración Universal de los Derechos Humanos firmada en el marco de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), también en 1948, otorga responsabilidades a los Estados. Establece que:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad. (Artículo 25, inciso 1, 1948: 7)

Esta declaración de la ONU tiene como uno de sus efectos la eliminación de la discriminación a grupos históricamente postergados en el acceso a derechos y prestaciones estatales. Estimula, asimismo, la creación de “servicios afirmativos que sean capaces de entregar un servicio y

asistencias de manera adecuada, promoviendo su bienestar y salud” (Fundación Todo Mejora, 2013: 7).

Según la OMS, la sexualidad también debe ser tenida en cuenta a la hora de desarrollar servicios que promuevan la salud de lxs usuarixs. La define como:

un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influenciada por la interacción de factores biológicos, psíquicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (OMS, 2006: 10).

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO

La Convención sobre los Derechos del Niño, firmada en el marco de la ONU en 1989, reconoció a lxs niños, niñas y adolescentes (NNyA) como sujetos de derecho. Los Estados miembro, a partir de la firma de esta Convención, debieron

ajustar sus marcos normativos para garantizar el desarrollo de lxs NNyA en contextos seguros y garantizar su participación activa en la sociedad en la que viven. En cuanto al acceso a la salud, la Convención implicó el deber de respetar el **interés superior** de lxs NNyA a través de intervenciones de salud que involucren su participación activa, la de sus acompañantes y la del equipo de salud que intervenga en pos de que:

- Todxs los participantes tengan toda la información necesaria para tomar decisiones.
- Toda la información que se brinde sea comprensible, especialmente para lxs NNyA.
- Identifiquen los derechos en juego y cómo pueden ser afectados por cada una de las alternativas.
- Se escuche a lxs NNyA implicadxs y se garantice su participación significativa.

COMISIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO DE LAS NACIONES UNIDAS

En 2013, la Comisión de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas elaboró un documento en el que rechazó especialmente la discriminación por “color de piel, origen nacional, religión, discapacidad, condición económica, sexo-género, identidad de género y orientación sexual” (ONU, 2013). Una de las preocupaciones de esta Comisión fue las desigualdades en el acceso a derechos originadas en el género de lxs NNyA y que tienen un impacto en su salud. Las normas y valores sociales arraigados en tradiciones y costumbres pueden minar el derecho de las niñas y los niños a la salud (ONU, 2013. Observación General N°15). En la Observación General N°14 se

estableció que:

- “El hecho de que el niño sea muy pequeño o se encuentre en una situación vulnerable (por ejemplo, los niños con discapacidad, los pertenecientes a grupos minoritarios y los migrantes) no le priva del derecho a expresar su opinión, ni reduce la importancia que debe concederse a sus opiniones al determinar el interés superior” (ONU, 2013).
- En cuanto a la identidad y proyecto de vida de lxs NNyA se incluyeron “características como el sexo, la orientación sexual, el origen nacional, la religión y las creencias, la identidad cultural y la personalidad. Aunque los niños y los jóvenes comparten las necesidades universales básicas, la expresión de esas necesidades depende de una amplia gama de aspectos personales, físicos, sociales y culturales, incluida la evolución de sus facultades” (ONU, 2013).
- En referencia a lo vincular, se señaló que se debe respetar la voluntad de lxs NNyA en la elección de las personas de su confianza o su familia, quienes lxs acompañarán en la toma de decisiones sanitarias.
- En lo que respecta al cuidado, protección y seguridad de lxs NNyA, se debe plantear el caso en relación con los derechos que están en juego y la forma en que las distintas respuestas disponibles puedan afectarlos. El interés superior de lxs niñas debe garantizar y propender a la satisfacción más amplia de sus derechos.
- En cuanto a la vulnerabilidad de lxs NNyA, se deben tener en cuenta los diferentes tipos y grados de vulnerabilidad de cada unx. Para conocer estas situaciones es muy importante escuchar a lxs NNyA y a las personas de su confianza,

convocadas para acompañarlx.

- Finalmente, se deben buscar alternativas y tomar decisiones que garanticen el mayor respeto de los derechos de lxs NNyA, especialmente a la salud y educación por ser indispensables para la consolidación de su autonomía (ONU, 2013).²⁶

PRINCIPIOS DE YOGYAKARTA

Los Principios de Yogyakarta fueron confeccionados por un grupo de especialistas en derechos humanos, en el marco de la ONU, en noviembre de 2006. A través de ellos se promovió la aplicación de legislación internacional en contextos locales sobre derechos humanos vinculados a la orientación sexual y la identidad de género. Los Principios de Yogyakarta reconocieron que la orientación sexual y la identidad de género eran “esenciales para la dignidad y la humanidad de toda persona y no deben ser motivo de discriminación o abuso” (Principios de Yogyakarta, 2007: 6).

Además, definen conceptualmente la orientación sexual e identidad de género²⁷ y parten de un diagnóstico en el que se reconocen avances globales en materia de igualdad y respeto a las orientaciones sexuales e identidades de género diversas. Los principios, a su vez, denuncian que en muchos Estados y sociedades la “vigilancia en torno a la sexualidad continúa siendo una de las fuerzas principales que sustentan la perpetuación de la violencia basada en el género y de la desigualdad entre los géneros” (*Ibid.*). Impulsan, asimismo, a los Estados a desarrollar políticas que incluyan el respeto a todas las orientaciones sexuales e identidades de género;

los insta a aprobar leyes que reconozcan a estas variables como motivos de discriminación que deben ser penados; y señala que deben eliminar cualquier legislación que pene, persiga o multe las actividades sexuales consentidas entre personas del mismo sexo. También impulsa la igualdad de la edad de consentimiento sexual entre personas del mismo o de diferente sexo.

En cuanto a la salud, el Principio N°17, titulado “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” establece que los Estados firmantes:

Adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean necesarias a fin de asegurar el disfrute del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género.

Adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean necesarias para asegurar que todas las personas tengan acceso a establecimientos, productos y servicios para la salud, incluidos los relacionados con la salud sexual y reproductiva, así como a sus propias historias clínicas, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género.

Asegurarán que los establecimientos, productos y servicios para la salud estén diseñados de modo que mejoren el estado de salud de todas las personas, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género; que respondan a sus necesidades y tengan en cuenta sus singularidades, y que las historias clínicas relativas a estos aspectos sean tratadas con confidencialidad.

Desarrollarán e implementarán programas encaminados a hacer frente a la discriminación, los prejuicios y otros factores sociales que menoscaban la salud de

26. Más información en: “Lineamientos sobre Derechos y Acceso de Adolescentes al Sistema de Salud” (Ministerio de Salud, PNSIA, 2015).

27. Estas definiciones fueron trabajadas en el capítulo “Conceptos y herramientas teóricas” de este material.

las personas debido a su orientación sexual o identidad de género.

Garantizarán que todas las personas estén informadas y su autonomía sea promovida a fin de que puedan tomar sus propias decisiones relacionadas con el tratamiento y la atención médica en base a un consentimiento genuinamente informado, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género.

Garantizarán que todos los programas y servicios de salud, educación, prevención, atención y tratamiento en materia sexual y reproductiva respeten la diversidad de orientaciones sexuales e identidades de género y estén disponibles en igualdad de condiciones y sin discriminación para todas las personas.

Facilitarán el acceso a tratamiento, atención y apoyo competentes y no discriminatorios a aquellas personas que procuren modificaciones corporales relacionadas con la reasignación de género.

Asegurarán que todos los prestadores de servicios para la salud traten a sus clientes, clientas y las parejas de ellos y de ellas sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, incluso en lo concerniente al reconocimiento como parientes más cercanas o cercanos.

Adoptarán las políticas y los programas de educación y capacitación que sean necesarios para posibilitar que quienes trabajan en el sector de salud brinden a todas las personas el más alto nivel posible de atención a su salud, con pleno respeto por la orientación sexual e identidad de género de cada una. (Principios de Yogyakarta, 2007: 23-24).

El Principio N° 18 de Yogyakarta refiere a los abusos médicos y establece que ninguna persona puede ser obligada a someterse

a ninguna forma de tratamiento, procedimiento o exámenes médicos o psicológicos, ni a permanecer confinada en un establecimiento médico, por motivo de su orientación sexual o su identidad de género. Con independencia de cualquier clasificación que afirme lo contrario, la orientación sexual y la identidad de género de una persona no constituyen, en sí mismas, trastornos de la salud y no deben ser sometidas a tratamiento o atención médicas, ni suprimidas. (Ibid., pág. 25).

En referencia a los abusos médicos contra lxs NNyA, el Principio N° 18 en sus incisos b y c establece que se

Adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean necesarias a fin de asegurar que el cuerpo de ninguna criatura sea alterado irreversiblemente por medio de procedimientos médicos que procuren imponerle una identidad de género sin su consentimiento pleno, libre e informado, de acuerdo a su edad y madurez y guiándose por el principio de que en todas las acciones concernientes a niñas y niños se tendrá como principal consideración su interés superior.

Establecerán mecanismos de protección infantil encaminados a que ningún niño o niña corra el riesgo de sufrir abusos médicos o sea sometido o sometida a ellos.

Finalmente, se agrega en el inciso f que se

garantizará que ningún tratamiento o consejería de índole médica o psicológica considere, explícita o implícitamente, la orientación sexual y la identidad de género como trastornos de la salud que han de ser tratados, curados o suprimidos. (Ibid.).²⁸

28. Para más información, consultar los Principios de Yogyakarta en el siguiente enlace: <http://www.yogyakartaprinciples.org/principles-sp/about/>

7.2.

Lineamientos de escala regional

CONSENSO DE MONTEVIDEO SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO. CONFERENCIA REGIONAL SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

En agosto de 2013 y en el marco de la ONU se realizó la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, en la ciudad de Montevideo. En esta reunión, conocida como “El consenso de Montevideo”, se concibe a lxs niñxs, adolescentes y jóvenes como sujetos de derecho. Allí, lxs representantes de los países miembros acordaron temas prioritarios; uno de ellos fue atender los derechos, necesidades y demandas de lxs niñxs, adolescentes y jóvenes para garantizarles una vida libre de pobreza, de violencia y sin ningún tipo de discriminación. El “Consenso de Montevideo” comprometió a los Estados miembro de América Latina y el Caribe a incrementar la inversión en la educación pública y en la implementación de programas de salud sexual y reproductiva integrales con el objetivo de prevenir embarazos en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro. A su vez, otro de los temas prioritarios acordados fue

asegurar la promoción de políticas que apunten al ejercicio de los derechos sexuales y la toma de decisiones en libertad y responsabilidad a partir del respeto de la orientación sexual, sin coerción, discriminación ni violencia con una participación activa de niñxs, adolescentes y jóvenes en el diseño de políticas que deben partir de un enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos. (CEPAL, 2013: 16).²⁹

En el marco de este ejercicio de derechos, se instó a los Estados a desarrollar políticas que brinden servicios de aborto seguros y de calidad para quienes cursan embarazos no deseados en pos de conservar la vida y salud de las mujeres y adolescentes.

29. Para más información, consultar el documento disponible en internet: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/S20131037_es.pdf

7.3.

Lineamientos de escala nacional

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (DDSSYRR)

La sexualidad está presente en todas las etapas de la vida y se encuentra atravesada por el medio en el que las personas o grupos desarrollan sus vidas cotidianas. Por este motivo, la atención de la sexualidad también atañe a lxs adolescentes de cualquier clase social, etnia, orientación sexual, identidad de género o cualquier otra distinción.

Entre los Derechos Humanos existentes, todas las personas y/o grupos tienen derechos sexuales y derechos reproductivos que están ligados a la libertad, la seguridad y a las condiciones básicas que cualquier ser humano debe tener para poder atender sus necesidades con dignidad. Los derechos sexuales refieren a “aquellos derechos que involucran la capacidad de disfrutar una vida sexual libremente elegida, satisfactoria, sin violencia ni riesgos” (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2013: 6). Los derechos reproductivos refieren “a la posibilidad de decidir en forma autónoma y sin discriminación si tener o no tener hijos, cuántos hijos tener y el espaciamiento entre sus nacimientos, para lo que se requiere disponer de información suficiente y acceso a los medios adecuados” (*ibid*).

La concreción de los DDSSyRR como lineamientos internacionales se traducen a nivel local en los siguientes principios:

- Disfrutar una vida sexual saludable y placentera, sin presiones, coacción ni violencia.
- Ejercer la preferencia y orientación sexual libremente, sin sufrir discriminación ni violencia.
- Elegir si tener o no hijxs, el número de hijxs, cuándo tenerlos, con quién y con qué intervalo entre unx y otrx.
- Recibir atención gratuita e integral de la salud sexual y reproductiva.
- Elegir el método anticonceptivo que más se adapta a sus necesidades, criterios y convicciones.
- Recibir de forma totalmente gratuita el método anticonceptivo elegido, incluidos la ligadura de trompas y la vasectomía, en hospitales, centros de salud, obras sociales y prepagas.
- Obtener información y orientación clara, completa y oportuna sobre salud sexual y reproductiva, expresada en términos sencillos y comprensibles.
- Acceder a la atención en salud sexual y reproductiva en un ambiente de respeto y garantía de confidencialidad, con preservación de la intimidad, de los derechos a la igualdad, a la no discriminación y a la autonomía.

Los DDSSyRR se reconocen como parte de los Derechos Humanos a nivel internacional están contemplados por la Constitución Nacional argentina, así como por las leyes nacionales sobre el tema. Algunas de estas leyes son:

1. Ley N° 25.673, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
2. Ley N° 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica.
3. Ley N° 26.485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.
4. Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente en su relación con los profesionales de la salud.
5. Ley N° 26.743 de Derecho a la Identidad de Género de las personas.
6. Ley 27.610 de Derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo.

LEY 25.673 DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE (2002)

Esta ley dio origen al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) en el marco del Ministerio de Salud de la Nación.

El Artículo N° 7 establece que todos los métodos y elementos anticonceptivos demandados por los beneficiarios aprobados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) deben ser incluidos en el Plan Médico Obligatorio (PMO) y, de esta forma, tanto los servicios del sistema público, como las obras sociales y las empresas de medicina prepaga deben incorporarlos en sus coberturas en forma gratuita.

LEY 26.061 DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES (2005)

En su Artículo N° 3 se promueve la máxima satisfacción integral y simultánea de los derechos y garantías de lxs NNyA.

- a) Su condición de sujeto de derecho.*
- b) El derecho de las niñas, niños y adolescentes a ser oídos y que su opinión sea tomada en cuenta.*
- c) El respeto al pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural.*
- d) Su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales.*
- e) El equilibrio entre los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes y las exigencias del bien común.*
- f) Su centro de vida. Se entiende por centro de vida el lugar donde las niñas, niños y adolescentes hubiesen transcurrido en condiciones legítimas la mayor parte de su existencia (Ley N° 26.061. Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes).*

Los principios de esta ley promueven el derecho a la vida, la dignidad y la integridad personal, a la identidad y la libertad de lxs NNyA. También contempla que deben ser representados por organismos públicos que defiendan sus intereses. En cuanto a la salud, la ley dispone en su Artículo N° 14 que los organismos del Estado deben garantizar:

- a) El acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad.*
- b) Programas de asistencia integral, rehabilitación e integración.*

c) Programas de atención, orientación y asistencia dirigidos a su familia.

d) Campañas permanentes de difusión y promoción de sus derechos dirigidas a la comunidad a través de los medios de comunicación social.

Toda institución de salud deberá atender prioritariamente a las niñas, niños y adolescentes y mujeres embarazadas.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud (Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes).³⁰

LEY 26.150 DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL (2006)

La sanción de esta ley creó el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, reconociendo que

todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal (Ley N° 26.150).

Esta ley entiende por educación sexual integral (ESI) a “la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos” (Artículo N° 1 de la Ley N° 26.150) e involucra a todos los establecimientos educativos desde el nivel inicial al superior de formación docente y los de educación técnica no universitaria. La ley compromete al Estado a capacitar a lxs educadorxs y a producir materiales didácticos que favorezcan la

transmisión de contenidos de acuerdo a la edad de lxs educandxs en pos de “formar su sexualidad y preparándolos para entablar relaciones interpersonales positivas” (Artículo N° 9, inciso d, Ley N° 26.150).

De acuerdo a cómo se reglamentó esta ley, los contenidos vinculados a la ESI deben incorporarse a todas las materias que componen la currícula escolar, vale decir que el tratamiento debe ser transversal. La perspectiva de la ley implicó que la sexualidad no se redujera a una perspectiva biologicista sino que contemplara el aspecto psíquico, social, afectivo, diverso y el goce de lxs educandxs. Es decir, la Ley N° 26150 obliga a los establecimientos educativos a tratar la sexualidad no solamente desde el aparato reproductor femenino y masculino, la (anti)concepción y las infecciones de transmisión sexual, sino que incorpora en el espacio áulico temáticas como la diversidad familiar, la orientación sexual, la identidad y expresión de género, los estereotipos de género, el reconocimiento del propio cuerpo y la violencia de género, entre otras temáticas.

30. Para más información sobre normativa general acerca del acceso de lxs adolescentes al sistema de salud, ver “Lineamientos sobre Derechos y Acceso de Adolescentes al sistema de salud” (Ministerio de Salud de la Nación, Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (2015).

LEY 26.743 DE IDENTIDAD DE GÉNERO (2012)

La ley de Identidad de Género (en adelante, LIG) reconoce a lxs trans el derecho a realizar la rectificación de su identidad legal (nombre y sexo) a partir de cómo la persona se autoperciba e incorpora en el Plan Médico Obligatorio (PMO) tratamientos hormonales y cirugías que usualmente lxs trans necesitan para adecuar su cuerpo a su autopercepción. Esta incorporación obliga a las obras sociales, a las empresas de medicina prepagas y a la salud pública a incluir prestaciones en forma gratuita.

La ley de Identidad de Género se constituyó como

una normativa precursora que procura garantizar la igualdad, el respeto y la dignidad de las personas trans, históricamente expropiadas del derecho a ser reconocidas según su identidad de género autopercebida (INADI, Ministerio de Desarrollo Social y Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de Nación, 2012: 11).

Algunos rasgos de la LIG que la convirtieron en una ley de avanzada a nivel global son los siguientes:

- a.** Es la primera ley de identidad de género a nivel mundial que reconoce a la identidad como un derecho humano y lxs trans no necesitan ampararse en diagnósticos patologizantes (disforia de género, por ejemplo) para acceder al cambio registral y/o a tratamientos médicos.
- b.** La rectificación de la documentación que otorga identidad (partida de nacimiento y documento nacional de identidad) parte de un trámite administrativo que consta en completar

una declaración jurada que no necesita la aprobación de un juez o una jueza ni de ningún tipo de comité de expertxs.

c. La reglamentación del Artículo N° 11 de la LIG garantiza el acceso a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar el cuerpo, incluida la genitalidad, a la identidad de género autopercebida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa. En el Anexo, se incluyen las siguientes cirugías: “mastoplastia de aumento, mastectomía, gluteoplastia de aumento, orquiectomía, penectomía, vaginoplastia, clitoroplastia, vulvoplastia, anexohisterectomía, vaginectomía, metoidioplastia, escrotoplastia y faloplastia con prótesis peneana, resultando la presente enumeración de carácter meramente enunciativo y no taxativo”.³¹

d. Toda norma, reglamentación o procedimientos de las instituciones deberá respetar el derecho humano a la identidad de género de las personas. Nunca se podrá “limitar, restringir, excluir o suprimir el ejercicio del derecho a la identidad de género de las personas, debiendo interpretarse y aplicarse las normas siempre a favor del acceso al mismo” (Artículo N° 13 de la LIG).

e. La LIG reconoce derechos a trans inmigrantes y a trans menores de edad.

f. La LIG se ampara en el Tratado de San José de Costa Rica y en el derecho superior de lxs NNyA para decidir quién se quiere ser aunque no cuente con el aval de lxs adultxs a cargo.

31. Para mas información, consultar la Reglamentación del Artículo N° 11 de la LIG.

LEY 26.657 DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS (2010)

Esta ley significó un cambio de paradigma en el abordaje de la salud mental ya que posiciona a lxs usuarios del sistema con problemas de salud mental como sujetos de derecho y promueve el cierre paulatino de las instituciones de encierro, como los neuropsiquiátricos, e impulsa la integración de lxs usuarios con el resto de la sociedad. Para los intereses de esta publicación, es importante tener en cuenta el Artículo N° 3 de esta ley en el que se define a la salud mental como

un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Artículo N° 3, Ley N° 26657).³²

En el inciso c del Artículo N° 3 de esta ley se señala que la elección o identidad sexual de las personas no puede ser motivo de diagnóstico en el campo de la salud mental. La importancia de este último punto radica en que se aleja del uso aún común de los manuales internacionales de psiquiatría en los que, de una manera u otra, se patologiza a las identidades de género trans.

Todo lo expuesto en este apartado intenta recuperar los principales lineamientos que atraviesan las prestaciones de salud en la Argentina, teniendo en cuenta los principales posicionamientos de organizaciones internacionales, regionales y de las leyes aprobadas en este país, muchas veces como derivación de los marcos globales y, en otras oportunidades, como posicionamientos locales innovadores como, por ejemplo, la ley de Identidad de Género. Esta recopilación no pretende ser exhaustiva sino reflejar los criterios internacionales, regionales y nacionales que, sin duda, mejorarán nuestras intervenciones como equipos de salud.

32. Para más información, consultar la Nueva Ley de Salud Mental.

Bibliografía

100% Diversidad y Derechos (2016) *Encuesta Nacional de Clima Escolar 2016 para Jóvenes LGTB*. Resumen Ejecutivo. Disponible en: <https://goo.gl/PFPpaz>

Amnistía Internacional (2017) *Ante todo no hacer daño. Garantizar los derechos de las personas menores de edad con variaciones de las características sexuales en Dinamarca y Alemania*. Disponible en: <https://goo.gl/hq772F>

Ayres, J. R. de C. M., Paiva, V., França, I., Gravato, N., Lacerda, R., Della Negra, M., Silva, M. H. (2006) "Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS", en *American Journal of Public Health*, 96 (6), 1001-1006. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470608/>

Bartolomé, M. (2006) "Discontinuidades en América Latina". *Revista Todavía N*º5. Buenos Aires.

Beauchesne L. (2003) *Les drogues. Les coûtes cachés de la prohibition*. Québec: Lanctôt Editeur.

Beltrán, E.; Maquieira, V. (2001) *Feminismos. Debates teóricos contemporáneos*. Madrid: Alianza Editorial. Disponible en: <https://goo.gl/jKh9km>

Berkins, L.; Fernández, J. (2005) *La gesta del nombre propio. Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Berkins, L. (2007) *Cumbia, copeo y lágrimas. Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros*. Buenos Aires: A.L.I.T.T Asociación de Lucha por la Identidad Travesti-Transexual.

Butler, J. (1990) *El género en disputa: Feminismo y la subversión de la identidad*. Madrid: Paidós.

Capicúa Diversidad (2015) *Informe sobre Acoso Escolar en Argentina*. Buenos Aires: INADI.

Capicúa Diversidad (2014) *Aportes para pensar la salud de personas trans. Actualizando el paradigma de los derechos humanos en salud*. Buenos Aires: Capicúa Diversidad. Disponible en: <https://goo.gl/LBg4cQ>

Castro, R. (2011) *Teoría Social y Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

CENEP / OPS (2000) *Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: OPS. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/46002>

CEPAL (2013) *Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014*. Montevideo: CEPAL, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 12-15 de agosto. Disponible en: <https://goo.gl/Rez7Wb>

Centros para el control y prevención de enfermedades. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/group/index.html>

Centros para el control y prevención de enfermedades (1999) *HIV/AIDS and U.S. Women Who Have Sex With Women (WSW)*.

Chocarro, I. A. (2014) *Manual para el monitor o monitorea. Educación en la diversidad afectivo-sexual desde la familia. Cómo educar a favor de la igualdad de valor y contra la violencia por motivos de orientación sexual e identidad de género*. Madrid: CEAPA. Disponible en: https://www.ceapa.es/wp-content/uploads/2019/01/manual_monitor_educar_en_la_diversidad_afectivo-sexual_1.pdf

Ciampolini Leal, A.; Pessoa de Melo, R.; do Frederico, A. (2016) "Atención integral a la salud del adolescente y el joven LGBT en el programa para adolescentes de la provincia de San Pablo implementando las directrices participativas", en *Archivos de Pediatría del Uruguay* 87/1. Disponible en: <https://goo.gl/K7hCMY>

CIDH (s/f) *Algunas precisiones y términos relevantes*. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/lgtbi/mandato/precisiones.asp>

Coker, T. R. et al (2009) "Health and Healthcare for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: Reducing Disparities through Research, Education, and Practice", en *Journal of Adolescent Health* 45, pp. 213-215.

- Colectivo Ovejas Negras** (2014) *Guía Didáctica Educación y Diversidad Sexual*. Disponible en: https://issuu.com/ovejasnegrasuy/docs/gu__a__did__ctica__educaci__n__y__diver
- Colectivo Ovejas Negras** (s/f) *Campaña gráfica de promoción de salud para lesbianas, gays, bisexuales y trans*. Montevideo: UNFPA.
- Colombia Diversa; Bernal, M.** (2010) *Provisión de servicios afirmativos de salud para personas LGBT*. Bogotá: Colombia Diversa. Disponible en: <http://colombiadiversa.org/colombiadiversa/documentos/otros-documentos/provision-de-servicios-salud.pdf>
- Comunidad Homosexual Argentina (CHA)** (2016) *+ Inclusión Sin Bullying. Campaña Nacional Contra El Bullying Homo / Lesbo / Trans / Fóbico*.
- Consejo de la Juventud de Euskadi** (2016) *Los colores de la sexualidad*. Disponible en: <https://egk.eus/es/publicaciones/informes/guia-colores-de-la-sexualidad/>
- Delgado, C.; Madriñán, J.; Seigel, W.** (s/f) *El pediatra y el adolescente homosexual*. Disponible en: <https://goo.gl/y9uquM>
- De Lauretis, T.** (1987) *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction*. Bloomington: Indiana University Press.
- De Stéfano, M.** (2017) "Hacerse hombre en el aula: la intersección entre masculinidad, homofobia y acoso escolar", en *Cadernos Pagu* 50. Disponible en: <https://goo.gl/gSgdcy>
- De Stéfano, M.; Pichardo, J.I.** (2016) *Sumando libertades: Guía Iberoamericana para el abordaje del acoso escolar por homofobia y transfobia*. Extremadura: Fundación Triángulo. Disponible en: <https://goo.gl/HMQvqW>
- Familias por la diversidad; Arco Iris** (s/f) *Contra la discriminación tú haces la diferencia guía para la normalización de la diversidad afectivo-sexual en los centros educativos y en las familias*. Disponible en: <https://goo.gl/zt8GT4>
- FELGTB** (2012) *Salud sexual, VIH y otras ITS en mujeres lesbianas, bisexuales y otras mujeres que tienen sexo con mujeres. Informe preliminar*. Disponible en: <https://goo.gl/ie8cRo>
- Firestone, S.** (1970) *The Dialectic of Sex: The Case for Feminist Revolution*. New York: William Morrow and Company
- Fundación Huésped** (2017) *Análisis de la accesibilidad y la calidad de atención de la salud para la población lesbiana, gay, trans y bisexual (LGBT) en cinco regiones sanitarias de la Provincia de Buenos Aires. Informe de resultados*. Disponible en: <https://goo.gl/JAE9PM>
- Fundación Todo Mejora** (2013) *Orientaciones generales de atención a niños, niñas y adolescentes lesbianas, gays, bisexuales y trans para profesionales de salud mental*. Santiago de Chile: CEAP. Disponible en: <https://goo.gl/rBSCXA>
- GLMA** (2006) *Guidelines for care of lesbian, gay, bisexual, and transgender patients*. San Francisco: GLMA. Disponible en: t.ly/uehl
- Grimson, A.** (2005) *Fronteras, estados e identificaciones en el Cono Sur*, en Mato, D. (ed.) *Cultura, política y sociedad Perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires: CLACSO.
- ILGA** (2007) *La Salud de las Lesbianas y Mujeres Bisexuales: Cuestiones Locales, Preocupaciones Comunes*. Informe.
- ILGA** (2012) *Salud de las lesbianas: Mitos y Realidades*. Folleto. Disponible en: <http://www.educatolerancia.com/wp-content/uploads/2016/12/LESBIANAS-MITOS.pdf>
- INADI** (2016) *Intersexualidad*. Buenos Aires: INADI. Disponible en: <http://201.216.243.171/biblioteca/wp-content/uploads/2016/03/intersexualidad.pdf>
- INADI, Ministerio de Desarrollo Social y Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de Nación** (2012) *En la letra de la ley y en las calles de la ciudad. Para acceder al derecho consagrado en la ley de identidad de género*. Buenos Aires: Defensoría General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- INMUJERES y ANEP** (2014) *Guía Educación y Diversidad Sexual*. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y Administración Nacional de Educación Pública (ANEP).
- Karz, S.** (2007) *Problematizar el Trabajo Social. Definición, figuras, clínica*. Barcelona: Editorial GEDISA
- Kinsey, A. C.; Pomeroy, W. B. y Martin, C. E.** (1948) *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: W.B Saunders and Co.
- Kornblit, A.L et al.** (s/f) *Prevención del consumo problemático de Drogas*. Disponible en: http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf
- Ley N°26657. Nueva Ley de Salud Mental**. Disponible en: <https://goo.gl/M6CReH>
- Ley N°25.673. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR)**. Disponible en: <https://goo.gl/hNxod8>
- Ley N°26.150. Programa Nacional de Educación Sexual Integral**. Ley sancionada por el Congreso de la Nación Argentina el 4 de octubre de 2006.
- Ley N°26.061. Protección Integral de los Derechos de Niños, Niños y Adolescentes**. Disponible en: <https://goo.gl/isDKaI>

Bibliografía

- Marshal M., Friedman M., Stall R., King K., Miles J. (2008) "Sexual orientation and adolescent substance use: a meta analysis and methodological review", en *Addiction* 103 (4): 546-556.
- Medrado, B.; Lyra, J.; Azevedo, M.; Granja, E.; Vieira, S. (2009) *Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde*. Recife: Instituto PAPAÍ.
- Meyer, I. H. (2003) "Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence", en *Psychological Bulletin*, 129 (5), 674-697. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2072932/>
- Ministerio de Salud de la Nación (2015) Resolución N°1507/2015. Disponible en: <https://goo.gl/BZd9sM>
- Ministerio de Salud de La Nación, Atención de la Salud Integral de personas trans, travestis y no binarias *Guía para equipos de salud. Actualización 2020*. t.ly/ml3m
- Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Sida y ETS (2016a) *Guía básica sobre diversidad sexual*. Disponible en: t.ly/n69m
- Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Sida y ETS (2016b) *Relaciones sexuales anales. Conceptos y recomendaciones para equipos de salud*. Disponible en: <http://salutsexual.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD34213.pdf>
- Ministerio de Salud de La Nación, Dirección de Sida y ETS (2016c) *Prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual- Guía para promotores de salud*. Disponible en: <http://iah.salud.gov.ar/doc/Documento199.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación, Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (2016) *Situación de salud de las y los adolescentes en la Argentina*. Disponible en: <http://iah.salud.gov.ar/doc/Documento109.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación, Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (2015) *Lineamientos sobre Derechos y Acceso de adolescentes al sistema de salud*. Disponible en : https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_sobre_derechos_de_adolescentes_para_el_acceso_al_sistema_de_salud.pdf
- Ministerio de Salud de La Nación, Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (2012) *Guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad*. Disponible en: <http://iah.salud.gov.ar/doc/Documento108.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación, Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (2012a) *Lineamientos para la atención del intento de suicidio de adolescentes*. Disponible en: t.ly/WTBu
- Ministerio de Salud de la Nación, Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (2012b) *Lineamientos para la atención del consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes*. Disponible en: <http://iah.salud.gov.ar/doc/Documento153.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Salud Comunitaria (2015) Resolución N°65/2015. Disponible en: <https://goo.gl/hqxnL7>
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2013) *Derechos sexuales y reproductivos. Leyes que reconocen tus derechos*. Disponible en: <https://goo.gl/ArJ4Di>
- Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (2016) *Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes Orientaciones para los equipos de Atención Primaria*. Disponible en: <https://goo.gl/q8nxi1>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2016) *Atención en salud a personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex (LGBTI)*. Quito: Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, Dirección Nacional de Normalización-MSP. Disponible en: <https://goo.gl/xQP8QP>
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2013) *Manual de actividades para la reducción de estigma y discriminación relacionados a ITS, VIH y sida*. Ciudad de Guatemala: Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS Representación Guatemala.
- Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2017) *La revolución de las mariposas. A diez años de La Gesta del Nombre Propio*. Buenos Aires: Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en: t.ly/IDed
- Montero Vega, A.; González Trivelli, Mª I. (2017) *Guía de orientaciones y recomendaciones para la atención de adolescentes y jóvenes gays, lesbianas y bisexuales en el nivel primario de salud*. Santiago de Chile: CEMERA. Disponible en: <https://goo.gl/uEjEqk>
- Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (Movilh) (2010) *Educando en la Diversidad. Orientación sexual e identidad de género en las aulas*. Santiago de Chile: Movilh. Disponible en: <https://goo.gl/bFFcuy>
- Muraco, J. A.; Russell, S.T. (2011) "How School Bullying Impacts Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Young Adults", en *Frances McClelland Institute for Children, Youth, and Families Research Link*, Vol. 4, No. 1. Tucson, AZ: The University of Arizona. Disponible en: t.ly/gC2p
- Organización de las Naciones Unidas (1948) *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Disponible en: <https://goo.gl/4TBaUv>
- Organización de las Naciones Unidas (1989) *Convención sobre los Derechos del Niño*. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>

- Organización de las Naciones Unidas (2013) *Comité de los Derechos del Niño. Observación General N°14 y 15*. Ginebra: CRC/C/CG/15.
- Organización de las Naciones Unidas (2013a) *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez*. Disponible en: t.ly/PkFm
- Organización Mundial de la Salud (2016) *Nota descriptiva N°110. Infecciones de transmisión sexual*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2015) *Salud y derechos humanos*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2006) *Defining Sexual Health. Report of a technical consultation on sexual health*. Génova: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://goo.gl/ZrU46t>
- Organización Mundial de la Salud (1948) *Preámbulo de la Constitución*. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2011) *The Right of Young People to Health and Gender Identities: Findings, Trends, and Targets for Public Health Action*. Washington D.C.: OPS. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/dmdo-uments/trends-final-eng.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2010) *Diretrizes para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2003) *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>
- Pichardo, J.I.; De Stéfano, M.; Faure, J.; Sáenz, M.; Williams, J. (2015) *Abrazar la diversidad: propuestas para una educación libre de homofobia y transfobia*. Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España.
- Preciado, P. B. (2008) *Testo yonqui. Sexo, drogas y biopolítica*. Barcelona: Espasa Libros.
- Principios de Yogyakarta (2007) *Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*. Disponible en: <http://www.yogyakartaprinciples.org/principles-sp/about/>
- Reglamentación del Artículo N°11 de la Ley de Identidad de Género.
- Rubin, G. (1975) "The traffic in women: notes on the Political Economy of sex", R. Rayana (1975) en *Toward an Anthropology of Women*. New York: Monthly Review Press.
- Ruiz Lázaro, P.J. (1998) *Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ryan, C. (2009) *Niños saludables con el apoyo familiar. Ayuda para familias con hijos e hijas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero*. San Francisco: San Francisco State University. Disponible en: <https://goo.gl/2EecZ8>
- Ryan, C.; Futterman, D. (1998) *Lesbian and Gay Youth: Care and Counseling*. New York: Columbia University Press.
- Saewyc, E.M. (2011) "Research on adolescent sexual orientation: Development, health disparities, stigma and resilience" en *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 256 – 272.
- Sempol, D. (coord.) (2016) *Corporalidades trans y abordaje integral. El caso de la Unidad Docente Asistencial Saint Bois. Informe final*. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social.
- Serrano, J. (2007) *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*. Berkeley: Seal Press.
- Sociedad Argentina de Pediatría (2014) "Actualización del consenso sobre constancia de salud del niño y del adolescente para la realización de actividades físicas y/o deportivas", en *Arch Argent Pediatr* 112(4):375-390.
- Sociedad Argentina de Pediatría, Comisión de Nutrición (2015) "Consenso sobre manejo de las dislipidemias en pediatría", en *Arch Argent Pediatr* 113(2):177-186.
- Tin, L. G. (2012) *La invención de la cultura heterosexual*. Buenos Aires: Editorial El Cuenco de Plata.
- UNESCO (2016) *Out in the open. Education sector responses to violence based on sexual orientation and gender identity/expression*. France: UNESCO. Disponible en: <https://goo.gl/7KkwmU>
- UNESCO (2015) *La violencia homofóbica y transfóbica en el ámbito escolar: hacia centros educativos inclusivos y seguros en América Latina*. Santiago de Chile: Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe. Disponible en: http://www.movilh.cl/wp-content/uploads/2016/12/La_violencia_homofobica_y_transfobica_en_el_ambitoescolar_Unesco.pdf
- UNFPA (2011) *Reconociéndonos/ Reconociéndolos: Manual educativo para trabajar temas de salud sexual, salud reproductiva y equidad de género con varones adolescentes y jóvenes*. Lima: UNFPA. Disponible en: https://issuu.com/calcsicova/docs/unfpa_aacid_reconociendonos_reconoc
- VV.AA. (2015) *Salud y Diversidad Sexual*. Montevideo: UdelaR, Colectivo Ovejas Negras, Ministerio de Salud Pública.



Este material fue elaborado por la Dirección
de Adolescencias y Juventudes del Ministerio
de Salud de la Nación

Segunda Edición
Mayo de 2021

saludmasadolescencia@gmail.com

ISBN 978-950-38-0295-3



9 789503 802953

Dirección de Adolescencias
y Juventudes



Ministerio de Salud
Argentina