

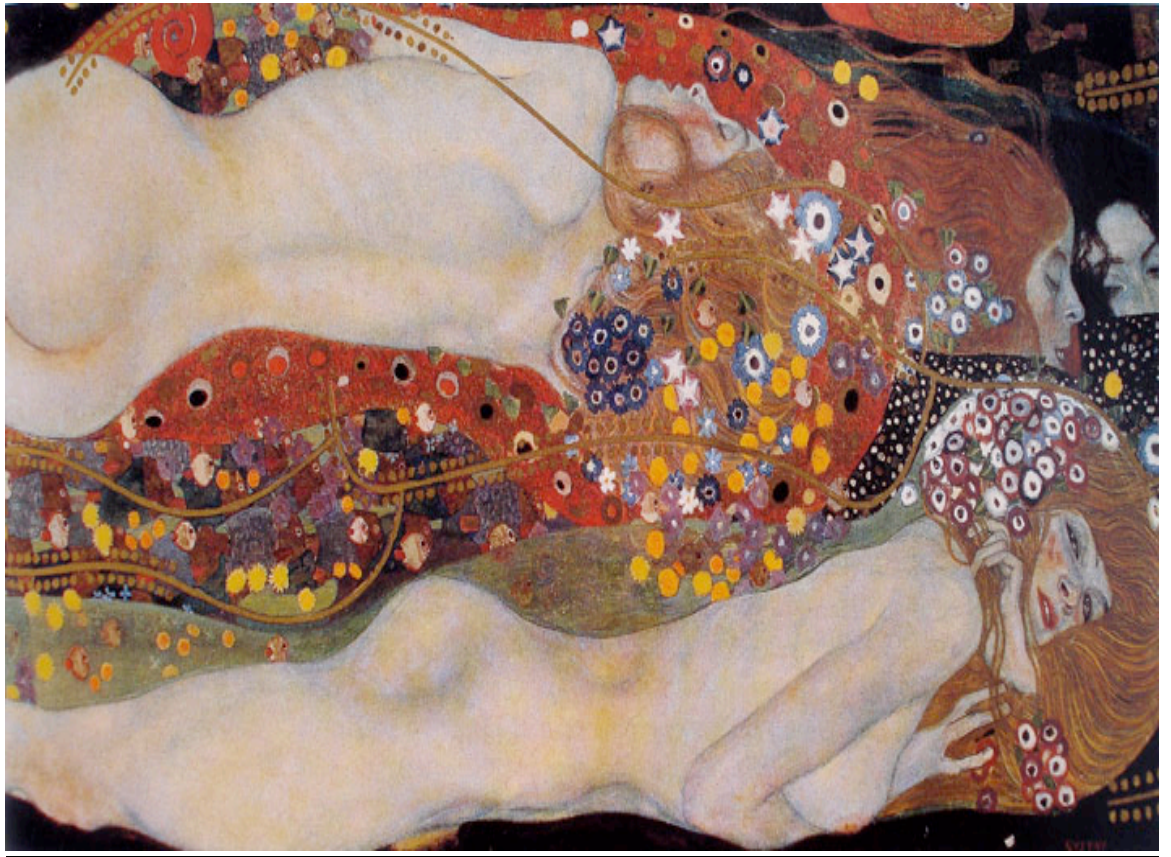
Curso online: Identidades Trans en el siglo XXI

Clase 1 _ Sexualidad

Dra Olga Marega

Contenido de la clase:

1. Sexualidad
 - Desarrollo de la sexualidad
 - Etapas de la Sexualidad
 - Funciones
 - Dimensiones
2. Salud sexual.
3. Derechos sexuales universales
4. Sexo
5. Orientación sexual
6. Identidad de género
7. Expresión de genero
8. CIE 11, Clasificación Internacional de las Enfermedades.
9. Administración de la clase
10. Acerca de la autora
11. Citas bibliograficas



Serpientes Marinas Gustav Klimt

Les invito a que hagamos un simple ejercicio. Mirar esta imagen de desnudos del pintor austríaco Gustav Klimt y simplemente registrar la primera impresión que nos venga a la mente. ¿Cual fue el primer pensamiento? ¿ Sensación o emoción? O quizás también algún sentimiento o recuerdo.

Algunas personas pueden ver en ella, ternura, erotismo; mientras que otras, obscenidad, ridiculez, o simplemente belleza, indiferencia, excitación, rechazo, o dolor. La sexualidad es una función compleja, especialmente porque nos tenemos que introducir en el terreno de la *subjetividad e individualidad humana*, en el ámbito de los *significados* que se han construido en nosotrxs según nuestra única historia de vida. Y así es como se va construyendo la DIVERSIDAD.

Es importante conocer las definiciones conceptuales básicas actuales, para homologar conceptos que han sido construidos desde la ciencia, y no desde el prejuicio como la mayoría de los que circula en el lenguaje popular. Muchas definiciones todavía están en constante revisión.

Definiciones conceptuales básicas

1-Sexualidad

La OMS (Organización Mundial de la Salud) ha emitido una definición de sexualidad, sexo, y salud sexual en el 2006 que fue actualizada en el 2010.

En el año 2015 publica un informe para ayudar a los gobiernos y a quienes son responsables de hacer políticas en salud sobre: Salud sexual, derechos humanos y leyes (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258738/1/9789241512886-eng.pdf?ua=1> /Sexual health and its linkages to reproductive health. WHO 2017)

“La sexualidad es un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas son siempre experimentado o expresado. La sexualidad está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, factores éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales” - Fuente: OMS 2006 y 2010.

Desarrollo: La sexualidad es una función humana que se va formando desde el inicio de la vida intrauterina, por el delicado interjuego que se produce en cada persona entre los factores *biológicos* (genes, glándulas sexuales, hormonas prenatales y postnatales, genitales internos y externos), y *culturales* (modelos, costumbres, estereotipos, y normas); a través del medio familiar y social que enmarca la crianza y desarrollo humano.

La sexualidad no se reduce solo a la biología, ni se limita solo a una parte del cuerpo, la genitalidad. Siempre hay un *sistema cultural que enmarca el crecimiento y la vida de una persona que, desde donde aprende valores, reglas, creencias y costumbres*, para ser aceptada. Según cómo se vayan interpretando los mandatos familiares y culturales desde la infancia, será el resultado de los *pensamientos, fantasías, sentimientos, significados y deseos* sobre la sexualidad que se tengan en la vida, construyéndose así, un ser *sexuado único e irrepetible, con sus características y significados propios*.

Etapas: La sexualidad no se limita a un solo período de edad cronológica. Somos seres sexuados toda la vida, desde que fuimos concebidos hasta que morimos, y cursamos distintas etapas que tienen cada una de ellas su *características propia (propia de la etapa) e individual (propia de la persona)*. Las etapas están delimitadas entre sí por diferentes hitos, algunos biológicos y otros culturales.

Las distintas edades cronológicas pueden tener características *propias* a la edad que la persona tenga en ese momento de la vida, pero es importante recordar el carácter de *individualidad* que depende de como se hayan impactado los estímulos biológicos y sociales, en los cuerpos y las mentes de las personas en su período de formación. *Una misma condición biológica se puede impactar de manera diferente en personas con distintos mandatos o modelos sociales.*

De acuerdo a esto, podemos describir una *sexualidad por etapas: prenatal, infantil, de la adolescencia, de la juventud, de la adultez, y de las personas mayores.*

Funciones: este tópico marca una de las diferencias más significativas con el resto de las especies animales; cuyo sexo está determinado exclusivamente por la biología, y orientado al único fin de la reproducción.

Los humanos podemos *enamorarnos, comunicarnos, experimentar placer, compartir intimidad, reproducirnos, y conectarnos con nuestra espiritualidad* mediante la sexualidad.

Gracias a la *función reproductiva* podemos también trascender como personas plenas, emocionales y espirituales enamorándonos, y no sólo como seres biológicos para perpetuar la especie, lo cuál sería propio de los animales. Podemos reproducirnos eligiéndonos por atracción, afecto, empatía, y no por instinto ; y experimentar placer en toda nuestra integridad corporal y emocional, no solo genital.

La *función placentera* se puede expresar en su forma *sexual genital*, y en su forma *erótico- sensual*.

La “*forma erótico-sensual*” de sexualidad placentera es la más valorada por las culturas orientales, que reconocen al ser humano varón y mujer, como poseedores de una potencialidad de placer y goce más allá de los límites de la genitalidad, con todo el cuerpo-mente-espíritu, y todos los sentidos en escena.

La “*forma sexual genital*” de sexualidad placentera, propia de las culturas occidentales, se caracteriza por reducir el placer, *de una manera más coito-centrista y falo céntrica*. Esta concepción casi exclusivamente genitalizada de la sexualidad, marcada como a fuego en las mentes de muchos varones y mujeres, le quita a las personas la

posibilidad de explorar y descubrir otros horizontes de placer más allá de la genitalidad; y muchas veces es el sustrato de severas disfunciones sexuales en ambos sexos. Otra vez se ponen de manifiesto los *significados culturales* y el daño a la sexualidad.

Dimensiones: la sexualidad se construye, se vivencia, y se expresa en todas las dimensiones existenciales del ser humano: *el individuo, la pareja, y la familia*.

El individuo siempre se define a sí mismo como un ser sexuado. Su género es percibido desde el adentro según su identidad, y proyectado hacia el afuera según el rol aprendido en su medio social. De esta manera, va construyendo una sexualidad única e individual; que nos permite explicar la diversidad.

La pareja representa la dimensión esencialmente social de la persona que le permite construir vinculaciones afectivas, eróticas, íntimas, y espirituales con otras personas del mismo sexo, o del contrario.

La familia es el primer agente de socialización de la personalidad sexuada del ser humano, y el grupo de referencia más estable en cuanto a la formación de valores, convicciones, normas de comportamiento, actitudes y habilidades. Es dentro de este grupo donde niños y niñas desde tempranas edades aprenden sobre el cuidado, el respeto y las manifestaciones de amor.

No importa en qué modelo de familia se desarrollan niños y niñas, mientras reciban amor, cuidados y valores para la construcción de su sana personalidad y sexualidad.

Una familia biparental tradicional (madre-padre), o biparental de orientación homosexual (varón-varón, mujer-mujer) o monoparental (padre solo, o madre sola), o múltiple (madre-abuela, etc.), o ensamblada, (padres o madres de segundas nupcias en el hogar), podrá cumplir perfectamente la función parental si es capaz de transmitir confianza, cuidado, respeto, para fortalecer autoestima y seguridad, y desarrollar capacidades para comunicarse sanamente con las demás personas.

El *aprendizaje emocional* se adquiere según la forma en que *uno fue amado, acariciado y valorado*. La forma adulta de apoyarse emocionalmente, de acariciarse en la intimidad sexual, y las primeras concepciones de moral sexual, se aprenden en la infancia, con las primeras personas que nos dieron la posibilidad de vivenciar esas experiencias. No importa si fueron padres o madres biológicas o sustitutas/os, de uno

u otro sexo, abuelos o tías. Las familias son importantes para enseñar valores, cuidado y contención.

Los miembros de la familia tienen diferentes necesidades y roles. Es importante que exista una buena comunicación entre ellos, especialmente entre padres e hijos.

Amor, cooperación, equidad de género y mutuo respeto entre sus miembros, son fundamentales para lograr un buen funcionamiento familiar y relaciones saludables.

2- Salud sexual.

Del principio general de salud se desprende el principio de salud sexual. Según la OMS, Salud es el estado de completo bienestar físico, social, y mental, y no solo la ausencia de enfermedades.

“La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no es simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o enfermedad. La salud sexual requiere un comportamiento positivo y un enfoque respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, experiencias libres de coerción, discriminación y violencia. Para que se consiga y mantenga la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos” Fuente: OMS 2006 y 2010.

3- Derechos sexuales Universales.

“El cumplimiento de la salud sexual está ligado a la medida en que los derechos humanos son respetados, protegidos y cumplidos. Abrazan los derechos sexuales ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en los documentos internacionales y regionales de derechos humanos y otros consensos, documentos y en las leyes nacionales. Los derechos críticos para la realización de la salud sexual incluyen:

- *los derechos a la vida, la libertad, la autonomía y la seguridad de la persona*
- *los derechos a la igualdad y la no discriminación*
- *el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*
- *el derecho a la privacidad*

- *los derechos al más alto nivel posible de salud (incluida la salud sexual) y la seguridad social*
- *el derecho a casarse y fundar una familia y casarse con el consentimiento libre y pleno de los cónyuges, igualdad en y en la disolución del matrimonio*
- *el derecho a decidir el número y el espaciamiento de los hijos*
- *los derechos a la información, así como la educación*
- *los derechos a la libertad de opinión y expresión, y*
- *el derecho a un recurso efectivo para las violaciones de los derechos fundamentales.*

La aplicación de los derechos humanos existentes a la sexualidad y la salud sexual constituyen derechos sexuales, que protegen los derechos de todas las personas para cumplir y expresar su sexualidad y disfrutar de la salud sexual, teniendo debidamente en cuenta los derechos de los demás y dentro de un marco de protección contra la discriminación” Fuente: OMS 2006 y 2010.

4- Sexo.

*“El sexo se refiere a las **características biológicas que definen a los humanos como mujeres y varones.** Mientras que no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambas, tienden a diferenciar a los humanos como mujeres y varones.*

En el uso general y en muchos idiomas, el término sexo a menudo se usa para referirse a la "actividad sexual", pero a los fines de discusiones técnicas en el contexto de la sexualidad y la sexual sexual, se prefiere usar la definición correcta” (Fuente: OMS 2006 y 2010).

Sexo asignado al nacer: es el determinado por la primera visualización de los genitales externos al momento del nacimiento, y es el utilizado para establecer una diferenciación de los humanos dentro de un *sistema binario polarizado*. Por lo general, *el sexo se asigna al nacer como varón o mujer*, con base en la apariencia de los genitales externos. Para la mayor parte de las personas, la identidad y expresión de género son coincidentes con su sexo asignado al nacer. Para las personas trans o transgéneros, la identidad o la expresión de género es diferente del SAN.

Intersexualidad o Diferenciación Sexual Diferente (DSD): es el término que se utiliza para las personas que tienen *genitales externos ambiguos*. Sus características sexuales congénitas, utilizadas para definir el sexo signado al nacer, son ambiguas. En estos casos otros componentes del sexo, (genitales internos, sexo cromosómico y hormonal) pueden ser utilizados para asignar el sexo al recién nacido.

Esta condición sexual, que se refiere a las variaciones en las características sexuales físicas, se producen independientemente de la identidad de género de una persona, y no debe confundirse con el término trans.

En el pasado a las personas intersexuales se les llamaba “hermafroditas” término que combina los nombres de los dioses griegos Hermes, que representa la masculinidad, y Afrodita, representante de la belleza femenina. Sin embargo, en la actualidad se considera un término erróneo que puede originar confusiones.

Variaciones del sexo biológico: *varón, mujer, intersexualidad*

5- Orientación sexual:

Es la **atracción emocional, romántica y sexual que se siente hacia las personas** del mismo sexo, del sexo contrario, o hacia ambos. En el primer caso la orientación es *homosexual* (gay-lesbiana), en el segundo caso la orientación es *heterosexual*, y el tercer caso, la orientación es *bisexual*.

La forma más moderna de definir las atracciones sexuales es conceptualizar la orientación sexual como una predisposición sexual hacia los varones o hacia las mujeres (*androfilia o ginefilia*), en lugar de una predisposición sexual para el mismo sexo o el otro sexo. De esta manera, se observan grandes diferencias sexuales en la orientación sexual. En especial muchas más mujeres que varones son androfilicas, y muchos más varones que mujeres son ginefilicos.

“Orientación sexual: este término describe la atracción física y emocional duradera de un individuo hacia otra persona. La identidad de género y la orientación sexual no son lo mismo. Independientemente de su identidad de género, las personas transgénero pueden sentirse atraídas por las mujeres (ginefilicas), atraídas por los varones (androfilicas), bisexuales, asexuales o queer.” (ESCP Guideline, Noviembre 2017)

Alfred Kinsey publico en la década de 1950 trabajos importantes sobre la orientación sexual humana que fueron el sustento para eliminar a la homosexualidad del DSM4 (Manual de diagnóstico de la Sociedad Norteamericana de Psiquiatría) en 1973. La homosexualidad no es una enfermedad, y por consiguiente no necesita cura ni re-conversión. Una persona con orientación homosexual puede tener una neurosis

o psicosis desde el punto de vista psiquiátrico, al igual que las personas de orientación heterosexual. El hecho que *la mayoría de la población se muestra teniendo una orientación sexual heterosexual* no siempre corresponde con lo real, ya que muchas personas de orientación homosexual que perciben rechazo de su medio social desean evitar la homofobia o discriminación. *En el plano sexual no todo lo que se muestra siempre se corresponde con la realidad debido a los niveles de aceptación* de la sociedad. De hecho, es más frecuente observar sus manifestaciones de amor libremente en ciudades o lugares que aceptan la condición homosexual sin juzgarla. (Citges, Amsterdam, San Francisco, y muchas más). También hay una tendencia a describir ciertos hoteles y lugares públicos como *gay friendly* para garantizar a las personas con orientación homosexual un ambiente amigable y no discriminador.

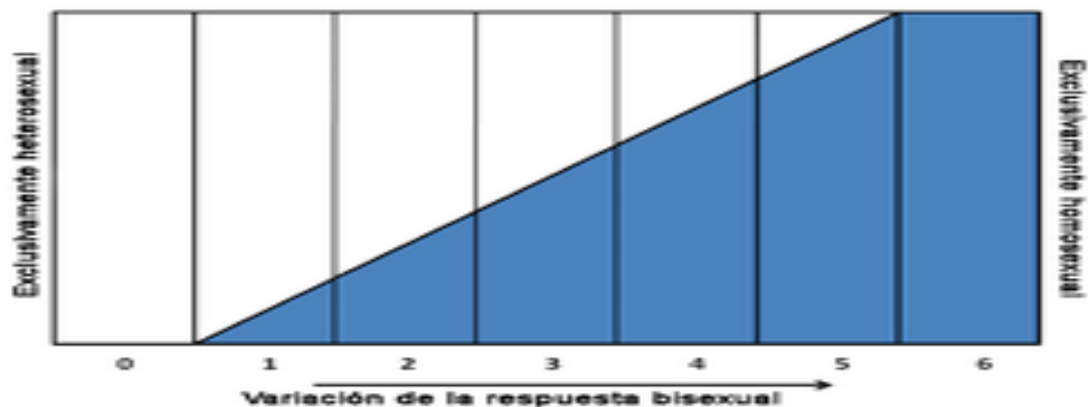
La evidencia provista por la historia del arte sugiere que *la incidencia de estas dos diferentes orientaciones ha sido constante durante todos los tiempos*, en todas las razas y grupos étnicos, sin tener características físicas que puedan denunciar la orientación de una persona a simple vista, con tan solo mirarla. En la época de *los romanos la orientación sexual era indistinta hacia un sexo o el otro*, y eso era lo aceptable hasta que institucionalizaron el matrimonio para darles más jerarquía a los ciudadanos romanos que provenían de una institución social, como el matrimonio. Y la historia médica nos muestra que *las distintas orientaciones sexuales no son patológicas, ni son una enfermedad ni un trastorno mental, ni un capricho, ni una elección. Ninguna orientación es elegida a voluntad como elegimos la ropa que usaremos todos los días, solo forman parte de un continuo de variantes.*

La orientación de cada persona *puede ser expresada muy tempranamente en la infancia*. También se puede decir que la *homosexualidad es una orientación atípica*, porque no corresponde a la representativa de la sociedad (“que por sus caracteres se aparta de los modelos representativos o de los tipos conocidos”. Diccionario real academia española)

La orientación sexual es un continuo: de distintas gamas como las distintas gamas de grises entre el color negro y blanco. Alfred Kinsey fue uno de los investigadores que propuso este concepto. Algunas personas están atraídas por personas del otro sexo en la totalidad de los aspectos que se valoran: sueños, fantasías, relaciones sexuales adolescentes, relaciones sexuales adultas. Y este patrón de atracción se mantuvo durante toda la vida. Estas personas están ubicadas en un extremo de la escala (heterosexuales). Otras personas se sienten atraídas por personas de su mismo sexo, en los sueños, fantasías, actos sexuales durante toda su

vida. Están en el extremo opuesto de la escala (homosexuales). Y otras personas están en algún lugar del medio. Algunas han tenido solo sueños, o fantasías, o relaciones en algún momento de la vida. Muchas se han casado y formado una familia tradicional con hijos porque no se animaron a mostrar su orientación sexual (salir del armario), o porque se han sentido cómodamente atraídos por ambos sexos. La presión social puede empujar a quienes estén en el medio de la escala hacia la heterosexualidad, porque su orientación no este fuertemente definida, o porque no se animen a sentir que su orientación no se corresponde a lo que su entorno familiar y social, espera de ellos: una correspondencia absoluta entre *sexo, identidad y orientación*. Algunos con mucho esfuerzo podrán *cambiar la conducta*, pero no el *sentirse atraído* por las personas de su mismo sexo.

Escala de kinsey



Orientación, conducta y elección: no son lo mismo. Una persona no elige a voluntad sentir atracción por varones o mujeres; pero si puede elegir como comportarse con respecto a ella en su medio social. *Puede elegir practicarla o no, y mostrarla o no, para evitar ser discriminada* especialmente si no corresponde con las practicas aceptadas por su medio social.

La orientación no se elige voluntariamente, pero si lo que hacemos con ella; es decir, la conducta (practicarla, ocultarla, mostrarla).

La *conducta sexual* es la forma de comportarse sexualmente teniendo vinculaciones eróticas afectivas con personas de igual o distinto sexo, mientras la *orientación es la atracción física y afectiva*. No siempre se corresponden. Una persona pueda tener una orientación definida hacia personas de su mismo sexo, pero decidir ejercer conductas sexuales que lo muestren como heterosexual. Muchos varones que aunque se sienten atraídos por otros varones (orientación) deciden tener relaciones

sexuales (conducta) con mujeres con la finalidad de “curar” su atípica condición, o para “no ser discriminados”, o porque quieren “formar una familia tradicional” y tener hijos.

Dentro de la diversidad sexual se pueden encontrar diferentes posibilidades. El concepto importante para retener es que ***lo que se muestra (conducta) no siempre corresponde con lo que se siente (orientación).***

Es muy importante tener en claro la relación de la homosexualidad con el término *elección*, cuando se dice “la homosexualidad es una elección sexual diferente”. Es muy difícil que una persona pueda *elegir desear a una persona del mismo sexo, o del otro, o de ambos a la vez*. Este tipo de deseo no se puede manejar a voluntad como cuando una persona dice: ... “hoy elijo tomar un baño en lugar de ir a correr, o comer una fruta en lugar de un vaso de leche”. Entre varias opciones disponibles uno puede hacer una elección. Pero no ocurre lo mismo con la identidad o la orientación sexual, porque en algún momento de la vida el cerebro hizo silenciosa y secretamente su elección, que no se puede cambiar a voluntad.

Se puede afirmar que una persona de *orientación homosexual puede elegir ejercer una “conducta” sexual social más aceptada para no ser discriminada, o para intentar “curar” su condición “anormal”* (conceptos que aún muchas personas mantienen). Puede *elegir* vivir sin ocultar su condición, o *elegir* ocultarla.

Muchas personas todavía valoran como sinónimos el sexo y el género, y siguen considerando como patológica a la orientación sexual hacia las personas del mismo sexo. También muchos profesionales de la salud, especialmente del área de la ginecología siguen manejando la consulta médica en base a la heterosexualización de la atención, provocando en las mujeres lesbianas y bisexuales un sentimiento de discriminación y rechazo por la homofobia que perciben desde el profesional de la salud que las atiende.

La orientación sexual mas valorada y respetada por la mayoría de las personas es la *heterosexual*, y en relación al genero, el *binarismo: varón-mujer* sigue siendo el considerado como el único digno de ser respetado y no censurado. No teniéndose en cuenta que *las distintas orientaciones e identidades de género son parte de un continuo en el cual se encuentra expresada toda la humanidad. La heterosexualidad es parte de la diversidad.*

6- Identidad de género.

Es la **vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente**, que puede **corresponder o no con el sexo asignado al nacer**. También indica **la forma en que una persona se siente**: *varón, mujer, o alguna alternativa de género o combinación de ambos*.

Todas las personas tienen identidad de género, que *puede o no corresponderse* con el sexo asignado al nacer. En la *mayoría de las personas no hay discrepancia* entre su sexo asignado al nacer y su convicción íntima de sentirse varón o mujer. Esta es la **identidad cisgénero**. Ejemplo: sexo asignado al nacer de varón y se siente varón; o sexo asignado al nacer de mujer, y se siente mujer.

En una *menor cantidad de personas, hay discrepancia* entre el sexo asignado al nacer y la forma de autoperibirse. Esta es la **identidad transgénero o trans**. Las personas trans tienen una identidad que no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo que les fue asignado al nacer y desafían, con la apariencia y/o la autodenominación, aquellas expectativas asociadas con el género impuesto socialmente desde el nacimiento. Hay personas trans que desean pasar por personas cisgénero para no ser censuradas socialmente.

También se utiliza al término *transgénero* como un gran *paraguas* que abarca a un grupo diverso de personas que se sienten inclinadas a cruzar la línea del género. Incluye a las de *identidad transexual, cross dresser, travesti* y otras, no conformes con el género asignado al nacer. (*Guía Internacional de Educación Sexual, UNESCO, Douglas Kirsby, 2009*).

Infancia y adolescencia: son etapas de la vida donde se puede observar la *manifestación de la orientación e identidad sexual*. *En la mayor parte de los casos se realiza en los primeros años de la vida, en la etapa pre escolar*, aunque puede manifestarse en otras etapas de la vida. A través de los juegos, y de la forma de vestirse, los humanos manifiestan tempranamente la comodidad o incomodidad con su identidad, que debe ser siempre tenida en cuenta.

En la infancia, algunos niños y niñas en crecimiento actúan, se comportan, o se visten, en contra de las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con su sexo asignado al nacer.

Varón transgénero (*también: varón trans, mujer a varón, varón transgénero*):
Se refiere a individuos asignados mujeres al nacer, pero que se identifican y viven

como varones.

Mujer transgénero (también: mujer trans, varón a mujer, mujer transgénero):
Esto se refiere a los individuos asignados al varón al nacer pero que se identifican y viven como mujeres.

Disforia de género (DSM 5.2013):

Es la *angustia y el malestar* que puede experimentar una persona si su identidad de género y el sexo asignado al nacer no son completamente congruentes. En 2013, la Asociación Psiquiátrica publicó la quinta edición del DSM-5, que reemplazó el "trastorno de identidad de género" con "disforia de género" y cambió los criterios para el diagnóstico.

Incongruencia de género (CIE 11, 2019):

Este es un término general utilizado cuando la identidad de género y / o la expresión de género difiere de lo que típicamente se asocia con el género designado. La incongruencia de género también es el nombre propuesto para los diagnósticos relacionados con la identidad de género en la CIE-11. No todas las personas con incongruencia de género tienen disforia de género o buscan tratamiento”

Ley de identidad de género en Argentina. Ley 26743

Sancionada y promulgada en Mayo del 2012, en Argentina se encuentra vigente la Ley de Identidad de Género 26743. Expresa en el ARTICULO 1º — Derecho a la identidad de género_ que toda persona tiene derecho: a) Al reconocimiento de su identidad de género; b) Al libre desarrollo de su persona conforme a su identidad de género; c) A ser tratada de acuerdo con su identidad de género y, en particular, a ser identificada de ese modo en los instrumentos que acreditan su identidad respecto de el/los nombre/s de pila, imagen y sexo con los que allí es registrada. En el ARTICULO 3º expresa que “ Toda persona podrá solicitar la rectificación registral del sexo, y el cambio de nombre de pila e imagen, cuando no coincidan con su identidad de género autopercebida”. Leer mas sobre la ley en:

<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/01/Ley-26.743-IDENTIDAD-DE-GENERO.pdf>

La ley da lugar al reconocimiento de los Derechos Humanos Universales, y por lo tanto le garantiza a la persona el acceso a la salud integral y todas las prestaciones de

salud contempladas en la ley quedan incluidas en el Plan Médico Obligatorio (PMO), incluyendo la hormonización y las cirugías de modificación corporales totales y/o parciales; siempre y cuando sean decididas y solicitadas por la persona, sin necesidad de someterse a diagnósticos psiquiátricos, autorización judicial o cambio registral.

Tratamiento: A la luz de los mas recientes trabajos, se puede ver que la afirmación de género requiere de un tratamiento multidisciplinario en donde la endocrinología juega un papel muy importante en el desarrollo de las características físicas del género afirmado. En terminos generales, se requieren un régimen hormonal seguro y efectivo para suprimir la secreción de hormonas sexuales endógenas determinada por el sexo genético / gonadal de la persona, y que mantenga los niveles de hormonas sexuales dentro del rango normal para el género afirmado de la persona.

El tratamiento hormonal no se recomienda para personas prepúberes con disforia de género / sexo incongruente. Un equipo multidisciplinario debera conocer con idoneidad los criterios de diagnóstico para indicar el tratamiento de afirmación de género, tener suficiente capacitación y experiencia para descartar la psicopatología, y estar dispuesto a participar en la atención continua a lo largo de la transición endocrina. Recomendamos el tratamiento de adolescentes con disforia de género / sexo incongruente que han ingresado a la pubertad en Tanner Stage G2 / B2 por supresión con agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina. Se podran agregar hormonas que afirman el género después de que un equipo multidisciplinario ha confirmado la persistencia de la disforia de género / incongruencia de género, y la capacidad mental suficiente para dar consentimiento informado a este tratamiento parcialmente irreversible. La mayoría de los adolescentes tienen esta capacidad a los 16 años. Para el cuidado de jóvenes peripubertal y adolescentes mayores, recomendamos que un equipo multidisciplinario experto compuesto por profesionales médicos y profesionales de la salud mental administren este tratamiento. El médico tratante debe confirmar los criterios de tratamiento utilizados por el profesional de salud mental remitente y colaborar con ellos en las decisiones sobre la cirugía de afirmación de género en adolescentes mayores.

Para las personas adultos con disforia de género / sexo incongruentes, los profesionales de la salud intervinientes deberían tener experiencia en criterios de diagnóstico transgénero específicos, salud mental, atención primaria, tratamiento hormonal y cirugía, según lo necesite el paciente. Lo mas recomendado es mantener niveles fisiológicos de hormonas apropiadas para el género y controlar los riesgos y complicaciones conocidos. Cuando se requieren altas dosis de esteroides sexuales para suprimir los esteroides sexuales endógenos y / o en la edad avanzada, los

médicos pueden considerar la extirpación quirúrgica de las gónadas natales junto con la reducción del tratamiento con esteroides sexuales. Es muy importante controlar tanto a los varones transgénero (de mujer a varón), como a las mujeres transgénero (de varón a mujer) para detectar el *riesgo de cáncer de órganos reproductivos* cuando la extirpación quirúrgica es incompleta; y también los efectos adversos de los esteroides sexuales.

Los profesionales de la salud deben evitar dañar a las personas a través del tratamiento hormonal, especialmente si tienen otras condiciones clínicas (además de la disforia de género / incongruencia de género) que pueden no beneficiarse de los cambios físicos asociados con el tratamiento de reafirmación de género.

En el estudio de la sexualidad y la diversidad sexo genérica la antropología también tiene una participación activa conectada con otras ciencias sociales y humanas y también con el activismo LGTB+

7- Expresiones de género(s).

Son **las maneras** en que una persona utiliza para **comunicar su identidad de género a través de su apariencia física: vestimenta, estilos de cabello, uso de cosméticos, gestos, modos de hablar y patrones de comportamiento** en interacción con los demás. Estas “maneras” son primordialmente aparenciales y constituyen las modas, (femeninas y masculinas), con su oposición: las modas contraculturales que suelen aparecer en los individuos desafiantes de las subculturas.

8- CIE 11. Capítulo 17. Condiciones relacionadas con la salud sexual.

Incongruencia de género (block L 1-HA6)

La incongruencia de género se caracteriza por una marcada y persistente incongruencia entre el género experimentado por un individuo y el sexo asignado. Las variaciones en el comportamiento de género, y las preferencias de género por sí solas, no son las bases para asignar el diagnóstico en este grupo.

Exclusiones: desordenes paratípicos (block L 1-6D3)

HA60 Incongruencia de género de adolescencia y adultez

La incongruencia de género de la adolescencia y adultez es caracterizada por una incongruencia marcada y persistente entre el género experimentado individualmente y el sexo asignado, como se manifiesta por al menos dos de los siguientes:

- fuerte disgusto o discomfort con las características sexuales primarias y secundarias (en la adolescencia, características sexuales primarias y secundarias anticipadas) debido a la incongruencia con el género experimentado.
- fuerte deseo de ser liberado de todas o algunas de las características sexuales primarias o secundarias (en adolescentes, características sexuales secundarias anticipadas) debido a su incongruencia con el género experimentado .
- fuerte deseo de tener características sexuales primarias y secundarias del género experimentado. El individuo experimenta un fuerte deseo de ser tratado (para vivir y ser aceptado) como una persona del género experimentado. La incongruencia de género experimentada debe haber estado presente de manera continua durante al menos varios meses. El diagnóstico no se puede asignar antes del inicio de la pubertad. Las variaciones en el comportamiento de género, y las preferencias de género por sí solas, no son las bases para asignar el diagnóstico en este grupo.

Exclusiones: Desordenes parafilicos (Block I 1-6D3)

HA61 Incongruencia de género de la niñez

La incongruencia de género en la infancia es caracterizada por una marcada incongruencia entre el género individual experimentado y expresado, y el sexo asignado en los infantes pre-puberales. Esto incluye un fuerte deseo de ser un género diferente al sexo asignado; una fuerte disconformidad por parte del niño o la niña por su anatomía sexual o por las características sexuales secundarias y /o un fuerte deseo por las características sexuales primarias y/o secundarias anticipadas que coinciden con el género experimentado; y juegos de fantasía, o juguetes, o juegos, o actividades y compañeros de juego que son típicos del género experimentado en lugar del sexo asignado.

La incongruencia debe haber persistido alrededor de 2 años. Las variaciones en el comportamiento de género, y las preferencias de género por sí solas, no son las bases para asignar el diagnóstico en este grupo.

Exclusión: Desórdenes paratíficos. (Block L1-6 D3)

HA6Z Incongruencia de género inespecífica

HA8Y Otras condiciones específicas relacionadas con la salud sexual

HA8Z Condiciones inespecíficas relacionadas con la salud sexual.

9- Administración de la clase.

Leer material de lectura, leer y escuchar power point con audio, realizar el cuestionario de autoevaluación y los casos clínicos.

Enviar examen y casos clínicos al docente de la clase.

Dra. Marega Olga olgamarega@gmail.com

10. Acerca de la autora:

Dra. Olga Beatriz Marega.

Médica especialista consultora en Obstetricia-Ginecología.

Especialista en Sexología clínica (Título otorgado por FLASES)

Máster en Sexualidad Humana.

Miembro Comité de nomenclatura de FLASES (Federación Latinoamericana de Sexología y Educación Sexual) 2018-2022.

Coordinadora de ASSES Filial La Costa (Asociación Argentina de Sexología y Educación Sexual)

Miembro de comisión directiva de AASES (Asociación Argentina de Sexología y Educación Sexual)

Miembro comisión directiva de SOGBA (Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires).

Miembro de comisión directiva de AAPEC (Asociación Argentina Para el Estudio del Climaterio)

Socia de IMS (International Menopause Society)

- Docente de Facultad de Medicina. UNICEN. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Tandil. Argentina.
- Co-directora de Centro clínico educativo: *Sexualidad y Educación*. SYE y directora de cursos Online: Salud Sexual y Educación Sexual www.sexualidadyeducacion.com.
- Directora curso semipresencial. *Sexualidad de la mujer*. SOGBA (Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la provincia de Buenos Aires) www.sogba.org.ar
- Autora de libros:

Sexo Seguro-Sexo Inseguro (2002); *Abuso Sexual Infantil* (2008); Guía de atención Integral de las personas lesbianas, bisexuales, e intersexuales (2018), Educación de la sexualidad: nivel inicial (2019). Salud Sexual femenina (2019)

- Autora de capítulos de libros:
Anticoncepción y sexualidad en enfermedades autoinmunes. Libro: Enfermedades autoinmunes. Autosr: Dr. Omar Latino (2008) _ *Satisfacción Sexual Femenina, más allá del orgasmo*. Libro: *Bioética y derecho. Dilemas y Paradigmas en el siglo XXI*. Autosr: Dr. Arribere Roberto. (2008).
- Autora e- book.
Prevención de la explotación sexual infanto juvenil. (2011); *Infant/Juvenile Sexual Exploitation* (2011) ; *Decime qué te gusta* (2012); Juego de roles: *Decime qué te gusta* (2012); *Sexualidad infantil de edad pre escolar* (2012) a través de www.sexualidadyeducacion.com
- Autora de e-books: *Decime que te gusta y Educación de la sexualidad infantil a través de Amazon*. <https://www.amazon.com/Decime-gusta-trav%C3%A9s-juego-Juego-ebook/dp/B009583VGS>
- Autora de trabajos científicos y conferencias presentadas en congresos nacionales e internacionales sobre la especialidad.
- Producción y conducción programa televisivo de género educativo *Salud y Educación*. Canal de You tube. https://www.youtube.com/results?search_query=salud+y+educacion+tv
- Fan page: Dra Olga Marega

CV completo en www.sexualidadyeducacion.com

11-Citas Bibliográficas

Dra Olga Marega. **Salud sexual femenina. Un enfoque conceptual y práctico**. Editorial Ascune. Buenos Aires, Argentina. 2019.

World Health Organization **CIE 11**. Clasificación Internacional de las Enfermedades, Capítulo 17. Condiciones relacionadas con la salud sexual. 2018

World Health Organization - Department of Reproductive Health and Research- **Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach**. Geneva 27, Switzerland, 2017.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258738/1/9789241512886-eng.pdf?ua=1>

Wylie C. Hembree; Peggy T. Cohen-Kettenis; Louis Gooren; Sabine E. Hannema; Walter J. Meyer; M. Hassan Murad; Stephen M. Rosenthal; Joshua D. Safer; Vin Tangpricha; Guy G. T'Sjoen – **Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline / The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, Volume 102, Issue 11, 1 November 2017, Pages 3869–3903, <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>

Authors: L. Thun-Hohenstein¹, B. Hackenberg², S. Riedl³, H.-P. Bangerl⁴, M. Fuchs⁵, E. Gottardi-Butturini⁶ Translation: H.-P. Bangerl - **Recommendation for the treatment process for gender dysphoria of children and adolescents according to the classification in the currently valid DSM or ICD version**. Ministerium Frauen Gesundheit, Viena, Austria, December 2017

Jose Antonio Langarita Adiego¹ Jordi Mas Grau² **Antropología y diversidad sexual y de género en España. Hacia la construcción de una especialidad disciplinaria**. Revista de dialéctica y tradiciones populares. vol. LXXII, n.º 2, pp. 311-334, julio-diciembre 2017

Boletín sobre el HIV- SIDA Número 33. Ministerio de Salud de la Republica Argentina. Año XIX, Diciembre 2016.
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000918cnt-2016-11-30_boletin-vih-sida-2016.pdf

Donohoue PA. Disorders of sex development. In: Kliegman RM, Stanton BF, St Geme JW III, Schor NF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 20th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016: chap 588.

1.

Wherrett DK. Approach to the infant with a suspected disorder of sex development. *Pediatr Clin North Am*. 2015;62(4):983-99. PMID: 26210628 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26210628

J. Michael Bailey¹, Paul L. Vasey², Lisa M. Diamond³, S. Marc Breedlove⁴, Eric Vilain^{5, 6, 7, 8}, y Marc Epprecht^{9, 10}. **Sexual orientation, Controversy and Science**. *Psychological Science in the Public Interest* 2016, Vol. 17(2) 45–101

Jesús Castro Calvo y colaboradores. **Latex barrier use in lesbians: relationship with the sexual compulsivity?**. Universitat de Jaume, Castellon, Spain, January 2016

Juan Pechin, Llona Aczel, Erica Mallo, Diego Javier Garcia, **Atención de la Salud integral de personas Trans. Guía para equipos de Salud**. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Junio 2015.

Arielle Yeshua,¹ Joseph A. Lee,¹ Georgia Witkin, PhD,^{1,2} and Alan B. Copperman, MD^{1,2}. **Female Couples Undergoing IVF with Partner eggs (Co-IVF) Pathways to parenthood**. LGBT Health, volumen 2, number 2, 2015.

Christopher Scott Carpenter. **Prevalence of Gay Men and Lesbians** International Handbook on the Demography of Sexuality. Volume 5 of the series international handbook of population pp 217.228, February 2013.

Committee on Health Care for Underserved Women **Health Care for Lesbians and Bisexual Women**, N 525, The American College de Obstetricians and Gynecologist, May 2012

Christopher Scott Carpenter. **Prevalence of Gay Men and Lesbians** International Handbook on the Demography of Sexuality. Volume 5 of the series international handbook of population pp 217.228, February 2013.

Committee on Health Care for Underserved Women **Health Care for Lesbians and Bisexual Women**, N 525, The American College de Obstetricians and Gynecologist, May 2012

GLMA. **Important Things Lesbians Should Discuss with Your Health Care Provider**. Gay and Lesbian Medical Asociation, Mayo 2012 Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. Journal of Health & Social Behavior 36, 1, 38-56.

Identidad de Género. Ley 26.743/12 del 23 de mayo. Boletín Oficial N°32404 (24-05-2012).