

oam

**REVISTA ARGENTINA
DE SEXUALIDAD HUMANA**

AÑO 21 PRIMAVERA 2007 OTOÑO 2008



AUTORA: CRISTINA TANIA FRIDMAN. "Impudicia" año 2004. Técnica mixta.

© CTF

Editada por la Sociedad Argentina de Sexualidad Humana



SEDE DE LA SOCIEDAD

SANTOS DUMONT 3454 3° 20 (1427) CAPITAL FEDERAL. TEL/FAX 4553-7131

e-mail secretaria@sasharg.com.ar web: www.sasharg.com.ar

LA REVISTA ARGENTINA DE SEXUALIDAD HUMANA ES UNA PUBLICACIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE SEXUALIDAD HUMANA CON PERSONERÍA JURÍDICA - RESOLUCIÓN IGJ N° 000724

NOMBRE DE REVISTA REGISTRADO ISSN 0426-7203

Sociedad de Sexualidad Humana

Argentina

MIEMBRO DE

W.A.S. (WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH)

F.L.A.S.S.E.S. (FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE SEXOLOGÍA Y EDUCACIÓN SEXUAL)

PRESIDENTE

Dr. Adrián Sapetti

VICEPRESIDENTA

Lic. Diana Resnicoff

SECRETARIA GENERAL

Lic. Clara Abate

PROSECRETARIA

Lic. Alicia Cortejarena

TESORERA

Dra. Marta Rajtman

PROTESORERA

Lic. Esther Buchholz

VOCALES TITULARES

Lic. Cristina Tania Fridman

Dra. María Estela Martínez

Dra. Silvina Valente

VOCALES SUPLENTE

Lic. Paula Budich

Dr. Gustavo Rodríguez Baigorri

Dra. Silvia Beatriz Spinosa

Organismo de Fiscalización

Titular: Dr. León Roberto Gindin

Ex presidentes:

Dr. León Gindin / Lic. Laura Caldiz / Lic. Virginia Martínez Verdier / Dr. Néstor Barbón

Lic. Alcira Camillucci

COORDINACIÓN GENERAL:

Lic. Cristina Tania Fridman

INTEGRANTES:

Lic. Esther Buchholz

Dra. Silvia Spinosa

Dra. Silvina Valente

Lic. María Elena Villa Abrille

CONSULTORES MÉDICOS:

Dr. Oscar Katz

Dr. Carlos Giambroni

COMITÉ ASESOR NACIONAL:

Lic. Laura Caldiz

Dr. León Roberto Gindin

Dr. Juan Carlos Kusnetzoff

Lic. María Luisa Lerer

Dr. Osvaldo Mazza

Dr. Adrián Sapetti

COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL:

Lic. Nelssy Bonilla/ Colombia

Dr. Ricardo Cavalcanti/ Brasil

Lic. Eli Coleman/ EEUU

Lic. Esther Corona Vargas/ México

Dr. Andrés Flores Colombino/ Uruguay

Dr. Marc Ganem/ Francia

Dr. Rubén Hernández Serrano/ Venezuela

Lic. Oswaldo Rodríguez Jr./ Brasil

Lic. Roberto Rosenzvaig/ Chile

Dr. Eusebio Rubio Aurióles/ México

Lic. Beverly Whipple/ EEUU

■ EDITORIAL	6
■ CLÍNICA	
• PRIAPISMO: NUESTRA EXPERIENCIA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA	7
• A PROPÓSITO DE UN CASO: DISFORIA DE GÉNERO - TRANSEXUALIDAD	11
■ EDUCACIÓN	
• ÉTICA Y TRANSEXUALIDAD: VICISITUDES EN UNA BIOGRAFÍA	15
SOBRE SEXUALIDAD Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL	22
■ SOCIEDAD Y CULTURA	
SEXUALIDADES Y ETNICIDAD: ABLACIÓN DEL CLÍTORIS EN COLOMBIA ¿MITO O REALIDAD?	27
LA SEXUALIDAD DE LOS INDÍGENAS DEL PARAGUAY: EL CASO NIVACLÉ	32
■ OPINIÓN	
SÍNDROME FRONTAL - PÉRDIDA DE INHIBICIÓN	37
■ LIBROS	39
■ ACTIVIDADES CIENTÍFICAS DE LA SASH	41
■ ACTIVIDADES CIENTÍFICAS NACIONALES E INTERNACIONALES	43
■ REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN	44

Estimados Colegas Lectores,

Esta publicación acompaña las tendencias actuales acerca del estudio de una cultura sexualizada.

Una preocupación contemporánea acerca de los valores sexuales, las prácticas y las identidades, el cambio público hacia actitudes sexuales más permisivas, la proliferación de textos en sexualidad, la emergencia de nuevas formas de experiencias sexuales, el aparente derribamiento de barreras acerca de reglas, categorías y regulaciones para mantener lo obscuro a cubierto, la humana debilidad por el gusto de lo escandaloso, controversias y pánicos alrededor del sexo. Al decir de Plummer, el sexo ha devenido ser “la gran historia”. La crisis de los paradigmas acompaña la sexualidad desde los noventa y no cesa de preocupar en los estudios y en sus respuestas. En la actualidad, sexo, puede significar una experiencia fuera de la experiencia corporal, una actuación íntima a través del tiempo y la distancia, un acto de comunicación intenso entre extraños, un encuentro de la carne y la tecnología, un proceso de presentación y representación que se consume tan rápido como se produce, un modo de articular y desarticular identidades, un tipo de interacción nunca antes posible en la historia de la humanidad. ¿Qué caracteriza la sensibilidad sexual del siglo XXI?

Al mismo tiempo, cabe señalar las consecuencias planteadas por el poder totalitario de la medicina que reduce “todo” malestar humano al categorizar el mismo como enfermedad. Muchísimos, son consecuencia de la condición biológica de nuestro cuerpo y nuestras historias personales. Debiéramos prestar atención a este afán reduccionista de la salud y en particular a su relación con la sexualidad. La iatrogenia está atisbando más allá del marco de la puerta en esa medicalización a ultranza.

Panoramas complejos desde la administración de la salud en el específico programa de derechos sexuales y reproductivos tanto en Argentina, donde cada sector combate con uñas y dientes su postura, como en Uruguay donde los legisladores, consagran la despenalización del aborto, pero el poder ejecutivo ejerce el veto y sectores religiosos amenazan con la desvinculación.

Se celebra el Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres y aún pesan las inequidades vigentes con casuística en ascenso.

En este número incluimos en el área clínica la experiencia terapéutica de priapismo llevada a cabo durante 10 años por un equipo de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, que confirma el protocolo de diagnóstico y tratamiento en nuestro país.

La disforia de género, ese desacuerdo entre el sexo biológico y el sexo psicológico centraliza una de las preocupaciones vitales que atraviesan a los seres humanos, quizás la más paradigmática. Por ello tiene cita en dos áreas de la publicación y en el área educativa se focaliza la relevancia de incluir sexualidad en el currículo médico en conjunción con los modelos de la Bioética.

Siguiendo con la ética y la diversidad presenta la publicación en la sección educación, un trabajo sobre la formalización matrimonial de las personas con discapacidad intelectual en el mismo se puntualiza que no todos hacemos las mismas cosas y de la misma manera, pero todos somos capaces de hacer y ese es el punto de partida.

El eje de la diversidad sigue una línea argumental de fuertes características en sociedad y cultura, al cuestionar la ablación del clítoris en pleno siglo XXI en Colombia, Latinoamérica, y no deja de sorprender la riqueza intrínseca de la cultura nivaclé, en el vecino país de Paraguay. Finalmente en la sección opinión la neurociencia con el estudio de imágenes permite ahondar el diagnóstico del síndrome frontal y sus repercusiones sobre la dimensión del pudor y la sexualidad.

Agradecemos la colaboración y el envío de múltiples trabajos a esta revista que evidencian el interés en el área académica de la sexualidad y especialmente la colaboración de autores nacionales y extranjeros.

Hasta el próximo número

Comisión Revista

Agradecemos muy especialmente al Laboratorio **SIDUS** pues con su colaboración ha hecho posible la publicación de esta revista.

PRIAPISMO: NUESTRA EXPERIENCIA: EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA / PRIAPISM: OUR EXPERIENCE. EVALUATION DIAGNOSES AND THERAPY

Prof. Dr. Belén R. A.^{***}, Prof. Dr. García Salord J.^{**}, Ponzano R*. Ledesma M.* Arnulphi A.* Gutiérrez J.* Bocchio P.* González J*. Di Poi M.^{*(1)}

RESUMEN

Introducción: El priapismo es una erección prolongada, con una duración mayor a cuatro horas, puede ser dolorosa, desencadenada o no por estímulos sexual y que no se modifica con la eyaculación.

Objetivo: Efectuar una evaluación de la metodología diagnóstica y terapéutica utilizada en 36 pacientes que consultaron con priapismo en nuestro servicio.

Material y Métodos: Entre marzo de 1997 y marzo del año 2007, consultaron a nuestro servicio de urología 36 pacientes con priapismo, con rango de edad (de 18 a 63 años): Nuestro protocolo de evaluación comprendía: interrogatorio, examen físico, laboratorio, gases en sangre, eco-doppler color, y arteriografía selectiva en casos determinados.

Resultados: De los 36 pacientes evaluados, se diagnóstico: 30 ptes. priapismo de bajo flujo (PBF), 2 ptes. priapismo de alto flujo (PAF), 4 ptes con priapismo recurrente. (PR). El diagnóstico se efectuó por la clínica y examen físico en la mayoría de los casos.

La solución al problema se logró de la siguiente manera: Tratamiento médico: PR 4 ptes, PBF 13 ptes, PAF 2 ptes. Tratamiento quirúrgico: (comenzando con técnicas distales seguidas de proximales) shunt de Winter 3 ptes, Tec. Algorab 5 ptes, Tec. Quackels 8 ptes., Tec. Grayhack 1 pte.

Conclusión: El priapismo es una urgencia, la evaluación clínica y la punción aspiración pueden ser suficientes para el diagnóstico y requiere una terapéutica adecuada, según el tipo.

Palabras claves: priapismo - erección prolongada mayor de 4 hs.

ABSTRACT

Introduction: Priapism is a prolonged erection that may last more than 4 hours. It can be painful and not always caused by sexual stimuli. Erection is not relieved after ejaculation..

Objective: To evaluate diagnostic and therapeutic methods used in 36 patients who presented with priapism.

Patients and Methods: From March 1997 to March 2007, 36 patients presented with priapism. The ages ranged from 18 to 63. Our evaluation protocol included a questionnaire, a physical examination, laboratory and blood gas tests, an echo-Doppler and selective arteriography in specific cases.

Results: Among 36 patients, 30 were diagnosed low-flow priapism, 2 high-flow priapism and 4 patients underwent relapsing priapism. In most cases the diagnosis was made by means of clinical and physical exams.

4 patients with relapsing priapism, 13 with low-flow priapism and 2 with high-flow priapism underwent medical treatment. Surgical treatment was also used (with first distal and then proximal techniques): Winter shunts in 3 patients, Algorab in 5 patients, Quackels in 8 patients and Grayhack in 1 patient.

Conclusion: Priapism is an emergency. Clinical evaluation and needle aspiration can be helpful to obtain a diagnosis but therapeutic methods are necessary depending on the kind of priapism.

Key words: priapism - lingering erection bigger than 4 hs.

INTRODUCCIÓN

El tejido eréctil del pene (específicamente, el músculo liso cavernoso y el músculo liso de las arteriolas y paredes arteriales) tienen un papel importante en el proceso de la erección. En el estado flácido, estos músculos lisos están contraídos, permitiendo el ingreso sólo de una pequeña cantidad de flujo arterial con propósitos nutritivos. La PO₂ (presión de oxígeno) en sangre en el cuerpo cavernoso es aproximadamente de 35 mmHg (108). El pene flácido está en un estado moderado de reducción.

El estímulo sexual activa la descarga de neurotransmisores de las terminales del nervio cavernoso, que determinan relajación de estos músculos lisos y los siguientes eventos:

1. Dilatación de los arteriolas y arterias con aumento en el flujo de sangre en las fases sistólicas y diastólica.
2. Distensión de los espacios cavernosos o sinusoides por llenado de sangre.
3. Condensación del plexo venular subtúnica entre la túnica albugínea y sinusoides periféricos, reduciendo la salida venosa.
4. Estirando la túnica a su capacidad máxima se ocluye las venas emisarias entre la capa interna circular y las capas longitudinales exteriores, disminuyendo la salida venosa a un mínimo (sistema venoclusivo).
5. Aumenta la PO₂ (a aproximadamente 90 mmHg) y presión intracavernosa (alrededor de 100 mm Hg), colocándose el pene en posición recta (la fase de llenado en la erección)

1 Servicio de Urología- Hospital Nacional de Clínicas - Cátedra I Urología - Universidad Nacional de Córdoba codisexologia@hotmail.com . *** Profesor Adjunto ** Profesor Encargado * Residentes

6. Después la presión intracavernosa aumenta (varios milímetros de mercurio) con contracción de los músculos del isquiocavernoso y bulbo cavernoso (fase de rigidez de la erección) (126).

La innervación del pene es autonómica (simpático y parasimpático) y somática (sensorio y motor).

La erección prolongada es la complicación inmediata más frecuente que a partir de las 2 horas comienza con cambios humorales como la caída de PH y tensión de oxígeno, con aumento del anhídrido carbónico y la viscosidad, con una duración menor a 4 horas, sin evidencia de cambios tisulares. Puede convertirse en un priapismo. El priapismo es una erección prolongada, no deseada, con una duración mayor a cuatro horas, puede ser dolorosa, desencadenada o no por estímulos sexual y que no se modifica con la eyacuación.

El priapismo se puede clasificar de la siguiente manera:

PRIAPISMO DE BAJO FLUJO

También llamado isquémico, se caracteriza por la disminución del drenaje venoso, aumento de la presión intracavernosa y posterior disminución del flujo arterial, generando a partir de las 4 horas hipoxia local y acidosis por estasis vascular que lleva a cambios degenerativos tisulares (fibrosis)

PRIAPISMO DE ALTO FLUJO

Menos frecuente, se caracteriza por el aumento prolongado del flujo arterial con un mecanismo veno-oclusivo no activado. Debido al alto flujo (buena presión de oxígeno) no se produce hipoxia local y acidosis

PRIAPISMO RECURRENTE

Es una forma recurrente de priapismo isquémico en el que las erecciones ocurren repetidamente con periodos de desentumescencia

OBJETIVOS

Efectuar una evaluación de la metodología diagnóstica y terapéutica utilizada en 36 pacientes que consultaron por erecciones con una duración mayor a 4 horas.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre Marzo de 1997 y Marzo 2007 ingresaron a nuestro servicio 36 pacientes con una edad comprendida entre los 18 y 63 años, con una erección mayor a 4 horas de duración, clasificados de la siguiente manera:

- PRIAPISMO DE BAJO FLUJO (PBF) 30 PTES.
- PRIAPISMO ALTO FLUJO (PAF) 2 PTES.



TÉCNICA DE AL-GHORAB

Ante el fracaso para provocar la detumescencia con tratamiento médico y técnicas distales se debió recurrir a las técnicas proximales en 8 pacientes (Téc. de Quackels) y Grayhack en 1 paciente.

- PRIAPISMO RECURRENTE (PR) 4 PTES.

La evaluación diagnóstica comprendió:

• Evaluación clínica	36 ptes.
• Laboratorio	
Hemograma completo	17 ptes.
Gasometría	7 ptes.
• Estudios por imágenes	
Arteriografía pudenda	1 pte.
Ecodoppler de pene	2 ptes.

RESULTADOS

La etiología estuvo representada de la siguiente manera:

• Drogas vaso-activas	21
• Hemodiálisis	4
• Alteraciones hematológicas	3
• Bloqueantes alfa adrenergicos	1
• Enfermedad neoplásica metastásica	1
• Domperidona	1
• Cocaína	1
• Alimentación parenteral hiperlipídica	1
• Traumatismo perineal	1
• Lesión de arteria cavernosa	1
• Heparina	1

En cuanto a las horas de evolución, se observó lo siguiente:

Priapismo de bajo flujo

• 4 a 24 hs.	12
• 24 a 72 hs.	11
• 3 a 5 días	3
• 7 días	3
• 9 días	1

Priapismo de alto flujo

• 24 a 72 hs.	2
---------------	---

Priapismo recurrente

• 2-4 meses	3-5 episodios
4 pacientes (3 PBF) (1 PAF)	

Priapismo recurrente: en 1 paciente se presentó PAF (pH 7,41 (vn= 7,37 a 7,42). PCO2 42 mmHg (36 a 45). PO2 91,8 mmHg (80 a 100). % sat. 97 % (94 a 99). Con un ecodoppler que muestra trombosis de la vena dorsal profunda.

TRATAMIENTO PRIAPISMO DE BAJO FLUJO

En 14 pacientes se realizó tratamiento médico: punción aspiración, irrigación de solución salina, Etilerfrina 2-20mg (EFFORTIL) 1 AMP= 10MG o Adrenalina 1% 1ml diluido en 9 ml de solución salina.

Ante la falta de resolución con tratamiento médico se resolvió el problema con Shunt Caverno-balanico: Técnica de WINTER en 3 pacientes y con técnica de Al-Ghorab en 5 pacientes.



TÉCNICA DE QUACKELS

Téc.de Grayhack se realizo en 1 paciente con Leucemia sin respuesta a la quimioterapia.

Cabe destacar que en la mayoría de los pacientes intervenidos quirúrgicamente, se logró en forma inmediata el cese del dolor, con leve respuesta en la detumescencia que se acentuó a las 48 a 72 hs., principalmente cuando la evolución era mayor a las 24 horas. Las complicaciones inmediatas fueron poco frecuentes y estuvieron relacionadas con edema y hematoma leve.

PRIAPISMO DE ALTO FLUJO:

En los tres casos se realizó: observación, hidratación y compresión sostenida del periné con enfriamiento en la zona con bolsa de hielo.

DISCUSION

De acuerdo a nuestros resultados, la evaluación clínica es suficientes en la mayoría de los casos para el diagnóstico. Diversos estudios corroboran que el diagnóstico es realizado básicamente por historia clínica y el examen físico⁽¹⁾. Que debe

comprender los siguientes aspectos:

- A) Registro de antecedentes
 - Existencia de episodios anteriores (evaluar sus características).
 - Aplicación de drogas (oral, endovenosa, cavernosa)
 - Enfermedades crónicas
 - Lesión traumática.
- B) Examen físico
 - Presencia de dolor. (más frecuente en priapismo de bajo flujo) o ausencia.
 - Secuelas de traumatismos genito perineal.
 - Grado de rigidez (en el PAF la rigidez puede variar del 60 al 100%.)
 - Compromiso del glande. (priapismo de bajo flujo: el glande permanece flácido).
 - Presencia de masas abdominales.
 - Existencia de linfadenopatías.
 - Tacto rectal.
- C) Gasometría de sangre de los cuerpos cavernosos

CLASIFICACIÓN METABÓLICA Y HEMODINÁMICA DE PRIAPISMO

ALTO FLUJO

BAJO FLUJO

pO ₂	>60 mmHg	<< 60 mmHg
pCO ₂	< 70mmHg	>>70 mmHg
pH	> 7	< 7
Dolor	no	si
Pulsación	++	--
Palpación	elástica	duro
Flujo arterial	alto	bajo
Flujo venoso	abierto	cerrado
Viscosidad	baja	alta

La demora en la consulta de los pacientes se debió a la ignorancia y a la derivación tardía de otros profesionales, hecho similar referido por otros autores⁽²⁾.

El 40% de los pacientes PBF respondieron a tratamiento médico, quizás relacionado a que el 55% tenían una evolución de menos de 24Hs. Distintos estudios de la literatura revelan una resolución entre el 43% y 81% con o sin la inyección de simpaticomiméticos⁽³⁾.

Los simpaticomiméticos utilizados en nuestro estudio fueron etilefrina y adrenalina. Se recomienda la etilefrina⁽⁴⁾ y la fenilefrina⁽⁴⁾⁽³⁾ por su acción selectiva y menor cantidad de efectos colaterales cardiovasculares⁽³⁾.

En los PBF la punción y aspiración de sangre retenida en los cuerpos cavernosos, con extracción de de 40 a 60 ml se produce la detumescencia, que a veces en caso de tener antecedentes de haber utilizado drogas vasoactivas se agrega un lavado con solución fisiológica de los cuerpos cavernoso (irrigación que muestra la foto), al no estabilizarse la detumescencia entonces se recurre a la colocación de simpaticomiméticos lo que facilita la actividad contráctil del músculo liso cavernoso, desapareciendo el priapismo, hecho que se ve desfavorecido a medida que transcurren las horas, porque aumenta la falta de oxígeno de los cuerpos cavernosos y con ello la capacidad de respuesta del músculo cavernoso.

Los shunts quirúrgicos en todos los pacientes se comenzaron con distales y ante la falla de los mismos se realizó proximales. En caso de edema o daño tisular significativo puede comenzarse con una técnica proximal⁽³⁾.

El 50% PBF requirieron una derivación proximal ante la falta de respuesta a una derivación distal. Hallazgos similares fueron encontrados por otros autores⁽⁵⁾⁽⁶⁾.

Los shunts quirúrgicos se realizan ante la falta de respuesta al tratamiento médico, derivando la sangre estancada en los cuerpos cavernosos hacia el cuerpo esponjoso que rodea la uretra o al torrente sanguíneo venoso por la vena safena.

TÉCNICAS LES: CAVERNOBALÁNICAS (DEL CAVERNO AL GLANDE)

- El shunt Winter: Punción percutánea transglandelar con TruCut o pistola de biopsia.
- Técnica de Ebbehøj: el mismo principio que el anterior, pero con bisturí.
- Técnica de Al-Ghorab. Comunicación entre los extremos distal de los CC y glannde por abordaje subcoronal.

Las derivaciones cavernobalanicas no son difíciles de ejecutar y tienen baja morbilidad asociada.

TÉCNICAS PROXIMALES

- Procedimiento de Quackels: Shunt cavernoso esponjoso. (a nivel perineal)
- Técnica de Grayhack: Shunt cavernoso con la vena safena.

El 100% de los pacientes con PAF, respondieron con tratamiento conservador. La bibliografía reporta más del 62% de resolución espontánea⁽³⁾. No hay urgencia para tratar un priapismo no isquémico, porque el mecanismo de la salida está intacto. (La presión de oxígeno es buena y no hay riesgos de lesión tisular) La dirección definitiva de priapismo de alto-flujo traumático está por embolización selectivo con el grumo de sangre del antólogos⁽⁹⁾.

El tratamiento del priapismo de alto flujo (arterial) es conservador.

- Hidratación.
- Compresión sostenida del periné y enfriamiento de la zona con bolsas de hielo
- Derivación del paciente a centros especializados.
- La arteriografía de la arteria pudenda interna con embolización supraselectiva ya sea con coágulos autólogos o esponja gelatinosa o con microespirales (Coils).

En uno de nuestros pacientes con priapismo recurrente se utilizó como tratamiento profiláctico la auto aplicación precoz de etilefrina. Esta terapia en la bibliografía se recomienda como de segunda línea en caso de fracaso del tratamiento hormonal⁽³⁾⁽⁷⁾.

Nosotros no tenemos seguimiento en cuanto a la capacidad eréctil post tratamiento. La bibliografía menciona que depende de la edad, tipo de priapismo, tiempo de evolución y tratamiento. La impotencia se observo en PBF 9% a 69%; PAF 14%⁽⁸⁾.

Noventa por ciento de hombres con un priapismo que dura 24 horas o más no recobran la potencia sexual⁽⁹⁾, hecho que debe advertirse para no esperar un retorno rápido de función. Si el priapismo no responde a las medidas conservadoras, es razonable la biopsia el músculo cavernoso e implante un protésico del pene como parte de la dirección inicial⁽¹⁰⁾. La potencia raramente es restaurada por cierre de las desviaciones o fistulas o uso de oral o terapia del intracavernosa.

CONCLUSIONES

- Evaluación clínica y punción aspiración pueden ser suficientes para el diagnostico
- El priapismo de bajo flujo es una urgencia y requiere tratamiento inmediato, con alto riesgo para el profesional y el paciente.
- El priapismo de alto flujo es conservador y tiene buen pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Glina S., Puech Leao P.col. Disfunción sexual masculina Instituto H. Ellis (2004) 3, 331.
2. AGHAJI A.E. Priapism in adult nigerians, BJU Int. (2000) 85,493-495
3. Gregory A. Broderick M. Guidelines on the managment of priapism. AUA 2003
4. Mazza -Zeller, Tratamiento farmacológico de la disfunción eréctil (1997) Cap.15: 183-184
5. Nixon G. Efficacy of shunt surgery for refractory low flow priapism. J urol. (2003) Sep;170(3): 883-6.
6. Falandry L. Priapism: treatment and results. Personal series of 56 cases Prog Urol. (1999) Jun;9(3): 496-501.
7. Burnnet A.L. Therapy insight: Priapism associated with hematologic dyscrasias. Nat Clin Pract Urol. (2005);2(9): 449-456.
8. Pautler S.Urol. Clin. North. Am. (2001); 28(7) 391-403
9. Gregory A. Broderick, MD .Evaluation and Management of Priapism (2004) J. Sex Med. 2004 Jul; 1(1): 6-23.
10. Ajay Nehra .Priapism. Cap 15 Standart practice in sexual medicine (2006) 174-187

A PROPÓSITO DE UN CASO: DISFORIA DE GÉNERO - TRANSEXUALIDAD(1) / A CASE REPORT: GENDER DYSPHORIA - TRANSSEXUALITY

Dr. Adrián Sapetti* Dr. Marcos Alonso** Dr. León Roberto Gindin***

RESUMEN

La transexualidad (disforia de género) es un desacuerdo profundo entre el sexo biológico y el sexo psicológico, entre el sexo con el que se nace y aquel otro que la persona siente como propio. Muchos profesionales piensan que un transexual es un homosexual o un travestido. Confunden la transexualidad con la orientación sexual. Los transexuales tienen la convicción de pertenecer al sexo opuesto al que nacieron, con una insatisfacción y rechazo por sus propios caracteres sexuales primarios y secundarios, y deseo manifiesto de cambiarlos médica y quirúrgicamente. Desde la infancia su identidad mental es distinta a su fenotipo genital. Tienen tendencia a “hormonizarse”, a veces por automedicación. Muchos desean ser sometidos a una reasignación quirúrgica de sexo. Sin trastornos psiquiátricos graves que distorsionen la percepción de la realidad, necesitan ser aceptados social y legalmente en el género elegido.

Palabras clave: Disforia de género, transexualidad, cambio de sexo.

ABSTRACT

Transsexuality (Gender Dysphoria) is a deep discord between biological sex and psychological sex, between the sex with which it is born and the other that the person feels like own. Many professionals think that transsexual is an homosexual or a transvestite. The transsexuals have the conviction to belong to the opposite sex to whom they were born, with a dissatisfaction and rejection by their own primary and secondary sexual characters, and manifest desire to change them medically and surgically. From the childhood its mental identity is different from its genital phenotype. Women who feel “caught” in men bodies and men who feel “caught” in women bodies. They have tendency to take hormones, sometimes by self medication. Many wish to be put under a surgical sex reassignment.

Keywords: Transsexuality, Gender Dysphoria, Sex reassignment.

OBJETIVOS

CONOCER PARA DIAGNOSTICAR.

Habida cuenta que, tanto en los consultorios privados como en los hospitales ha aumentado la consulta por disforia de género,

el profesional que trabaja en psicopatología debería tener conocimientos para su diagnóstico diferencial con la esquizofrenia y el travestismo fetichista., abordaje terapéutico en el camino a la reasignación, confecciones de certificados requeridos por la justicia, derivación en los casos donde se sienta que no domina el tema, evitando la homofobia y el rechazo.

MÉTODO

Los Trastornos de Identidad de Género, Disforia de Género o Transexualismo, son aquella condición clínica en la que una persona presenta una discrepancia entre su sexo anatómico, y la identidad sexual psíquica y social a la que se siente pertenecer. Aún no se sabe cuál es el origen de esta disociación, pero sí se sabe que no existe un trastorno psicopatológico conocido, cuyo tratamiento sería diferente. El tratamiento consiste en realizar el cambio de los caracteres sexuales que presenta por los del sexo al que se siente pertenecer.

Hay que considerar tres aspectos en dicho tratamiento: 1) el psicológico, para ayudar a la integración de la personalidad en el sexo deseado; 2) el médico, que se realiza mediante la administración de hormonas para modificar los caracteres sexuales secundarios; y 3) el quirúrgico, para realizar modificaciones en los genitales y órganos sexuales y conseguir el mayor parecido y funcionalidad con el sexo deseado.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno de la identidad sexual (DSM IV)

A. Identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales).

En los niños el trastorno se manifiesta por cuatro o más de los siguientes rasgos:

1. Deseos repetidos de ser, o insistencia en que uno es, del otro sexo
2. En los niños, preferencia por el travestismo o por simular vestimenta femenina; en las niñas, insistencia en llevar puesta solamente ropa masculina
3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo
4. Deseo intenso de participar en los juegos y en los pasatiempos propios del otro sexo
5. Preferencia marcada por compañeros del otro sexo

1. SOCIEDAD ARGENTINA DE SEXUALIDAD HUMANA (SASH) Santos Dumont 3454, 3ro 20, Bs. As., ARGENTINA, (5411) 4553-7131 www.sasharg.com.ar

* Médico especialista en psiquiatría. Psicoterapeuta. Sexólogo clínico. Director de Centro Médico de Sexología y Psiquiatría; Presidente de SASH. e-mail: info@sexovida.com;

** Médico traumatólogo; margab71@hotmail.com

*** Médico; sexólogo clínico, Académico de número AISM; psicoanalista, Profesor titular Universitario de Sexología y Salud en la UAI; Fundador de SASH; Medalla de oro de Flasses 1980. Director de CETIS. E-mail: gindin@fibertel.com.ar;

En los adolescentes y adultos la alteración se manifiesta por síntomas tales como un deseo firme de pertenecer y ser considerado como del otro sexo, un deseo de vivir o ser tratado como del otro sexo o la convicción de experimentar las reacciones y las sensaciones típicas del otro sexo.

B. Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol.

En los niños la alteración se manifiesta por cualquiera de los siguientes rasgos:

En los varones, sentimientos de que el pene o los testículos son detestables o van a desaparecer, de que sería mejor no tener pene o aversión hacia los juegos violentos y rechazo a los juguetes, juegos y actividades propios de los niños; en las niñas, rechazo a orinar en posición sentada, sentimientos de tener o de presentar en el futuro un pene, de no querer poseer pechos ni tener la menstruación o rechazo acentuado hacia la ropa femenina.

En los adolescentes y en los adultos la alteración se manifiesta por síntomas como preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias (p. ej., pedir tratamiento hormonal, quirúrgico u otros procedimientos para modificar físicamente los rasgos sexuales y de esta manera parecerse al otro sexo) o creer que se ha nacido con el sexo y cuerpo equivocados.

C. La alteración no coexiste con una enfermedad intersexual.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de esa persona.

TRANSEXUALIDAD FTM (FEMENINO A MASCULINO).

Transexual es aquella persona que tiene la convicción de pertenecer al sexo opuesto al que nació con una insatisfacción mantenida por sus propios caracteres sexuales con un sentido de rechazo y un deseo manifiesto de cambiarlos médica y quirúrgicamente. En ausencia de trastornos psiquiátricos graves que alteren la percepción de la realidad y que necesitan ser aceptados tanto por los médicos como social y legalmente en el sexo elegido. Cuadro clínico conocido como Síndrome de Harry Benjamin debido al endocrinólogo estadounidense que se dedicó al estudio del mismo.

- COMPONENTES DEL SEXO.**
- CROMOSÓMICO
 - GONÁDICO
 - HORMONAL
 - GENITALIDAD
 - CARACTERES 2rios
 - PSICOLÓGICO

- ETIOLOGÍA**
- Trast. Sexo genético y cromosómico
 - Diferenciación cerebral en la gestación (“baño hormonal”)
 - Influencias ambientales (**embarazo - infancia - adolescencia**)

APLICACIÓN DE LA TEORÍA EN UN CASO REAL (TESTIMONIO)

“Hay varios componentes del sexo, pero quiero resaltar el factor psicológico, que es el que a uno como paciente le interesa. Uno transcurre la vida investigando en sus vivencias tratando de encontrar la salida o el camino correcto y siempre se llega a la misma conclusión: ESTOY EN EL CUERPO EQUIVOCADO.

No se conoce aún la causa de este síndrome, aunque se ha intentado atribuir a diversos factores influyentes. Desconozco qué participación tiene cada uno de estos. Lo que conozco es que cuando yo nací esperaban un varón. Heredé las ropas y juguetes de mi hermano mayor, hecho que parecía natural. En los actos escolares siempre representaba roles masculinos.

“Era un niño diferente incapaz de saberlo, y fui una niña que no encajaba”

“era un chico femenino incapaz de entenderlo y fui una chica sin identidad”

“era un hombre castrado incapaz de aceptarlo y fui una mujer llena de dudas”

A pesar de la insatisfacción sostenida y del sentimiento de impotencia que dominaba mi pensamiento, sobrellevé una carrera universitaria, obteniendo el título de Médico en la Universidad del Salvador en 1997, cumpliendo con la Residencia de Ortopedia y Traumatología en el Hospital Evita de Lanús donde ejerzo actualmente mi profesión. Tras haber definido que necesitaba una adecuación sexual y cambio de identidad en 1991, comencé el plan diagnóstico y terapéutico hacia inicios del 2004. Se demora en la concreción del proyecto de vida por MIEDO a ser rechazado, por ‘incomprensión’ de los psicoterapeutas que intentan ‘cambiar nuestro pensar por ser incorrecto’. Hablar de transexualidad es hablar de sentimientos, **hay que comprender el padecimiento de la incomodidad permanente y la ansiedad por adecuar el género e identidad a lo que se siente, y no intentar ‘corregirlo’.**

Los transexuales estamos convencidos que la naturaleza ha cometido un error, que nacimos en un frasco equivocado y vivimos deseando y trabajando para el momento de la cirugía y la aceptación legal. Del mismo modo es difícil manejar las relaciones personales, pues al entorno le es difícil entender que la persona que conocieron durante tanto tiempo es en realidad de otro sexo. **Todos saben que es diferente desde muy temprana edad, y en mi caso particular, ocurrió con un gran porcentaje de personas que manifestaron una sensación de alivio al blanquear mi identidad, donde en común expresaban: ‘me quitas un peso de encima, porque nunca supe como tratarte, porque sabía una cosa pero veía otra’.** Si se ganó el lugar, la gente se adapta al cambio porque nota que uno es feliz.

ETAPAS DEL PROCESO DE REASIGNACIÓN DE SEXO:

- **Diagnóstica:** interviene el psicoterapeuta, no debe intentar ‘curar la disforia’, sino ayudar a la persona a sentirse mejor con su identidad. La primer pregunta suele ser: ¿desde cuándo se siente pertenecer al sexo opuesto?, y la respuesta: DESDE SIEMPRE. Es difícil elaborar la idea que se tiene que cambiar de sexo, desde lo físico y legal, pues domina la frustración y la falta de conocimiento por parte del paciente y del terapeuta que puede demorar la decisión correcta. Una vez lograda, el proceso de llevarla a cabo libera al paciente, le abre un camino hacia la solución, pero a la vez es frustrante pues es largo y tedioso, donde el común denominador es la falta de conocimiento sobre el tema por los profesionales y la legislación. El uso de ropa interior del sexo elegido, mantener relaciones sexuales con alguien del ‘otro sexo’ ayuda a mantener una cierta estabilidad emocional.
- **Hormonal:** o período de hormonación (andrógenos), en busca de cambios masculinizantes. Esto brinda una seguridad personal. Alivia la ansiedad, mejora la calidad de vida; la anulación de la menstruación libera de muchas presiones puesto que los ‘transFTM’ aborrecemos de los períodos, sometiéndonos a un estado de introversión y encarcelamiento que mejora con la desaparición del sangrado periódico.
- **Etapas de experiencia de vida real:** aquí el protagonista es el paciente, donde se adapta en forma total y plena al rol del nuevo género en la vida cotidiana. Muchas veces se expone uno a problemas de pareja, laborales o sociales. Pero la adaptación en esta etapa se supone instalada cuando se logra mantener la estabilidad laboral en la misma actividad que se desarrollaba anteriormente.
- **Etapas quirúrgicas:** la reasignación del sexo es la etapa final de todo este proceso. Es como hacer cumbre en la alta montaña. Tras haber sufrido frustración, impotencia y rechazo por el cuerpo femenino, una vez tomada la decisión y concretada la reasignación del sexo mediante la cirugía se logra armonía. Se da alivio al tormento mental y físico que se ha sufrido durante tanto tiempo.



- **Reconocimiento legal:** el proceso culmina con la sentencia judicial que autoriza a la intervención quirúrgica de adecuación sexual y ordena la modificación de partida de nacimiento y consiguientemente toda la documentación existente de la persona. Se debería trabajar mucho más, en cuanto a la capacitación de quienes intervienen en los peritajes tanto psicológicos como médicos en base a los cuales se apoya el sistema judicial. Actualmente, me encuentro con todos los procesos requeridos por el Tribunal de Familia para acreditar el diagnóstico realizado por un psiquiatra con experiencia en sexología, que puedo desarrollar mis tareas con la identidad que he elegido, que no padezco de trastornos de la percepción de la realidad y que no presento ningún estado intersexual (genético) que haya determinado el síndrome, sino que es un cuadro típico de disforia y que su resolución es la adecuación sexual y nominal.

CONCLUSIONES:

Se debe hacer hincapié en el reconocimiento y en el correcto diagnóstico del síndrome de disforia de género pues es el paso inicial de un largo proceso de reasignación de sexo requerido como resultado final del tratamiento de estos pacientes. Muchos de estos casos sufren profundas depresiones por su patología que ya es frustrante y por la falta de contención brindada por un profesional que desconoce del tema. Al inicio del tratamiento con las entrevistas psicoterapéuticas, con el periodo de hormonación, con la intervención quirúrgica de reasignación sexual se logra una estabilidad emocional y adaptación al nuevo rol que culmina con el cambio nominal legal. De esta manera se recupera una PERSONA, LIBRE y REALIZADA EN SÍ MISMA que se brindará a la sociedad en forma mucho más útil que siendo un ‘ente frustrado’ encarcelado en un cuerpo que no siente como propio.

Yo, M. G. A., un caso real de transexualismo femenino a masculino (transFTM), ejerzo la medicina con total libertad, respetado por pacientes y colegas, he formado una familia estable, basado en los principios de libertad del ser, que le inculcaré a mi hija, gracias a que hoy pude superar la frustración, donde ya no tengo que dar explicaciones de lo que soy, de cómo me visto o de cómo me comporto, porque finalmente, SOY UN VARÓN”.

- **Nov/04:**
anexohisterectomía + labrado de colgajo pediculado + colocación de prótesis testiculares siliconadas.
- **Nov/07:**
mastectomía + lipoescultura pectoral

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association: DSM IV 4th ed., American Psychiatric Association (APA), 1994, Washington DC.
- M. Bonierbale, A. Michel, C. Lançon: El devenir de los transexuales operados. *Vértex Revista Argentina de Psiquiatría*, Volumen XVII - N° 66, Bs. As., Marzo-Abril 2006
- Sapetti, A.: Los senderos masculinos del placer, Editorial Galerna, 2006, Bs. As.
- Money, J. y Tucker, P.: *Asignaturas sexuales*. ATE, Barcelona, 1975.
- Masters, W., Johnson, V., Kolodny, R.: *Eros (Los mundos de la sexualidad)*, Grijalbo, Barcelona, 1996.
- * **Este artículo ha recibido el Premio Mención especial presentación en Póster en XXIV Congreso Argentino de Psiquiatría, de APSA, Mar del Plata, 17 al 20 abril, 2008.**

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE ÉTICA Y TRANSEXUALIDAD: VICISITUDES EN UNA BIOGRAFÍA / SOME CONSIDERATIONS ON ETHICAL AND TRANSSEXUALITY: BIOGRAPHY'S EPISODES

Cristina Tania Fridman⁽¹⁾

RESUMEN

A través de un caso de biografía sexual, se procesa el progreso científico como fundamental para la defensa del nivel de vida de la sociedad, con mejoras colectivas de la salud y el medio ambiente.

Asimismo, este caso, ilustra los desafíos y conflictos que erosionan creencias sustentadas por nuestros valores éticos. En el caso del transexualismo, los progresos de la biología, nacionalizan, regionalizan "contextualizando" la ética científica -técnica, redirigiendo la operatividad científica -de contexto global a esferas particulares.

Palabras clave: ética - biografía - vicisitudes - transexualidad.

ABSTRACT

Through a case of sexual biography, processes the scientific progress as fundamental for the defence of the social level of life with collective improvements on health and ecology.

Likewise, this case, illustrates the challenges and conflicts that erode beliefs supported by our ethical values.

In transsexuality case, biology progress is indeed a work of nationalisation, with different marks, with a strong ethical technical scientist context. It is a matter of single spheres and not only a global world.

Keywords: ethics; biography; episodes; transsexuality.

. |

Hoy día, cuando la ciencia como un instrumento al servicio del ser humano detenta un dominio cada vez mayor, observamos que las fronteras del saber médico se van ampliando, dado que en la actualidad es posible modificar la misma entidad de la naturaleza humana, en términos tanto psíquicos como físicos, surgiendo por ende nuevos referentes y nuevas incógnitas.

Las preguntas se centran en reconocer los paradigmas del desarrollo científico en Medicina. Algunos arguyen (Losoviz, A. 2000) desde la clasificación de la Medicina Tradicional, (restituyendo la función al órgano), insistiendo en las leyes deterministas del modelo newtoniano, fundamentando el sentido de la Medicina que responde a ayudar a la Naturaleza.

También es citada la llamada Medicina de Punta, con la revolución biotecnológica, (paradigma de la biología molecular); la misma se dedica a transformar la naturaleza biológica - que será modificada en sus aspectos psico-socio - culturales, con aplicación de técnicas de ingeniería, terapia génica, nuevas técnicas reproductivas (Telemedicina, Revolución Robótica, revolución icónica). He aquí que la imagen es un nuevo punto de partida.

De la medicina tradicional a la medicina de bordes, los contratos se transforman, - según (Meeroff, 1998) específicamente los que atañen a los/las médicos/as y los/las pacientes en función de combinaciones de ciencias sociales y biología. Desafío de concurrir a la ciencia única de la persona. ¿Cual medicina se está haciendo referencia? Pareciera ser antropológica, integral y holística.

Hace muchas décadas, en particular el concepto de salud goza de varias re-definiciones, al mismo tiempo que el concepto de enfermedad. Si reflexionamos hacia atrás, los conceptos estaban más ligados a una estática biológica con vaciamiento contextual y societario. Hoy día es imposible referirse a conceptos desde una óptica que no responda a ciertos postulados de la corriente constructivista en el conocimiento científico.

La Ciencia esta constituida por seres humanos históricos, dinámicos, cambiantes.

El conocimiento y la disponibilidad que de dicha erudición efectúan, es también netamente dinámica y contextual. Reconocer sus características nos vuelve más sabios, y quizás menos omnipotentes y jerarquiza nuestra posición relativa del quehacer en la ciencia.

Conceptualizar estáticamente una dolencia biológica es absolutamente dispar a una idea dinámica de construc-

1 Socióloga - Diplomada en Educación Médica. Especialista en Educación sexual y para personas que trabajan en Discapacidad. Secretaria General de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación sexual FLASSES 2006-2010; Profesora Universitaria Universidad Abierta Interamericana; Directora de Cursos de CETIS, Coordinadora revista SASH; Miembro Comisión Directiva de SASH. email: ctfidman@fibertel.com.ar; ctfidman@gmail.com tel 54 11 4 553 5224

ción e interpretación de enfermedad. El sentirse mal o el sentirse bien- tan personal y subjetivo de un paciente con relación a su síntoma, no es alcanzado por las descripciones clásicas de los viejos tratados de medicina. La enfermedad, los médicos, la sociedad mediática sobre los conocimientos médicos, la industria que se apoya en la enfermedad- salud y la sociedad que busca nuevas salidas a nuevas y viejas patologías, son todos entrecruzados por múltiples factores contextuales, socio culturales.

Si uno articula los actores de la situación social, podemos detenernos en dos: el paciente que demanda alivio, curación, de manera explícita o implícita, consciente o inconsciente, el profesional que posee conocimientos técnicos para satisfacerlo y una medicina que tiene una configuración social cambiante que presta soporte para el encuentro de ambos y a su vez los interpenetra y les modifica expectativas, acciones y suposiciones.

El padecer la enfermedad adquiere significados diametralmente diferentes según las personas. Hay distintas formas de padecer el cuerpo. Y todas atraviesan el eje médico paciente- La medicina tradicional no siempre aseguraba un buen oído de la sintomatología y psiquis del paciente, la medicina de Punta, tampoco lo afianza. Se llenan las planillas de diagnósticos y pronósticos y muchas veces se ha perdido el conocer al sujeto del que se habla. Ese sujeto no habla. Es fragmentado y fraccionado en especialistas y especialidades, y difícilmente reunido por sí y por el profesional o equipo que lo atiende. A esa falta de síntesis y de integralidad, se suscitan los impactos en otras dimensiones: política, económica, industrial, cultural, jurídico-legal.

Si fuera el caso de un paciente carente de buenos recursos cognitivos y emocionales que le permitan evaluar la información de los procedimientos diagnósticos terapéuticos que se le han indicado, podría acabar atrapado por propuestas ininteligibles que no siempre llevarán a buen puerto sus problemas de salud. A veces sucede que el mejor interés del paciente no correlaciona con los intereses institucionales donde ejerce el profesional de la medicina, y se producen colisiones. También existen prioridades en la distribución de recursos médicos y evaluaciones de tipo costo - beneficio.

Cuánto tiempo promedio atender al paciente, cómo derivar, qué estudios pedir, qué estudios no solicitar, qué políticas sanitarias condicen con su subjetividad y qué otras pueden hacer hasta un problema de objeción de conciencia. Las presiones son diversas y están siempre presentes. Esta famosa libertad del acto médico ¿se ha transformado en una utopía?

Meeroff (1990) responde referido a la ética en medicina: "La vida es el bien máspreciado del ser humano que quiero que viva en libertad y con dignidad y que desarrolle su proceso vital en un sistema social en que impere la igualdad y la justicia".

Recordando que la relación médico- paciente se caracteriza por ser una relación cuasi diádica y asimétrica (Lain Entralgo), regida por principios como el de no maleficencia (*primum non nocere*) y el de beneficencia (lo primordial es el beneficio del paciente). Esta asimetría no implica inequidad de la relación, ni desigualdad. Ambos titulares de la relación, ambos actores, detentan derechos y obligaciones. Merecen respeto los integrantes de la relación en términos de (Autonomía, Justicia, Veracidad, Confidencialidad).

La relación desigual no justifica el ocultar información o tomar decisiones por el paciente (Autonomía, Veracidad).

Es una relación con contexto histórico y de lugar. Intervienen en ella y se producen a causa de la misma, interacciones, representadas por afectos, actitudes y comportamientos. Los pacientes suelen volverse inseguros cuando enfrentan la enfermedad, se vulnerabilizan, y la incertidumbre los alcanza.

Por si ello no fuera suficiente, cada enfermedad posee un significado social que es propio de cada persona y que varía según sea su historia de vida.

¿Cómo se articula el hecho de que un paciente pueda tomar decisiones? Básicamente debe ser informado. Se debe evaluar la capacidad del paciente de entender acerca de lo que se le informa, y su capacidad de tomar decisiones. No es suficiente brindar la información apropiada desde un punto de vista técnico, informar no es solo enunciar un diagnóstico y ser uno más en la serie de mega estudios o de pertenecer a una nueva frecuencia estadística de las experiencias. El lenguaje es fundante. Claro, inteligible, con capacidad de adaptación por parte del profesional para distintas audiencias de pacientes. Algunos pacientes desean saber y otros no, para decidir. Si se delegará la decisión en el médico/a por confianza o por falta de comprensión o por temor, etc. deberá evaluarse profundamente el principio de autonomía.

Hay profesionales paternalistas y autoritarios o con cierta baja autoestima que no encuentran los cauces adecuados para pedir opinión a sus pacientes. Es que no comprenden uno de los derechos inalienables, el tener que dar explicaciones.

A veces los/as pacientes no pueden registrar aspectos inconscientes y los médicos/as no están preparados/as para registrarlos. Por ello, el informar no garantiza la comprensión. La variable tiempo es un factor fundante para la toma de decisiones, y varía diametralmente de paciente a paciente y según el grado de severidad de la enfermedad y el riesgo que implica el procedimiento terapéutico.

• II

Desde un posicionamiento pedagógico

Formación de grado- Razones de la enseñanza de la Bioética relativas a la formación en sexualidad en las carreras de ciencias de la salud .

La preocupación por los derechos humanos es un genuino eje desde el siglo XX en adelante.

Se cuestiona el modelo paternalista de la relación médico paciente.

Se debaten los derechos de los pacientes a ser informados y a tomar sus propias decisiones, entre ellas la extensión de su existencia y su propuesta de lucha o no frente al avatar de salud.

Se desarrolla la Bioética que se ocupa de la reflexión acerca de los dilemas éticos que se plantean en la práctica de la Medicina y de las Ciencias Biológicas, de acuerdo a reglas que guían y justifican el accionar en cada caso particular y principios que son enunciados más generales y constituyen el fundamento de las reglas.

No se pueden formar profesionales en el campo de la salud que desconozcan las reglas elementales de la bioética y se debe trabajar exhaustivamente esta dimensión más allá de figurar en el currículo.

Medicina es una de las carreras que requieren vigilancia y acreditación continuas por el riesgo que implica el ejercicio profesional para la sociedad y para los miembros que la practican.

Malas formaciones, faltas de actualización, fallas en la formación de recursos cognitivos, afectivos y profesionales hacen la mala praxis que no deseamos.

• III

Dentro de la materia Bioética es un eje transversal en la entrevista sexológica, en el interrogatorio sexual, en la confección de la biografía sexual, en la propuesta de negociación de la

terapia, en el grado de compromiso, en los términos explicitados del contrato, y en los avatares y aspectos descuidados de la sexualidad en las carreras de ciencias de la salud.

Materia sexualidad y salud. Sociología, Filosofía, Modelos y paradigmas de la ciencia en el terreno de la sexualidad, Historia, Antropología, Medicina Legal, Psicología, etc.

Quizás uno de los aspectos más desafiantes en el famoso paradigma de qué es lo normal en sexualidad.

Es preferible que los alumnos/as se consulten todo el tiempo y se pregunten sobre dilemas éticos contemporáneos tales como Edad del consentimiento de las relaciones sexuales, contextualización por territorios, diferencias en legislación, diferencias por género respecto de la normalidad de conductas sexuales. Clasificaciones normo técnicas o inventarios patológicos. Indicaciones legales y puniciones de diferente tipo. Cambios en la pregunta acerca de la naturaleza "normal" del acto sexual a la naturaleza perjudicial del mismo.

Investigaciones en los aspectos íntimos y privados de la vida. Repercusiones en el aspecto público. Políticas públicas y placeres privados. Redefiniciones de los umbrales de edad. Desaparición o nuevos límites. Desafíos de la lógica binaria de la especie dimórfica en el terreno de la biología. Géneros, transgéneros. Diversidad sexual, tolerancia o respeto.

Las nominaciones que acusan y portan valores y las nominaciones que describen con menor impacto valorativo. Segregaciones, discriminaciones, las indicaciones del cómo, del cuantum, del dónde, del con quién, de la forma y la manera.

Usos y costumbres, La contaminación cultural de la visión antropológica de las sociedades en sexualidad. Reconstrucción del término sexualidad por sexualidades.

La era del Sida y el impacto de la patología en el desarrollo de los conocimientos sexuales.

La mediatización y comercialización del erotismo, Dilemas éticos.

Los límites del placer y del sufrimiento. El daño a terceros, el consentimiento en los vínculos sexuales. Las realidades sociales nos realidades sexuales y viceversa.

Desde el principio se aspira que los alumnos/as puedan ser reflexivos acerca de los modelos de relación del sexo- terapeuta, educador sexual e investigador en sexualidad y analizar sus alcances, ventajas y desventajas. Acceder a los modelos teóricos que dan cuenta de los dictatus de lo que se desea como "bueno" o "saludable" en el terreno sexual y a lo largo de la biografía de los individuos, Cada vez más medicalizada y diferencial por género.

Los holones de la sexualidad y la ética: en la reproducción, en los lazos de apego, en el erotismo y en el género.

Los momentos cognoscitivo, operativo, afectivo y ético - y la cosmogonía en el tratamiento sexual. Aunque en las pautas cotidianas la ética pareciera desaparecer, nunca está ausente el carácter "moral" del acto médico - psicológico ya sea éste moral, inmoral o amoral. En cuanto al enfermo, el "para qué" de su deseo de consulta, y deseo de tratamiento para estar saludable, el considerar la salud como medio para vivir o como un fin en sí mismo, son evidencia de dicho carácter ético.

Se perfilan los Modelos de la Bioética, respeto por la autonomía, beneficencia, no maleficencia, doble efecto, justicia y las normas morales básicas veracidad y confidencialidad.

Se debaten diferentes modelos (sacerdotal, ingeniería, médico- societario y el contractual).

Cómo los alumnos elaboran historias sexuales de los pacientes, que luego se discuten desde varios modelos, aparecen temas

que inducen también a reflexiones guiadas por los docentes tales como el conocimiento del diagnóstico por parte del paciente, la información, el consentimiento y el rechazo del tratamiento, la calidad de vida, el dolor, los derechos y deberes de los pacientes y de los profesionales de la salud, etc.

En sexualidad, el universo simbólico de la humanidad dispone de referencias fundamentales con inmensa producción de mitologías y uniformidades de usos y costumbres y disparidades de legislaciones. La constitución subjetiva del individuo, está también condicionada por la época y lugar de nacimiento. En ese marco, la diferencia de sexos y la diferencia de generaciones constituyen parámetros que definen las formas de filiación, que dan continuidad a la cultura, también alimentada por el legado de la transmisión de creencias constitutivas a los descendientes.

. IV

Interacción con el periodismo -

La transexualidad protagonizó el X Congreso Español de Sexología

La transexualidad fue el tema central del X Congreso Español de Sexología, celebrado en León 17-20 abril, en el que se abordó la eliminación de la situación de transexualidad de las clasificaciones internacionales de trastornos y enfermedades. Se aseveró que «sigue siendo imprescindible el diagnóstico de disforia de sexo» para que se acepte un cambio de sexo en España, según informó la Federación Española de Sociedades de Sexología (FESS).

. V

La búsqueda de la identidad en la educación narrativa ejemplo paradigmático

Jackson afirma que "En la escuela los estudiantes de todas las edades pasan gran cantidad de tiempo escuchando relatos". Con relación a ello se pregunta: ¿cómo educan y en qué nos benefician estas historias? Su respuesta define dos funciones de los relatos: una función epistemológica y una función transformadora. La función epistemológica tiene que ver con el hecho de que los relatos contienen conocimientos que se consideran válidos y útiles en la sociedad y por consiguiente se espera que la escuela proporcione ese conocimiento. La función transformadora, hace referencia al papel de los relatos en el logro de objetivos que vayan más allá del conocimiento por sí mismo, que atiendan a "lo que queremos que los estudiantes sean como seres humanos..." (Jackson).

Tradición de Historias Contadas

Los buenos maestros interpretan pedagógicamente: lo hacen y lo han hecho siempre desde los albores de la humanidad. Creo que ha llegado el momento de empezar a considerar a la enseñanza lo que es... **una interminable tradición de historias contadas** y vueltas a contar con el expreso propósito de interesar a los estudiantes. (Gudmundsdottir)

. VI

VICISITUDES EN UNA BIOGRAFÍA

"lo primero que tenemos que aprender es a registrar eventos, instantes, interacciones, lugares y personas de modo tal que resulten memorables" (Goodson y Walter).

¿Qué se gana, de hecho, y qué se pierde, cuando los seres humanos dan sentido al mundo contando historias sobre el mismo usando el modo narrativo de construir la realidad?

El tiempo narrativo, como ha señalado Ricoeur, es 'tiempo humanamente relevante' cuya importancia viene dada por los significados asignados a los acontecimientos, ya sea por los protagonistas de la narración o por el narrador al contarla; o por ambos. (...) Lo que hace la gente en las narraciones nunca es por casualidad, ni está estrictamente determinado por causas y efectos; está motivado por creencias, deseos, teorías, valores u otros "estados intencionales". Las acciones narrativas implican estados intencionales.

La relevancia que adquiere la documentación narrativa de las propias experiencias por parte de las personas transexuales radica en el enorme potencial que contienen sus productos, los relatos pedagógicos, en la medida en que nos enseñan a interpretar el mundo difícil desde el punto de vista de sus protagonistas que no sólo describen, sino que explican e incorporan sus propias miradas y reflexiones otorgando sentido a lo que ellos hacen diariamente. De esta manera, al tejer sus narraciones, las personas transexuales nos comunican su sabiduría práctica y, al mismo tiempo, permiten a otros destejerlas para volver explícito lo implícito y comprender qué hay detrás de esa sabiduría. Es decir, la narrativa estructura la experiencia, y los relatos son una forma de conocerla, transmitirla, compartirla.

PREGUNTAS EN UNA BIOGRAFÍA DE UNA PERSONA TRANSEXUAL

Edad 36 años Profesión: médico Nacionalidad: argentino - Estado civil: Unión de hecho Hijos: una niña con apellido materno Residencia: Buenos Aires

A. ¿Cómo define UD. el descubrimiento de su problema la búsqueda de identidad o el camino para ser "digno de Sí?"

-Basado en un sentimiento de frustración, impotencia y desencaje social, que comienza desde los primeros años de la adolescencia, hasta lograr plasmar tanto en la conciencia como en palabras que llevando o portando una psiquis masculina debía adecuar mi sexo biológico para lograr el equilibrio, tanto psíquico, físico y social". (Definición de salud).

B. ¿Cómo se desarrolla en esta biografía este proceso?

"El factor determinante es la dificultad de adaptación en el medio que me desarrollaba debido a transitar una infelicidad permanente. Es muy difícil brindarse a los demás si uno no está bien con uno mismo, siendo el detonante la *incongruencia entre la biología y la mente*, hasta que transitados varios procesos de tristeza y depresión logro elaborar la idea de que la única solución definitiva era el cambio de identidad.

Necesité el espejo de mis pares que "me acorralaron manifestándome que no podía seguir indefinido". Fueron en mi caso, futuros médicos/ médicas. (Hace 20 años atrás)

"Recomendada una psiquiatra, realizó una entrevista y un cuestionario extenso que tras su evaluación me notifica que estaba pasando por un proceso depresivo que tenía una idea errónea de mi situación y lo ejemplificaba como que..." *caminaba en contramano por una ruta y que debía volver a la mano original*".

Este concepto causó un gran rechazo por lo que ya no volví más a la consulta.

Yo ya sabía cual era mi solución y no buscaba que alguien me la refute, sino la contención brindada por un profesional para sobrellevar esta situación en buenos términos.

C. Si entonces uno se detuviera en ese punto, la ética médica del momento y del contexto ¿qué le produjo en su diseño de biografía?

Mucho, un freno y una detención, una pared, importante en todo el proceso, puesto que no volví a consultar por lo próximos 14 años aproximadamente pues tenía miedo a volver a ser rechazado.

D. ¿La transexualidad se enfrenta con qué conceptos centrales en el ejercicio del acto médico?

No se debe desconocer que el profesional psicoterapeuta puede involucrar sus conceptos religiosos a la hora de atender a un paciente transexual. *Hecho que limita aún más la autonomía del paciente* y del profesional, pues no debería dejar influenciarse. O debería tener la capacidad de reconocimiento de incompetencia en el caso y derivar.

E. La ética médica cambia y es diferente en cada país, como afectó esto en su biografía.

"Determinante, pues tras haber realizado el diagnóstico de Transexual de femenino a masculino con un profesional competente e iniciado el período de hormonoterapia, tuve que recurrir a emprender el proceso quirúrgico en un país vecino que avale estas cirugías, sin otro requisito que el diagnóstico citado, pues aquí no se puede hacer sin autorización legal, hecho que demanda un tiempo incalculable para el paciente.

F. ¿Cuánto tiempo suele demandar el proceso judicial?

"Llevamos tramitados en el país, Argentina, al año 2008 la declaración testimonial, que asevera la experiencia de vida, las pericias psicológicas y médicas y la presentación de toda la documentación referente a toda la cirugía desde julio del año 2005.

Como es por el domicilio de la persona la adjudicación del juzgado, puede suceder que dicho tribunal de familia se declare incompetente lo cual llevaría a fojas cero el expediente y teniendo que comenzar una apelación o en juzgado de otro distrito previo cambio de domicilio, con el desgaste que eso implica.

Así el caso de otra persona, que aún teniendo adecuada su identidad por otra ciudadanía, fue desestimada y rechazado su expediente debiendo reiniciarlo en otra jurisdicción."

G. ¿En Argentina podríamos considerar que se progresa en el concepto de salud de las personas transexuales pero que no se permite el inicio de las operaciones de adecuación sexual, sino que comúnmente se obstaculizan de entrada y se prosiguen en el país -una vez- el cuerpo intervenido incompleto?

Así como la salud engloba varios aspectos de la persona, la medicina en estos casos debe ser interdisciplinaria, apoyado tanto en lo científico quirúrgico como en lo psicológico y social.

Considero que el enlace que falta aceitar su mecanismo es el aspecto jurídico, pues es mucho más fácil realizar la demanda judicial, estando ya operado, pues determina un proceso irreversible, como predeterminando a la justicia que uno está seguro en su convicción y agotará todos los recursos para llevarlo a cabo

H-¿La transexualidad debe ser atendida también en hospitales públicos? ¿y con qué nivel de prioridad de recursos?

Considero que tanto público como privado, no se debe discriminar el sector médico que debe atender estos casos, debe ser del ejercicio cotidiano, lo que falta en el sector público es la capacitación referente al tema, obligando al paciente a solventarse su tratamiento, cuestión que no todos pueden hacerlo.

El recurso básico que es el diagnóstico de un paciente transexual no requiere más que un consultorio y el profesional actuante, que correrá por su parte la capacitación sobre el tema.

I. ¿Es suficiente la capacitación sobre el tema para tratar a un paciente transexual?

En el contexto global no es suficiente partiendo que requiere de un plan interdisciplinario.

Capacitación referida al marco teórico y al contacto práctico, es decir se debe conocer para diagnosticar, se debe reconocer la suficiencia en el tema, y se debe aislar los principios personalistas del médico para poder garantizar la autonomía del paciente.

J. ¿Cuál ha sido su mejor experiencia en la interrelación con un médico que se ocupó de su problemática de transexualidad?

Observación de la entrevistadora (Las respuestas tienen un bias referido a,

- ser paciente por un lado, pero imposible desconocer la condición de médico por el otro.
- Como entrevistadora, al tomar los datos de la persona MA pareciera ser que la elección de la carrera de medicina aseguraba una vía de reconocimiento más “fácil y legítimo” que si hubiera elegido cualquier otro camino).

“La base de la mejor experiencia ha sido la contemplación integral de esta problemática que engloba desde la información del diagnóstico correcto hasta la agilización de los pasos evolutivos que implican el proceso de cambio”.

K. ¿Cuál ha sido su peor experiencia en la interrelación con un médico que se ocupó de su problemática de transexualidad?

La entrevista con la psiquiatra hace 20 años que determinó una pérdida de tiempo fundamental y un desarrollo como persona incompleta, frustrante e hiriente. Por lo tanto se vulneró la autonomía, *la beneficencia, la no maleficencia y la justicia.* (ética)

Y la segunda experiencia, no hace mucho tiempo con este proceso ya avanzado, habiendo logrado una adaptación social en mi nuevo rol accedí a una entrevista (un turno) en un servicio de un hospital público que esta formando competencia en el tema a fin de acelerar los estudios complementarios requeridos posiblemente por la justicia. Hecho que me fue no solo denegado sino que manifestaron un bloqueo de todos los pasos previos inhabilitando mi acceso a otro sector del hospital (cabe destacar que es público) sin previa autorización del jefe de dicho servicio. Obligándome en ese caso a descartar todo lo realizado y comenzar desde cero los procedimientos. Por una concepción paternalista - posesiva del paciente por parte del profesional de la salud. (falta de ética)

Como a su vez me presenté como paciente y médico ello produjo una falta de respeto y cordialidad entre colegas también.

L. Piense en todas las personas con las que usted se interrelacionó en referencia a su problemática de transexualidad aparte de los médicos. ¿Cuál ha sido su mejor experiencia en la interrelación con ellos/as?

Todas las personas que conforman el entorno de un ser que esta involucrado con un rol social como es el ser médico. Vale decir familia, vecinos, pacientes, colegas. Todos estos actores, han manifestado una reciprocidad de mi cambio francamente positiva y espontánea. No teniendo que dar explicaciones, pues

el sentimiento de libertad de mi persona se expandió a mi accionar en todo aspecto.

La única excepción ha sido mi padre, quien ha rechazado la idea en forma tajante y absolutista, prefiriendo eliminarme como miembro de la familia.

Quiero rescatar la globalización por Internet me ha hecho conocer otras personas con la misma problemática brindándonos apoyo y ayuda mutua hasta el punto que uno de ellos (uruguayo) me brindó información y contacto de un cirujano plástico entendido en cirugías referentes o relacionadas a la adecuación sexual.

LL. ¿Al realizar las cirugías la información de los profesionales y la empatía como fueron?

Es fundamental el conocimiento de los cirujanos que interviengan al paciente, pues no sólo se busca un resultado orgánico sino también estético.

El círculo de profesionales -pacientes- que padecen este problema facilita los contactos con la gente capacitada. Entonces se puede hablar de derivaciones muy directas y específicas.

La relación fue más fría con el cirujano extranjero que realizó la primera cirugía, no por el idioma, ni tampoco por la cultura. Aunque no dejó de informarme sobre el procedimiento de la técnica y de las eventuales complicaciones. Sólo podría objetar que (desestimaba el procedimiento) lo rutinizaba... El cirujano plástico referido por el contacto uruguayo, que realizó la segunda cirugía en Buenos Aires, desarrolló una relación médico paciente mucho más amena, agradable, respetuosa y de intercambio para conmigo.

M. Si usted pudiese hacer un cambio para mejorar la calidad de sus experiencias en la atención de su problema de transexualidad, ¿cuál haría? ¿Por qué?

La justicia. Agilizar los trámites legales. En Argentina sólo lo se autoriza la cirugía previo cambio de identidad. Y el cambio de identidad que involucra la confección de la nueva partida de nacimiento y la confección de toda la documentación referente a la persona, que éste es un paso indispensable para autorizar la cirugía.

La ley considera en Argentina estas cirugías como lesiones gravísimas con penas para el profesional que las realiza.

M1. Si el contexto prohíbe este tipo de adecuación sexual por procedimientos que en el país se consideran lesiones graves, o gravísimas

Se busca la vuelta de trabajar por ser digno de sí a través del camino de la cirugía estética?

No, porque la cirugía estética tiene un momento de acción determinado, no realiza la resección de los órganos internos, ni tampoco la hormonoterapia, sino que actúa en un momento preciso cuando es necesario un procedimiento estético. Corrección de un colgajo o mastectomía.

N. ¿En su caso de transexual femenino a masculino cuántas operaciones comporta un programa exitoso y en principio cuántos actores médicos pueden verse involucrados y los comités de ética de los hospitales qué función cumplen?

En principio, se requieren al menos dos procedimientos quirúrgicos diacrónicos, quedando librado a necesidad de eventuales correcciones o detalles técnicos algún procedimiento extra.

Los actores médicos pueden estar involucrados de equipos quirúrgicos, servicios de endocrinología, psiquiatría, laboratorios, diagnóstico por imágenes.

Hasta lo que yo sé- en mi caso, solicitado por el tribunal que lleva el expediente se requirió un informe al comité de bioética de la ciudad de Mar del Plata. El informe fue librado y fue positivo y fue presentado. Allí se avala la necesidad de la adecuación.

Ñ. ¿Discriminaciones desde lo laboral? Y problemas desde el seguro social, las acreditaciones, todo lo que hace a la ciudadanía social?

Fui mucho más discriminado antes de comenzar el cambio que ahora. En ese momento era un personaje indefinido que provocaba rechazo, sumando a mi sensación de inadaptación social. Hecho que fue bastante discriminatorio desde afuera y desde adentro.

Absolutamente toda la documentación existente al momento corresponde a la identidad del DNI. Esto produce que yo mismo me limite el espectro laboral y social por no tener que mostrar la documentación.

Desde el 2002 hasta la fecha he evitado los congresos, los cursos y eventuales trabajos esperando el ansiado cambio.

En este momento produce un giro en este aspecto, asumiendo el riesgo de no conseguir un trabajo pero respetando mi identidad, presentado junto con la documentación una nota que informa sobre mi situación y solicitando el respeto de mi identidad actual, anteponiendo mi imagen por sobre los papeles.

O. ¿Esta afirmación brindada por el Dr. Fidalgo, urólogo y capacitado en el tema, UD la comparte o disiente?

"Hasta ahora, nadie encontró un tratamiento psicológico que permita adecuar el sexo psíquico con el biológico", dice Fidalgo. Así las cosas, la respuesta que puede dar la medicina es adaptar el sexo biológico, o sea los genitales, al sexo psíquico.

Sí, comparto la idea, pues la identidad uno ya la tiene formada pero no la puede brindar ni manifestarla plenamente porque el envase físico no lo acompaña.

P. A nivel personal, la vida afectiva de una persona que padece la problemática de transexualidad ¿que importancia tiene de uno a diez?

Es difícil ponerle un número, la persona que esta junto a uno, es libre, de acompañarnos o de optar por otro amor. En mi caso, desarrollamos una relación de pareja (heterosexual) con quien es hoy mi señora, previo conocimiento de identidad con una aceptación plena por su parte y basados en el respeto mutuo. Afianzándonos y creciendo. Pero no se debe obviar que mi problema influye en la relación de pareja.

Por ejemplo, en las relaciones sexuales: por no poder brindar mi piel plenamente - debido a mi no aceptación de mi cuerpo.

En el aspecto social debiendo disimular frente a los demás antes de producirse el cambio hormonal y quirúrgico como si fuera una relación de amistad en vez de una pareja amorosa.

Una vez iniciado el proceso de cambio, y blanqueada nuestra relación en todos los aspectos de la vida, social familiar laboral se produjo una liberación de la pareja pudiendo ser nosotros mismos en nuestro hogar y de las puertas para afuera.

Q. Si la capacitación de sexualidad formara parte del currículo de medicina, Ud. piensa que se aligeraría la carga de sufrimiento de las personas que siendo transexuales tienen disforia de género?

Siempre el conocimiento del tema, brinda una mayor posibilidad de solución. La sexualidad como tema tabú es en general esquivada por el equipo formativo pero creo que no se debe esperar al nivel terciario para cambiar esto. Tiene que cambiar-

se desde tiempos mucho más precoces, el concepto de la sexualidad como parte de la sociedad.

Nota: por correo electrónico de fecha 24 de noviembre de 2008 el Dr. Marcos Gabriel Alonso, entrevistado, comunica a la comisión revista de SASH que a la fecha se encuentra autorizado el cambio de documentación registral por parte de la Justicia, es decir que se realizará el cambio de sexo a nivel de la partida de nacimiento y toda la documentación vigente correspondiente a su persona.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. Trastornos de la identidad sexual, En su: "DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, p.545 551, Masson, Barcelona.1995
- Ausubel, David. Psicología Educativa. Un punto de vista cognoscitivo. México: Trillas, 1978.
- Bella Paz, L. y Sanjurjo, L "Los diarios de clase como construcción de conocimiento profesional." En IX Jornadas Nacionales de Investigación Educativa y III Simposio Internacional sobre las relaciones entre la Teoría y la Metodología en la Investigación Educativa, Universidad de Rosario. 2004
- Bruner J. "La construcción narrativa de la realidad". Aprendizaje Visor, Cap. 7.
- La educación, puerta de la cultura. Madrid. 1997
- Bruner, J. "La fábrica de historias. Derecho, literatura y vida". Fondo de Cultura
- Económica. Buenos Aires 2003
- Benjamin, H. The Transsexual phenomenon, Julían Press, New York, 1966.
- Betancourt, O. Cambio de sexo: ¿mutilación inútil?, Sexo y Vida 3:12 15, Cali,1983.
- Bianco Colmenares, R: Cirugía y transexualidad, En: Kusnetzoff, J.C.(Ed.): "Sexuario", p.280 289, Javier Vergara, Buenos Aires, 1992.
- Bruner, Jerome. La educación, puerta de la cultura. Barcelona: Visor, 1997.
- Cauldwell, D. Psychopatia transsexualis, Sexology, 16,1949.
- Coleman, E., Bocklin, W, Gooren, L. Homosexual And Bisexual Identity In Sex Resigned Female To Male Transsexuals, Archives of Sexual Behavior. 22,1993.
- Chevallard, Yves. La transposición didáctica. Del saber sabio al saber enseñando. Buenos Aires: Aique, 1997
- Del Corral, G.T., Botero,T.A., Marulanda, M. Manejo quirúrgico del transexualismo masculino. : Dragunsky, L.(Ed.): "Memorias del 1er Congreso Colombiano de Sexología", p. 187 190, Bogotá, 1982.
- Ey, Henry, Bernard, P , Brisset, Ch.Tratado de Psiquiatría, Toray Masson, 2a, Barcelona, 1969.
- Flores Colombino, A. ¿Qué sabemos sobre la transexualidad?, Exclusiva, p.18 19, Montevideo, 1991.
- Granato, R.: Acerca del transexualismo, Flases AAPF: "IV Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual", T 2, p.177 179, Buenos Aires,1988.
- Green, R., Blanchard, R.Trastornos de la identidad sexual, En: Kaplan, H.L, Sadock, B.J.: "Tratado de Psiquiatría/VI", Vol. 2, p.1274 1285, Intermédica, 6a, Buenos Aires,1997.
- Gudmundsdottir, Sigrun. La naturaleza narrativa del saber pedagógico sobre los contenidos. Reseña - Ensayo /Book Review -Essay McEwan, Hunter y Keran Egan (Comps.).

- La narrativa en la enseñanza, el aprendizaje y la investigación. Buenos Aires: Amorrortu, 1998. 318 páginas.
- Harima, K., Abe, T. Gender identity disorder in Japan: A Clinical Survey On 194 Outpatients, Sexuality in the New Milenium, Proceedings 14th World Congress of Sexology, 257-269, Hong Kong, August 27, 1999.
 - Jackson, Philip W. La narrativa en la enseñanza, el aprendizaje y la investigación. Buenos Aires . Amorrortu, 1998. Jackson, Philip W. Enseñanzas implícitas. Buenos Aires. Amorrortu Editores, 1999
 - Jarolimek, John. Las ciencias sociales en la educación elemental. México: Pax, 1971.
 - Miles, Matthew. "Drawing Valid Meaning from Qualitative Data: Toward a Shared Craft." Educational Researcher (1984):10-29.
 - Lagos, T., Quijada, O.: Transexualismo. Cambio de sexo y la Correspondiente rectificación de partida en el registro civil, 10 p.mim, Santiago de Chile, 1980.
 - Leyva Marin, T., Bravo Fernández, O., Rodríguez Lauzarique, M.: La atención a los transexuales en Cuba. Flases "Angles VIII CLASSES", P 144-145, Montevideo, 1997.
 - Losoviz, Alicia: "De la Ética Médica a la Bioética: Reflexión psicoanalítica sobre las Nuevas Técnicas Reproductivas". Boletín de la Biblioteca del Congreso de la Nación- Número 118 - Bs. Aires, 1995
 - Meeroff, Marcos Medicina Antropológica. Editado por la Asociación Médica Argentina. Bs Aires, 1992
 - McEwan, Patrick J. 2000. Review of the book Organization matters: Agency problems in health and education in Latin America. Economics of Education Review 19: 459-60.
 - Money, J., Ehrhardt, A.A. Desarrollo de la sexualidad humana. diferenciación y domorfismo de la identidad de género, Ed. Morata, Madrid, 1982.
 - Pauly, LB.: Female transsexualism, Archives of Sexual Behavior 2:47, 1972.
 - Porta, A., Lang, P Abordaje del travestismo y transexualismo en la sociedad actual, En: Flases Sus Sesex "Angles VIII CLASSES", P141-143, Montevideo, 1997.
 - Quijada Cerda, O.A. Cambio de sexo y su justificación antropológica; "Cambio de Sexo", p.17-30, Almendros, Buenos Aires, 1968.
 - Quijada Cerda, O.A., Parada, J., Barrera, R., Téllez, R., Godoy, M., Perú, J., González Berendigue, M.A. Intervenciones quirúrgicas en cambio de sexo o en confirmación morfológica de un sexo malformado, "Cambio de Sexo", p.105-115, Almendros, Buenos Aires, 1968.
 - Ricoeur, La construcción narrativa P "Tiempo y narración" Cristiandad, vol.1- Madrid. 1987. Bruner, J. de la realidad". Aprendizaje Visor, Cap. 7. La educación, puerta de la cultura. Madrid. pag 152. 1997
 - Salas Vieira, J.A., Salas Sironvalle, M. Cambio de sexo en Chile. cuarenta primeros casos desde 1973 a 1994, I Congreso Cubano de Educación, Orientación y Terapia Sexual, p.315-318, La Habana, 14-18 de noviembre, 1994.
 - Stoller, R.: Sex and gender, Science House, New York, 1968.

SOBRE SEXUALIDAD Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL / ON SEXUALITY AND INTELLECTUAL DISABILITY

José Ramón Amor Pan⁽¹⁾

RESUMEN:

La vivencia de la sexualidad ha sido tradicionalmente obstaculizada en las personas con discapacidad intelectual, un comportamiento claramente inmoral e inhumano. Las personas con discapacidad intelectual precisan una educación sexual formal más que ningún otro colectivo. Los manuales y recursos que se disponen en la actualidad son insuficientes y claramente mejorables.

Palabras clave: Discapacidad intelectual, sexualidad, educación sexual, derechos humanos.

ABSTRACT:

The experience of sexuality has been traditionally hindered in mentally handicapped people, which comes to be a clearly immoral and inhuman behaviour. Mentally disabled people are more in need of a formal sex education than any other social group. Currently available handbooks and resources are insufficient and could be clearly improved on.

Key words: Intellectual disability, sexuality, sex education, human rights.

INTRODUCCIÓN

Llevo 16 años reflexionando, escribiendo y dando conferencias sobre este asunto en Argentina estuve ya tres veces, invitado por ASDRA, la última en mayo 2007 con ocasión del I Congreso Latinoamericano sobre Síndrome de Down y aunque es mucho el camino que se ha recorrido durante estos años en la integración y normalización de este colectivo, sin embargo me veo en la obligación de iniciar este artículo afirmando que la sexualidad en las personas con discapacidad intelectual sigue siendo en buena medida un tema tabú, una realidad que es vista con recelo, con una actitud de sospecha y de miedo. Podríamos decir que ocurre respecto a este tema en este colectivo lo que acontecía con la sexualidad en general antes de la revolución sexual y la democratización de nuestras sociedades.

No resulta fácil tratar el tema de la afectividad y sexualidad de las personas con discapacidad intelectual, exactamente igual que ocurría antes con la sexualidad en general, no porque en sí misma sea una cuestión especialmente complicada sino, básicamente, porque existen muchos prejuicios. Resulta difícil tratar esta problemática con moderación, sin caer en el tono fácil de la

polémica, sin desencadenar falsas prudencias o morbosas curiosidades periodísticas, sin fijarnos en los casos raros o crudos. Se trata de una cuestión delicada, que casi siempre queda escondida en la privacidad del hogar, en el drama familiar y personal. Por ello, cabe afirmar que hay que hacer el mismo recorrido que históricamente hemos hecho para liberar la vivencia del sexo de viejas actitudes carentes de la más elemental apoyatura científica y antropológica.

Estamos ante un derecho fundamental de la persona; por consiguiente, no puede quedar al arbitrio de nadie (ni de las familias, ni de los educadores). En estos momentos el derecho a decidir sobre la propia vida es la principal reclamación de las personas con discapacidad intelectual, como quedó expreso en el VI Encuentro Nacional de Autogestores de FEAPS, celebrado en Murcia los días 7, 8 y 9 de junio de 2007 (www.feaps.org).

Toda definición de la discapacidad intelectual refleja el modo en que la sociedad encara el problema y, al mismo tiempo, cómo se le pide que lo afronte. Las concepciones basadas en enfoques médicos y psicopatológicos están siendo progresiva y decididamente cambiadas por concepciones más funcionales, que se centran en evaluar las necesidades de la persona de manera comprensiva y en determinar el modo más eficaz de prestar los apoyos que necesita. Su aporte pone mucho énfasis en la interacción entre la persona y el ambiente en el que vive (perspectiva ecológica); en la autonomía; en la prestación de servicios, empleo con apoyo y educación integradora; en las conductas funcionales y las necesidades de apoyos adecuados; y por último en la relación del concepto de calidad de vida con el de mejora de la calidad y el de evaluación centrada en los resultados.

Es la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR) la que desarrolló en 1992 la propuesta más avanzada. La discapacidad intelectual dejó de considerarse algo que estuviera en la persona para considerarse la expresión de la interacción entre la persona con condiciones de limitación en dos o más áreas de habilidades adaptativas y su entorno; dejó de considerarse una condición estática, inmutable, para pasar a ser una condición que varía en función de los apoyos que reciba. La edición de 2002 añadió una dimensión a las cuatro que existían: participación, interacciones y roles sociales. Esto la acerca a la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud* de la OMS. También se ofrecen más claves acerca de la evaluación y determinación de la intensidad de los apoyos que requiere una persona, que se definen como “recursos y estrategias que persiguen promover el desarrollo, educación, intereses y bienes-

1. Doctor en Teología Moral, especialista en temas de Bioética y Discapacidad. Autor de dos libros sobre la materia: *Ética y discapacidad intelectual* (Universidad Pontificia Comillas, Madrid 2007) y *Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental*. (Universidad Pontificia Comillas, Madrid 2000), con traducción portuguesa: *Afetividade e sexualidade na pessoa portadora de deficiencia mental* (Edições Loyola, São Paulo 2003). Colabora en el portal www.down21.org, en donde tiene publicados varios trabajos sobre esta materia. Email: axeljr@terra.es

tar personal de una persona y que mejoran el funcionamiento individual”. Se propone un modelo del proceso de planificación y evaluación del apoyo en cuatro pasos: identificar áreas relevantes de apoyo; identificar, para cada área, actividades relevantes; evaluar el nivel o intensidad de las necesidades de apoyo y por último, escribir el plan individualizado de apoyos.

La cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico* de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association, el DSM-IV, va en la misma línea. Todo ello destaca la importancia de centrarse en un paradigma de apoyos y la posibilidad de fundir los conceptos de inteligencia y de conducta adaptativa. La maduración de los avances en la investigación y en las prácticas profesionales de evaluación e intervención cristalizaron en una nueva definición y sistema de clasificación, al cual se le añade además un sistema de apoyos (VERDUGO 2003). En este tipo de personas, los procesos de conocimiento y de aprendizaje son transparentes en todas sus dimensiones cognitivas, comunicativas y existenciales, por lo que debe aceptarse que existen para ellas estructuras y medios de exploración y ocupación del mundo peculiares, posibles y necesarios para su vida. Esta concepción aplica el modelo de “rechazo cero” según el cual deben darse a todas las personas los apoyos necesarios para fomentar su independencia, productividad, integración en la comunidad y felicidad individual.

LA SEXUALIDAD NO DEBE SER CONSIDERADA COMO UN PROBLEMA

La sexualidad es una realidad positiva, siempre; una energía que nos motiva a buscar afecto, contacto, placer, ternura e intimidad. El desarrollo sexual se considera íntimamente relacionado con el desarrollo social e interpersonal, de forma que es una parte de ellos. Integra los aspectos verbales y no verbales de la conducta con el objetivo de desarrollar habilidades sexuales que permitan el establecimiento de nuevas relaciones, su mantenimiento o su supresión, a fin de obtener una mayor realización y satisfacción personal. Por desgracia, sigo insistiendo, el juego de la doble moral y el fariseísmo todavía continúan presentes en el ámbito de la discapacidad intelectual, y actitudes y prohibiciones que ninguno de nosotros toleraríamos para nosotros mismos, son vistas con naturalidad referidas a las personas con discapacidad intelectual.

La enseñanza especial, la creciente atención a la persona discapacitada intelectual como sujeto, la coeducación, la normalización progresiva de sus condiciones de vida, el aumento de la esperanza de vida y la relativa autonomía conquistada gracias a la realización de un trabajo útil, han modificado profundamente la situación. Ahora las personas con discapacidad intelectual tienen amigos y amigas, acuden a fiestas, disfrutan bailando o comiendo una hamburguesa en el local de moda, van al cine, van de excursión, se enamoran, desean casarse y tener hijos... Sorprendentemente, es esta normalidad de sus demandas y de sus vivencias la que causa problemas muy serios a algunas personas. Mientras su actividad sexual era anormal, todo estaba en regla. El mundo y la moral ordinaria no resultaban afectados. Ellos quedaban fuera de las reglas comunes, pero estas reglas permanecían íntegras y a salvo. Cuando se acercan desde su discapacidad a una sexualidad normal, entonces empiezan a ser incómodos. Este texto puede ilustrar lo que venimos diciendo (VANIER, 2001, 26-29):

“Me estoy acordando de Jean-Marc, sentado a mi lado en la capilla, repitiendo en voz baja:

Tengo el diablo, tengo el mal. La historia de Jean-Marc es una historia de rechazo. Nacido en un hospital psiquiátrico, fue adoptado, pero mal; vivió en diferentes familias hasta que, posteriormente, fue acogido en una institución para personas con una deficiencia mental. Desde allí fue llevado al hospital psiquiátrico porque tuvo algún gesto de violencia. Llegó al Arca con veintisiete años. Nunca había vivido una relación privilegiada, única y duradera con un adulto. Había pasado de mano en mano (...) El, que nunca ha sido amado, ¿cómo puede llegar a creer que es digno de ello? Si no es amado es porque posee el mal. La lógica del amor es implacable: no puede tener confianza en sí mismo porque nadie, nunca, ha tenido confianza en él, nadie ha establecido unos lazos profundos con él. Tiene una imagen negativa de sí misma. Jean-Marc es, posiblemente, un caso extremo, pero ¿cuántas personas con una deficiencia mental padecen esta imagen que tienen de sí mismas? Como Yvette, que, desde su primera infancia, fue considerada loca y, prisionera de esta imagen, se mostraba cada vez más loca. Como Michel, quien, en los Juegos olímpicos especiales para personas con una deficiencia mental, ganó su carrera y recibió la medalla de oro; se puso a llorar convulsivamente diciendo: ¿Tú crees que ahora mi madre podrá creer que soy capaz de hacer algo bueno? O como Georgette, que cuando se le preguntaba si le gustaría casarse algún día, respondía: Nunca podré casarme, pues mi madre me ha dicho que, si me caso, podría tener un niño como yo (...) Esta profunda herida de su corazón es la fuente de sus gestos extraños, depresivos o agresivos. Al no haber sido reconocidos como seres humanos de verdad, capaces de crecer, no pueden entablar una relación constructiva con los demás. Como siempre han sido considerados como objetos, tratan a los demás como tales; no pueden imaginar que son capaces de aportar vida y felicidad a los demás”.

Se impone, por consiguiente, en contra de muchas de las concepciones y estereotipos sociales vigentes, afirmar la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual y su derecho a vivir y manifestar su sexualidad con total libertad y normalidad, en la medida en que sus posibilidades y potencialidades lo permitan. En segundo lugar, debemos reclamar que el discurso sobre la sexualidad deje de referirse exclusivamente a la reproducción y la higiene sexual, para convertirse en un discurso sobre el amor, las relaciones humanas, el afecto y la ternura, el encuentro con el otro, el placer y, por qué no, la vida en pareja.

Ambas afirmaciones son imperativos éticos de primer orden, con todo lo que esta calificación conlleva: las personas con discapacidad intelectual tienen unos derechos en materia afectivo-sexual cuyo ejercicio debe ser reconocido, respetado y facilitado. Toda actitud y actividad de los familiares y educadores que implique una restricción injustificada y arbitraria en las posibilidades de desarrollo y manifestación del discapacitado en esta área de su personalidad resulta totalmente inadmisibles. Así lo reconoce la reciente *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*, aprobada por Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.

¿Cómo es posible, por consiguiente, que se someta a consulta de un Comité de Ética el caso de una pareja de jóvenes con discapacidad intelectual que ha mantenido, contraviniendo el Reglamento de Régimen Interno, relaciones sexuales en una habitación del Centro en el que son residentes? La pareja reconoce haber infringido la norma, pero manifiesta que llevan tres años saliendo juntos y se quieren, y desean mantener relaciones sexuales normales en un lugar privado, y el Centro es su hogar, y que no hay peligro de un embarazo no deseado porque ella está

en tratamiento hormonal con anticonceptivos. ¿Dónde está, pues, el problema?

Por lo demás, hay que subrayar que en la discapacidad intelectual no hay hipersexualidad de origen orgánico, eso está demostrado. La edad de comienzo y terminación de la pubertad es la normal. También son normales los órganos sexuales. Las personas con síndrome de Down presentan algunas particularidades: mientras que unos autores no encuentran diferencias en el tamaño de los genitales, otros han observado que la longitud del pene y el volumen testicular son inferiores a los valores medios. Se ha descrito una mayor incidencia de anomalías genitales. Algunos estudios hablan también de una importante disminución en la cantidad de esperma producida en cada eyaculación, que hace poco probable que lleguen a ser padres, aunque parece que el principal problema radica más bien en la calidad funcional de los espermatozoides. En cuanto a las mujeres, aunque los primeros informes indicaron la existencia de ovarios más pequeños, las investigaciones más recientes y una revisión sobre su capacidad reproductora (70% son fértiles) han sugerido una función ovárica normal. Tienen ciclos menstruales regulares y el comienzo de la menstruación aparece a una edad similar a la de otras jóvenes sin síndrome de Down.

Los individuos con discapacidad intelectual presentan un cierto riesgo de depresión y reacciones de ajuste, a veces asociadas a las relaciones: es importante descubrir y tratar precozmente estos problemas. Los servicios de apoyo que fomentan la integración en la comunidad, las habilidades sociales y la autoestima constituyen medidas preventivas importantes. Puede decirse, por consiguiente, que a pesar de lo precario de sus fuentes de formación en esta área, de la escasez de oportunidades para establecer relaciones interpersonales y de los pocos espacios de intimidad de que disponen, la sexualidad se desarrolla de la misma manera en una persona con discapacidad intelectual que en los demás y por eso igualmente deberán aprender a canalizar los impulsos y los sentimientos. Pero es evidente que no todo es hormonas, y que a igualdad de base hormonal, unas personas expresan su sexualidad con más intensidad, impulsividad e incontinencia que otras. Los estímulos que se reciben por los diversos medios, los modelos que se ven, las conductas que se observan, actúan permanentemente sobre nosotros. Sabemos que en la discapacidad intelectual la influencia inhibitoria que el cerebro ejerce sobre impulsos y tendencias a respuestas inmediatas está disminuida(2). Es cierto que su "arousal" (excitación sexual) puede estar más mitigada, pero les cuesta más parar algo que les apetece hacer, cambiar de una ocupación a otra cuando se les invita a hacerlo, renunciar a algo que desean. Eso limita, en principio, su autocontrol y exige de nuestra parte reconocerlo y planificar una intervención adecuada, prestando a la persona los apoyos que necesite.

Baja tolerancia a la frustración: el alto nivel de ansiedad que produce el hecho de ver como en muchas ocasiones sus acciones están abocadas al fracaso (tareas inacabadas, peticiones inadecuadas desestimadas), generan en este tipo de personas una gran frustración que no consiguen resolver de forma adecuada, provocando en general conductas disruptivas con agresiones verbales y físicas. Es observable que aunque les es imprescindible la atención del entorno, en ocasiones tienden al retraimiento y al aislamiento, en especial cuando el estrés provocado por el

fracaso social se acentúa. Otras veces y dada las dificultades de comunicación, prefieren sencillamente mantener relaciones personales de una forma exclusiva con personas que ellos perciben como iguales.

A medida que el nivel mental del individuo es más bajo, aumenta su historia personal de fracasos o ha sido más dependiente de las ayudas externas, el grado de sugestibilidad y dependencia de indicios externos procedentes de los adultos se incrementa notablemente. En algunos casos la persona con discapacidad intelectual es obligada a mantener unas relaciones sexuales plenas que no busca ni desea; por consiguiente, ese contacto sexual no es responsabilidad de la persona con discapacidad, no puede ser relacionado con su discapacidad intelectual, sino que está provocado por una incompetencia social que él no ha buscado y por una manipulación de su entorno.

La discapacidad intelectual conlleva una escasa iniciativa, una tendencia a la persistencia de las conductas y resistencia al cambio, una baja capacidad de respuesta y de reacción frente al ambiente, todo lo cual implica una menor capacidad para la adaptación a las circunstancias. Eso la define y tiene sus grados en función de la intensidad de esa discapacidad. Es decir, requiere doble o triple esfuerzo educador convencerles de que hay conductas que socialmente no son aceptables: lanzarse a besar a una chica o chico -desconocidos o no- simplemente porque nos gusta, realizar contactos en su propio cuerpo o en el de otra persona, y un largo etcétera de conductas que conocemos y que es lo que la gente ve. En esto como en todo, solemos aprender de la experiencia y ella nos sirve para saber hasta dónde podemos llegar en un momento determinado. Esa capacidad valorativa la tienen reducida, no es que no la tengan. Cuando los estímulos externos que reciben son muy intensos, resulta a veces casi sobrehumano exigirles autocontrol. Estas características no han de ser consideradas inmutables. Por el contrario, se ha de actuar sobre ellas, potenciando las positivas y corrigiendo aquellas otras que les limiten su vida social. De ahí la necesidad, por ejemplo, de una educación muy tempranamente iniciada, en la que el respeto y el aprecio de la sexualidad crezcan de manera conjugada. Saber compartir cariño y respeto, al igual que saber negarse a los reclamos o ataques hacia su cuerpo, es algo que exige conocimiento, entrenamiento, formación. Es una tarea difícil, sin duda, demandan una atención inmediata y persistente. Por ello su conducta llega incluso a ser inadecuada (ecolalia, estereotipias, autoagresiones), si no se manejan de forma correcta los refuerzos positivos procedentes del entorno familiar y social. El esfuerzo educador ha de ser muy grande y, desgraciadamente, muchos ambientes carecen de él. Pero no le podemos achacar a la discapacidad intelectual las insuficiencias de los apoyos que le prestamos para superar sus propias limitaciones.

Es verdad que existe una mayor prevalencia de desórdenes psicóticos en personas con discapacidad intelectual, ya sean estos de tipo procesal o bien psicógenos, en comparación con lo observado en la población general. Pero no puede olvidarse que estos problemas han sido estudiados por lo general en las poblaciones de instituciones, lo cual es un inconveniente ya que la misma institucionalización (y esto es más evidente cuanto más temprana es la edad de su internación produce deprivaciones afectivas que alteran considerablemente el desarrollo de la personalidad. Por otro lado, también hay que tener en cuenta que

2. FLOREZ, J., "Patología cerebral y sus repercusiones cognitivas en el síndrome de Down", Siglo Cero 30 (1999) 29-45.

estas personas suelen estar muy medicalizadas con psicofármacos que, como cualquier medicamento, tiene sus incidencias y efectos secundarios en el conjunto de la persona. Además, hay que reconocer que la frecuencia de las consultas y el seguimiento individualizado no son todo lo buenos que debieran, lo que acarrea que las pautas de ingesta no siempre estén debidamente ajustadas y los efectos secundarios minimizados.

MATRIMONIO Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL

No se puede impedir el matrimonio de las personas con discapacidad intelectual como principio; es más, la prohibición deberá ser siempre la excepción, tomada después de una ponderada reflexión y valoración de las circunstancias y valores en juego. El matrimonio es un derecho básico del ser humano que no se puede socavar a menos que se esté seguro de obrar en interés de las personas a las que concierne (art. 16 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos). Los límites entre los capaces y los incapaces para el matrimonio no aparecen claros. Además, ¿quién establece estos límites? Supone tener clara una noción de lo que es la normalidad y ya vimos que esto no es tan evidente. Por consiguiente, hay que subrayar con firmeza que el matrimonio es para la generalidad de los seres humanos y no únicamente para una élite privilegiada o mejor dotada. Así las cosas, no puede olvidarse que en nuestro Derecho Civil puede ser válido el matrimonio de un mayor de 14 años siempre y cuando tenga la dispensa judicial pertinente, excepción que, como dice acertadamente Natalia ALVAREZ, “sin que se pretenda utilizar como argumento para rebajar lo que debe ser el consentimiento matrimonial, pone de relieve que el ordenamiento jurídico, en aplicación del principio favor matrimonii, tolera que ciertas personas que no poseen completo desarrollo de sus facultades intelectuales contraigan matrimonio con plenos efectos” (ALVAREZ 1999). Como la misma autora señala, la existencia de incapacitación previa a la celebración del matrimonio no condiciona en sí misma la capacidad para casarse. Será la capacidad natural del contrayente y por ende, la aptitud para prestar consentimiento matrimonial, el pilar sobre el que se construya su capacidad connubi. Es el Juez quien tiene la última palabra. Ha de verificar si la persona con discapacidad intelectual es capaz de prestar un consentimiento matrimonial así delimitado.

Por lo que respecta al Derecho Canónico, por razón de su bautismo, los católicos con discapacidad intelectual tienen derecho a participar en los sacramentos como miembros de pleno derecho de la comunidad eclesial y los ministros sagrados no pueden negar los sacramentos a quienes los pidan de modo oportuno, estén bien dispuestos y no les sea prohibido por el Derecho. El canon 1096 del Código de Derecho Canónico afirma: “1º) Para que pueda haber consentimiento matrimonial, es necesario que los contrayentes no ignoren al menos que el matrimonio es un consorcio permanente entre un varón y una mujer, ordenado a la procreación de la prole mediante una cierta cooperación sexual. 2º) Esta ignorancia no se presume después de la pubertad”. Este precepto indica el mínimo intelectual que los esposos deben tener en el momento de la celebración del matrimonio. El canon no dice que sea preciso que los cónyuges “sepan” sino sólo que “no ignoren”: éste es un matiz de expresión muy digno de tenerse en cuenta a la hora de interpretar el sentido del precepto, como si con él hubiera pretendido el legislador reafirmar la idea de que no se requiere un conocimiento técnico y cuidado, sino que basta un conocimiento vulgar y somero, acomodado a la capacidad de todos aquellos a quienes

por derecho natural les está permitido el matrimonio. GARCÍA FAILDE (1991) sienta un principio general, que enlaza con toda la tradición doctrinal y jurisprudencial: “La discreción de juicio requerida para el consentimiento matrimonial tiene que ser proporcionada al objeto del consentimiento; por tanto no es necesaria la plena y es suficiente la disminuida con tal que el grado de esta disminución no sea tanto que le haga perder aquella proporcionalidad”.

Habría que presumir como norma general la capacidad de la persona con discapacidad intelectual para contraer válidamente matrimonio canónico, pues los requisitos dispuestos por la actual regulación jurídica estarían cumplidos: existe suficiente uso de razón y discreción de juicio, proporcionados tanto al acto como a las personas que realizan dicho acto. Todos los otros elementos asumidos de la psicología serán una ayuda, necesaria o conveniente, para determinar si esta persona en concreto llega a ese mínimo de conocimiento o no, pero no pueden imponer una carga mayor que la señalada por ese precepto, que es de obligado cumplimiento. Hay que insistir en que no es la persona con discapacidad intelectual la que tiene que probar que es capaz para contraer matrimonio, sino que será quien lo niegue el que tenga que probarlo, a través de la instrucción del correspondiente expediente reglado. Las presunciones actúan en favor de la persona con discapacidad intelectual. Como afirmó JUAN PABLO II (1988), no debe caerse en el error de una “indebida sobrevaloración del concepto de capacidad matrimonial”.

MATERIALES PARA UNA EDUCACIÓN AFECTIVO - SEXUAL DE CALIDAD

En esta última parte de mi artículo me voy a centrar en un asunto que me parece crucial en todo este proceso reivindicatorio de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual. Prácticamente no contamos con materiales pedagógicos que puedan facilitar la toma de conciencia y un adecuado acompañamiento de las personas con discapacidad intelectual por parte de sus educadores naturales (sus familias) y los profesionales que asisten a estos en su responsabilidad primaria. Es mi opinión personal pero contrastada con otros profesionales, los que hay no son de la calidad que la situación demanda.

Educación significa introducir a la persona en el entramado de las relaciones sociales, capacitarla para experimentarlas y para responder activamente a ellas, ayudarle a conseguir su autoafirmación, hacerle cada vez más dueño de sí mismo y más autónomo e independiente: si algo necesita el discapacitado intelectual es precisamente esta colaboración. Padeecer discapacidad intelectual no es motivo para pensar que el sujeto tiene menor necesidad de educación y que puede, por consiguiente, limitarse a lo más necesario. Al contrario: precisamente porque su discapacidad le cierra muchos caminos, abiertos a otros con mayor facilidad, su necesidad de educación y de orientación debe ser tomada mucho más en serio. La extensión en calidad y cantidad del derecho a la educación de las personas con discapacidad intelectual, en condiciones homogéneamente crecientes de igualdad con el resto de los ciudadanos, es en sí misma el mejor instrumento para luchar contra la marginación a la que tradicionalmente han sido condenados. El desarrollo de una política educativa conectada con el principio de educación permanente será un elemento relevante para conseguir una mayor felicidad para la persona.

La educación sexual debería ocupar un papel relevante en el conjunto de los esfuerzos educativos, cualquiera que sean las

limitaciones o incapacidades de la persona (LÓPEZ SÁNCHEZ 2002, 2005a, 2005b). Tiene un objetivo general que debe guiar todos los esfuerzos, tanto en los contenidos como en los métodos y actividades: la maduración afectiva del alumno, el hacerlo llegar a ser dueño de sí, el formarlo para el recto comportamiento en las relaciones personales y sociales, proporcionándole aquellos instrumentos que le permitan orientar lo mejor posible sus decisiones en esta materia y que refuercen las actitudes de respeto y tolerancia necesarias para la convivencia. La convergencia de información y transmisión de valores estará en función de facilitar a la persona con discapacidad intelectual una visión integrada de su realidad sexual y afectiva, para que la pueda vivenciar de manera sana y satisfactoria.

Los materiales y recursos pedagógicos que existen en el mercado para abordar una educación sexual en el ámbito de la discapacidad intelectual son claramente insuficientes y mejorables. Probablemente este hecho nos esté transmitiendo ya alguna enseñanza, porque el mercado suele satisfacer las demandas de los consumidores. Mi experiencia personal avala la imperiosa necesidad de disponer de materiales de calidad que faciliten la tarea educadora de padres y profesionales también en esta área: congreso tras congreso así lo vengo constatando. ¿Por qué, pues, esta carencia? Porque existe todavía mucho miedo a abrir la caja de los truenos, ni más ni menos.

El libro de Terri Couwenhoven es, sin duda, el material más logrado que se ha publicado hasta ahora y supone un gran avance en la línea que venimos propugnando. Propugna una visión positiva del hecho sexual humano, en una clave integradora que no deja fuera ningunos de los elementos que constituyen esta dimensión de la persona, con precisión y estilo directo. Tiene el valor añadido de que su autora no sólo es experta en el campo de la educación sexual sino que también es madre de un chico con síndrome de Down. Durante años ha dirigido numerosos seminarios y es consultora sobre estos temas. Algunos de sus artículos están traducidos al español (ver en www.downcantabria.com). Dos son sus principales defectos, que en nada desmerecen el juicio que acabamos de emitir: necesitaría más ilustraciones (y que todas fueran en color) para darle más fuerza al texto, dado que sus principales destinatarios son los padres y estos normalmente no están muy acostumbrados a enfrentarse a textos largos, pienso que también habría que destacar mucho más cuáles son las ideas centrales de cada capítulo y eliminar algo de texto.

Dirigido esta vez a los propios jóvenes con discapacidad intelectual tenemos los 8 libritos (más bien folletos) que componen la carpeta *Sexualidad, las relaciones y yo*. Es, lógicamente, un material muy sencillo pero útil, en color, cuya mayor insuficiencia radica en no venir acompañado de una guía para padres y profesionales que diese un soporte teórico-práctico mayor a la obra. Es un material publicado originalmente en inglés en el año 1999 por la Canadian Down Syndrome Society y publicado en español por la Fundación Catalana Síndrome de Down.

Un grupo interdisciplinario de profesionales de los Centros que la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios tiene en España dedicados a atender a personas con discapacidad intelectual, junto con algunos asesores externos, ha venido trabajando en los

últimos cinco años sobre esta materia. El resultado es el libro que vio la luz la pasada primavera. Es un texto que debe ser enmarcado en una visión cristiana de la sexualidad y de la moral, muy denso, carente de ilustraciones, que se propone “abrir caminos hasta ahora vetados e ignorados intencionadamente”, “poniendo en un plano relevante la afectividad y la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual” y defendiendo “que tienen todo el derecho a su ejercicio, desarrollo y educación, como cualquier persona de nuestra sociedad”. El libro viene acompañado de un CD en el que figuran las actividades y los materiales que se proponen para llevar a la práctica los objetivos y principios expuestos. Es más, a mi criterio, un libro de estudio para los profesionales del sector que para poner en manos de los padres.

BIBLIOGRAFÍA

- AA.VV. (2002), *Sexualidad, las relaciones y yo*. Barcelona: Fundación Catalana Síndrome de Down.
- AA.VV. (2007), *Personas con discapacidad intelectual. Manual de educación afectivo - sexual*. Madrid: Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.
- ALVAREZ LATA, N. (1999), “La actuación de la persona con retraso mental (incapacitada o no incapacitada) en la esfera jurídico-privada”, en SEOANE, J.A. (coord.), *Derecho y retraso mental: Hacia un estatuto jurídico de la persona con retraso mental*. A Coruña: Fundación Paideia.
- COUWENHOVEN, T. (2007), *Teaching Children with Down Syndrome about Their Bodies, Boundaries, and Sexuality. A Guide for Parents and Professionals*. Bethesda: Woodbine House.
- FUNDACION CATALANA SINDROME DE DOWN (1996), *Síndrome de Down. Aspectos médicos y psicopedagógicos*. Barcelona: Masson.
- GARCIA FAILDE, J.J. (1991), *Manual de Psiquiatría forense canónica*. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.
- JUAN PABLO II, “Discurso al Tribunal de la Rota Romana de 25 de Enero de 1988”, *Ecclesia* 2358 (1988) 23.
- LÓPEZ SÁNCHEZ, F. (2002), *Sexo y afecto en personas con discapacidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- LÓPEZ SÁNCHEZ, F. (2005a), *La Educación Sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- LÓPEZ SÁNCHEZ, F. (2005b), *La educación sexual de los hijos*. Madrid: Pirámide.
- PEÑA SÁNCHEZ, E.Y. (2003), *Los entornos y las sexualidades de las personas con discapacidad*. México DF: EDUFAM Ediciones.
- PUESCHEL, S.M. - PUESCHEL, J.K. (eds.) (1994), *Síndrome de Down. Problemática biomédica*. Barcelona: Masson.
- VANIER, J. (2001), *Para una vida de amor auténtica*. Madrid: PPC.
- VERDUGO, M.A., “Análisis de la definición de discapacidad intelectual en la Asociación Americana de Retraso Mental en 2002”, *Siglo Cero* 205 (2003) 5-19.

SEXUALIDADES Y ETNICIDAD. ABLACIÓN DEL CLÍTORIS EN COLOMBIA: ¿MITO O REALIDAD? / SEXUALITIES AND ETHNICITY. ABLATION OF THE CLITORIS IN COLOMBIA: MYTH OR REALITY?

Elizabeth Gutiérrez Flórez⁽¹⁾

RESUMEN:

Sabíamos que la ablación se practica como rito de iniciación en las jóvenes de algunas comunidades musulmanas y cristianas de África. Tanto unos como otros suelen recurrir a sus respectivas tradiciones religiosas para argumentar en favor de esta costumbre, pero esta práctica, que se desconocía fuera realizada actualmente en Colombia, se ejecuta entre niñas de las etnias Emberá Katio y Emberá Chamí conformada por alrededor de 200 mil indígenas de comunidades que habitan en los departamentos de Chocó, Risaralda, Cauca y Nariño, en el occidente del país, la pregunta que surge es ¿Qué hacer ante esta realidad? ¿Qué pasa con nuestra Constitución y los derechos internacionales y sexuales?

Palabras Claves: costumbre, realidad, práctica, cultura, etnia, Emberá Katio y Emberá Chamí, ablación, castración, clitoridectomía, mutilación, amputación extirpación, infibulación

ABSTRACT:

We knew that the ablation is practiced as initiation rite in the youths of some Muslim and Christian communities of Africa. As well one or other usually appeal to their respective religious traditions to argue in favor of this habit, this practice that was ignored to be carried out at the moment in Colombia, is executed among girls of the etnias Emberá Katio and Emberá Chamí comprised of around

200 thousand natives of communities living in the departments of Chocó, Risaralda, Cauca and Nariño, in the occident of the country. The arising question is: what can we do in face of this reality?, what does it happen with our Constitution and the international and sexual rights?

Key words: habit, reality, practices, culture, ethnos, Emberá Katio and Emberá Chamí, ablation, castration, clitoridectomia, mutilation, amputation extirpation, infibulation.

Al proponerme realizar esta reflexión, para ser presentada en el marco del XIV Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual "CLASES 2.008", en la mesa de trabajo titulada Etnia y Sexualidad, miles de interrogantes pasaron por mi mente, quería dejar en los congresistas asistentes más que un aprendizaje, una queja, una demanda, un análisis, sobre la clitoridectomía aspecto, que hasta hace muy poco parecía más que un mito en algunas de nuestras tribus indígenas. Repasé entonces algunos diarios que fueron y han sido la principal fuente para ponernos al día en este aspecto, y después de buscar en Internet, leer literatura al respecto y tener la oportunidad de visitar a la Doctora Dora Elena Arango Mora de la organización Indígena de Antioquia (OIA) donde se esta trabajando sobre el fortalecimiento organizativo de las mujeres tratando temas como la violencia intrafamiliar, la salud sexual y reproductiva por medio de talleres para la sensibilización del tema Genero, generación y familia, esto fue lo que encontré:



1 Gutiérrez Flórez Elizabeth, Psicóloga clínica, sexóloga clínica, especialista en educación sexual y en dificultades del aprendizaje escolar, Presidenta de la Sociedad Colombiana de Sexología, SOCOSEX, y de la Asociación Antioqueña de Sexualidad ASANSEX, Directora del Centro Psicopedagógico Integrado Calle 34 Nro. 65-24 Medellín, Colombia. Tels: (574) 3 51 26 24 / 2 65 44 77. Cel: 3137972901 Correo electrónico: egutierrez@une.net.co

ETNIA Y SEXUALIDAD “ABLACIÓN”: ¿PRACTICA SAGRADA?

Tenía doce años cuando mi abuela me dijo que iríamos al río para realizar una ceremonia de iniciación. Yo era muy pequeña y no tenía ni idea de lo que iba a pasarme. Llegamos a un lugar escondido entre unos matorrales, junto al río. Fui desvestida. Me taparon los ojos y me quitaron la ropa completamente. Fui obligada a tumbarme. Cuatro mujeres sujetaban mis extremidades, mientras otra se sentaba en mi pecho para evitar que me moviera. Me colocaron un trozo de tela en la boca, y entonces... me



cortaron. El dolor era insoportable. Como me resistía e intentaba levantarme, perdí mucha sangre. Por supuesto, no me dieron ningún tipo de anestesia ni calmante para el dolor. La operación me produjo una hemorragia que me provocó una fuerte anemia. Durante mucho tiempo, cada vez que orinaba me dolía. A veces trataba de aguantar las ganas, por el miedo que me producía el dolor. Sufrí también infecciones vaginales. El corte me lo hicieron con una simple navaja”. Este es el testimonio de Hannah Koroma, una mujer de Sierra Leona que fue víctima de la mutilación de sus genitales femeninos.

¿OBLIGACIÓN O TRADICIÓN?

¿Será que la crueldad amparada en la religión, estimula el odio en lugar del amor?

Según estrictos términos médicos, la ablación es la extirpación de cualquier órgano del cuerpo mediante una operación quirúrgica. Sinónimo de amputación o extirpación. La ablación de clítoris, mutilación genital femenina o circuncisión femenina es la acción de eliminar tejido de cualquier parte de los genitales femeninos por razones culturales, religiosas o cualquier otra no médica.

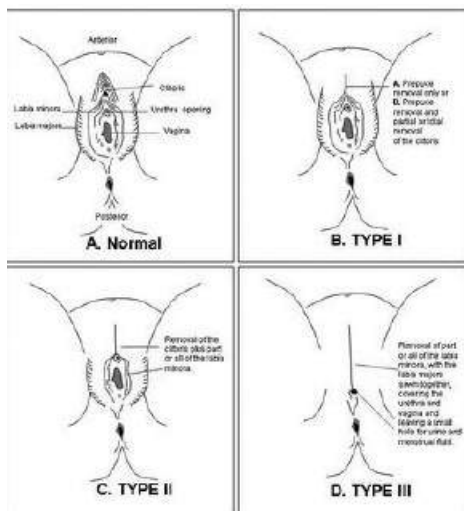
La Organización Mundial de la Salud los ha agrupado en cuatro categorías:

- Tipo I: Clitoridectomía - Extirpación del prepucio con o sin escisión parcial o total del clítoris.

- Tipo II: Escisión - Extirpación del prepucio y del clítoris junto con la escisión parcial o total de los labios menores.
- Tipo III: Infibulación - Extirpación parcial o total de los genitales externos y sutura/estrechamiento de la abertura vaginal.
- Tipo IV: Sin clasificación - Todos los demás procedimientos que impliquen extirpación total o parcial de los genitales femeninos y/o lesiones de los órganos genitales femeninos ya sea por razones culturales o por cualquier otra razón no terapéutica.

También se le llama: Ablación, castración, clitoridectomía, mutilación, amputación extirpación, infibulación...

Las siguientes graficas amplían los distintos tipos reportados hasta el momento:



¿HAY QUIENES DEFIENDEN ESTA PRÁCTICA?

Sorprendentemente si, y generalmente se alude a la cultura, a la historia, a la tradición entre muchas, tal es el caso de La premio Nobel de la Paz de 2004, doctora Wangari Maathai quien es una defensora a ultranza de la ablación del clítoris. Nacida en Kenia, Maathai pertenece a la etnia kikuyu. Según sus postulados, la ablación del clítoris ritualiza el paso de las niñas a la edad adulta y es parte de la defensa de la identidad étnica que reivindica. “La escisión está en el corazón de los kikuyus. Todos nuestros valores están edificados sobre esta práctica”, declaró en 2001. Ella apoya la campaña de castración femenina forzosa promovida por los kikuyus. El Comité Noruego le otorgó el Premio Nobel por su lucha contra la tala de árboles en África.

La ley islámica coloca la ablación entre los ritos de aseo, igual que cortarse las uñas, depilarse las axilas o recortar los bigotes. “La oración es sagrada, la ablación no”.

En la tribu Masai, en Tanzania, esta práctica se considera una garantía de virginidad y preconditionación matrimonial; además, los padres de la niña la mutilan en parte también por razones económicas. Ellos determinan con quien se casará, y no es extraño que las familias le prometan una hija al futuro esposo, incluso antes de que nazca.

Para cumplir la promesa -y evitar que la niña tenga relaciones sexuales con otros- se realiza la circuncisión femenina. Si su hija se mantiene virgen y se casa con la persona prometida, ellos reciben como dote seis cabras o una vaca. Cada vaca cuesta el equivalente de 200 dólares. Eso es más de lo que una familia masai gana en un año.

¿CUALES SON LAS CONSECUENCIAS DE ESTA PRÁCTICA?

Problemas menstruales, quistes e infecciones crónicas de la pelvis, fiebre, escalofrío, vomito, infertilidad, ansiedad, depresión, además que desfigura y quita el placer, produce ataques de pánico, pérdida total de sensibilidad y muerte por infección entre otras La pérdida casi total de sensibilidad es la principal consecuencia para las afectadas, con el añadido trauma psicológico. Hay mujeres que mueren desangradas o por infección en las semanas posteriores a la intervención,

¿PORQUE TANTA MUERTE?

Se realiza casi siempre de manera rudimentaria, a cargo de curanderas o mujeres mayores, y con herramientas no muy ortodoxas como cristales, cuchillos oxidados o cuchillas viejas de afeitar y nunca en centros sanitarios. Hoy se practica como rito de iniciación en las jóvenes de algunas comunidades musulmanas y cristianas de África. Tanto unos como otros suelen recurrir

a sus respectivas tradiciones religiosas para argumentar en favor de esta práctica, pero lo cierto es que ni la doctrina musulmana ni la cristiana dicen nada sobre este tipo de mutilación.

¿CUALES SON LAS RAZONES PARA EFECTUARLA?

Garantía de castidad, asegurar el estado de casaderas, hacerlas deseables, preservar la tradición, hacer dóciles y sumisas a las niñas, preservar el buen juicio de la mujer, diferenciar masculinidad de feminidad, marcar rito de paso, evitar el crecimiento del clítoris, hacerlas fértiles, es una parte desagradable del cuerpo que debe ser retirada

¿QUE ES LO SORPRENDENTE?

Según Amnistía Internacional, se practica en 28 países africanos, Indonesia, y Yemen y es cada vez mas frecuente en Europa, Australia, Canadá, y Estados Unidos (ha dejado de ser un rito practicado únicamente en los países subdesarrollados). Según la Organización Mundial de la Salud. 2,5 millones de niñas son víctimas cada año de la mutilación genital femenina o ablación, 28 países de África practican el corte de clítoris. También lo hacen algunos de Oriente Medio, 19 países africanos han redactado algún tipo de manifiesto en el que prohíbe la ablación, y últimamente 7 casos de ablación y muerte han sido reportados a la Defensoría del Pueblo Regional de Risaralda en Colombia, y 8.000 mujeres de la comunidad Emberá Chamí habrían sido víctimas de este procedimiento.

¿Que pasa en Colombia?

Colombia habitan 80 grupos étnicos. Su diversidad cultural se refleja en la existencia de más de 64 idiomas y unas 300 formas dialectales. Según un estudio del Departamento Nacional de Estadística, realizado luego del Censo de 1993 y con ajustes a 1997, la población indígena asciende a 701.860 personas que tienen presencia en 32 departamentos del país, especialmente en aquellos de selva tropical húmeda. Sus procesos de organización y lucha, aunque datan de la época de la conquista, han tomado mayor fuerza y coherencia en los últimos veinte años en los que se han consolidado organizaciones de diverso orden con fines reivindicativos y de autogestión bajo los principios unidad, tierra, cultura y autonomía. Ha despertado gran interés y sorpresa el hecho de que en fechas recientes, se encontraron claras evidencias de que la práctica de la ablación, se ha difundido a tribus indígenas que habitan en el sur occidental de Colombia; El hecho quedo en evidencia por las denuncias de autoridades a cargo de la defensa de los derechos humanos y la muerte de jóvenes indígenas por infecciones producto de operaciones quirúrgicas llevadas a cabo en precarias condición de asepsia.



El coordinador en Risaralda de asuntos indígenas, Martín Ziagama, pidió a nombre de sus comunidades que se permita seguir adelantando la práctica de ablación del clítoris a sus niñas. “Es una costumbre ancestral, milenaria, que hace parte de nuestra esencia y quisiéramos que no se diera interferencia al respecto”, manifestó el señor Ziagama en su solicitud a las autoridades de salud, agencias del Ministerio Público y defensores de derechos humanos que han anunciado combate total a esa práctica. La misma, que se desconocía fuera realizada actualmente en Colombia, se ejecuta entre niñas de la etnia Emberá Katio y Emberá Chami, conformada por alrededor de 200 mil indígenas de comunidades que habitan en los departamentos de Chocó, Risaralda, Cauca y Nariño, en el occidente del país

¿QUIÉN DA TESTIMONIO DE ELLO?

Testimonio de ello lo da el padre Jesús Flórez López, Vicario pastoral indígena de la diócesis de Quibdó,

Confirmó que la practica se realiza desde hace tiempo entre las comunidades Emberá Katio y Emberá Chami, quienes piensan que al quitar el clítoris evitan que las mujeres sean víctimas de malformaciones en el futuro, forma de mantener el matrimonio, la castidad, unidad y reproducción, es algo así como el ‘pecado original’ con el que ancestralmente nacen las niñas de la comunidad emberá chamí, en el Resguardo Unificado Río San Juan, zona rural de Pueblo Rico (Risaralda). Un ‘pecado’ que no lo limpia ningún bautizo y que es subsanado con la ablación o amputación del órgano genital femenino.

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

Señala uno de los ancianos “como los vieron bonitos, las indígenas se iban con ellos y dejaban a sus esposos. Para evitar eso, las parteras les cortaban el clítoris a las niñas cuando nacían para que en la edad madura no fueran demasiado ardientes e incurrieran en actos de infidelidad”

Y AL RESPECTO ¿QUE DICE NUESTRA CONSTITUCIÓN?

La polémica generada entre organismos de Derechos Humanos, grupos feministas e, incluso, representantes de la Iglesia no se ha hecho esperar. Diversos sectores condenan la práctica que es defendida por algunos líderes de la comunidad Emberá, hasta el momento todos hombres.

Nuestra Constitución política de 1991, reconoce múltiples derechos a las comunidades indígenas en aras de preservar su identidad cultural y consciente autonomía para conducirse como reza el artículo 246 de la Carta, “... de conformidad con sus propias normas y procedimientos siempre que no sean contrarios a la constitución y leyes de la Republica...” y la Constitución y las leyes vigentes privilegia los derechos de niñas y niños cuyos derechos son más importantes que las creencias de sus ancestros, así se considere un atropello que sea el ‘invasor blanco’ el que imponga su noción “ablación secreto sepultado en las montañas”, atropello a la libertad y a la dignidad, forma de maltrato infantil y violencia intrafamiliar delito grave del código penal al poner en peligro la salud y la vida dadas las condiciones insalubres.

La Organización Nacional Indígena de Colombia (O.N.I.C.) insistió en su derecho a la autonomía. “Reprochamos esta doble

moral de nuestros hermanos no indígenas, que da pie a que los sectores oportunistas y retardatarios se prendan de este hecho para calificarnos de salvajes e incivilizados” “práctica cultural del pueblo dentro de su cosmovisión”.

¿SE JUSTIFICAN LAS RAZONES DADAS?

“El dios karabi tiene el mundo en sus manos y si la mujer realiza un movimiento durante el sexo, el mundo se mueve y se le puede caer. Por eso se debe cortar y cauterizar esa parte”, apunta el jaibaná (médico tradicional) de uno de los cabildos asentados en Caldas

SEGÚN UN LÍDER CHAMI DE CALDAS

Proteger a las mujeres de los apetitos sexuales de los españoles, quemarle o cortar el clítoris, porque si no les iba a crecer y se volvían marimachas o lesbianas, les puede crecer como un pene y eso las condenaría a quedarse solteras porque ningún hombre las apetecerá, es necesario evitar que la mujer sienta placer durante el acto sexual

Las directamente afectadas, guardan silencio. En la estructura de su comunidad no sólo no están autorizadas para hablar sino que su papel se limita a procrear y ser objetos de carga

Es importante dejar claridad en algo y es que hasta el momento en Colombia no todos los grupos practican este ritual, para la tribu arawaka por ejemplo, situados en la Sierra Nevada de Santa Marta son reconocidos el hombre y la mujer de la misma forma, y “no se contempla la idea de cortarle nada a nadie” pero se debe respetar las costumbres de las demás tribus indígenas sostienen:

“Es lamentable que esto ocurra, me parece denigrante con todo el respeto que merece mi pueblo, hay ciertas cosas que no se pueden admitir y deben ser objeto de cambio en las pautas culturales” sostiene Guillermo Tascón Chamí, presidente de la Organización Indígena de Antioquia.

“Como mujer y como representante a la Cámara, siento mi voz de protesta y no estoy de acuerdo con la ablación, que pese a ser una práctica ancestral, no le hace ningún bien a la comunidad y no dignifica a la mujer”, precisó la congresista indígena Orsinia Polanco Jusayu. La solución no parece sencilla. Los indígenas esperan que no se satanice su comunidad, pero mientras se cristalizan los esfuerzos de los nativos y las entidades estatales, las mujeres de la etnia Emberá Chamí de Pueblo Rico seguirán heredando esta tortura y les seguirán cauterizando el alma.

¿CUAL ES NUESTRA REALIDAD?

A pesar de las normas mundiales, de los Compromisos Internacionales y Nacionales en Colombia esta práctica se sigue realizando

COMPROMISOS INTERNACIONALES

Colombia firmó el Convenio para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, que obliga a buscar medidas legales que impidan cualquier abuso o maltrato contra la población femenina.

Según el Convenio Internacional sobre los Derechos del Niño, de 1989, “en todas la medidas concernientes a los niños... una consideración primordial a la que se atenderá será el interés supremo del niño”.

La ONU llamó a todos los estados para que “formule y aplique leyes y programas que prohibían las prácticas tradicionales o consuetudinarias que afecten la salud de la mujer y la niña, incluida la mutilación femenina”.

Colombia reconoce, además, otros tratados como: Convención Americana de DD.HH, la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, el Convenio de Ginebra y la Convención Europea de Derechos Humanos.

NORMAS MUNDIALES

El Gobierno de Ghana realizó una enmienda al Código Penal, en 1994, para castigar con tres años de cárcel a quienes realicen la ablación.

El parlamento egipcio aprobó el pasado mes de junio una ley que castiga la mutilación del clítoris con penas entre tres meses y dos años.

En Kenia la ablación está prohibida desde el 2002, tras la aprobación de la Ley del Menor, que contempla penas desde un año para quienes, por costumbres o tradiciones, sometan los niños a tratos crueles.

“Todo lo que hemos pedido es que se nos respeten los usos y costumbres de la comunidad Emberá Chamí”. Martín

Ziágama, consejero mayor de la Organización Regional Indígena de Risaralda.

La pregunta que surge es ¿dónde quedan los derechos y la dignidad?

La etnia chami ya inicio los trabajos con el ICBF la Defensoría del Pueblo el Ministerio del Interior, y la ONU para eliminar esta practica, ya se presento a la cámara un proyecto que busca abolir la clitoridectomia.

El 6 de febrero fue declarado el Día Internacional para la tolerancia cero a la ablación

Por una cultura sexualmente más saludable... Colombia presente.

BIBLIOGRAFÍA

- Amnistía Internacional: <http://www.amnesty.org.es>
- MACDONAL T, EDELI D Pueblos indígenas y plan Colombia , Bogotá, Editorial ISBN 2005.
- MONTES VEIRA S, CASTAÑO C. Sierras y Serranías de Colombia Publicado por Banco de Occidente, 2008.
- Amnistía Internacional. La mutilación genital femenina y los derechos humanos, infibulación, escisión y otras prácticas cruentas de iniciación, 1998.

LA SEXUALIDAD DE LOS INDÍGENAS DEL PARAGUAY: EL CASO NIVACLÉ / PARAGUAYAN NATIVES SEXUALITY: NIVACLES ETHNIC GROUP

Andrés Flores Colombino⁽¹⁾

Sociedad Uruguaya de Sexología, FLASSES, AISM, IUCS.

RESUMEN

Etnia integrada por unas 14.000 personas habitando el Chaco paraguayo y argentino, los nivaclé presentan una serie de características propias de su vida sexual actual que enfatiza el rol de la mujer en cuanto las otorga la iniciativa en la formación de pareja, se celebra colectivamente la menarca, no se condena la infidelidad femenina, el aborto es habitual como forma de regular la natalidad, el divorcio es fácil, y el matrimonio no constituye un acontecimiento central, y el 'gateo' es una forma de aproximación y de encuentro erótico que los caracteriza y se reivindica como superior frente a la cultura mestiza o europea. Basados en estudios de cuatro antropólogos que han convivido con ellos: Verena de Rehgerh, Alfredo Metraux, Azucena de la Cruz Sánchez y Juan Alfredo Tomasino, así como una literatura antropológica rica, se presenta el estado actual de su sexualidad, las leyendas de las mujeres estrellas y los hombres pájaros. Los cambios inevitables de sus costumbres por la influencia de las migraciones y las misiones religiosas son analizadas. Su idioma ha merecido la elaboración de Diccionarios Nivaclé-Castellano y la traducción de la Biblia. Las artes decorativas son apreciadas por la totalidad de los indígenas que habitan el Paraguay. Los Nivaclé presentan una de las realidades sexuales más interesantes de la etnología del Chaco y de la región latinoamericana.

Palabras claves: antropología, etnias, nivaclé, aborto, divorcio, 'gateo', leyendas, idioma, artes decorativas.

ABSTRACT

Being an ethnic group made up by 14.000 people who live in the Paraguayan and Argentinean Chaco, the Nivacles have some sexual life characteristics that emphasize women role. Women select their future partners, they celebrate collectively their first menstruation, the feminine infidelity is not punished, the abortion is natural as a birth-control mechanism, it is easy for them to get divorced, marriage is not an important event and the "gateo" (crawl) is a way of sexual approaching and encountering. This particular group vindicates as being superior race in comparison with those of mixed race ("Mestizos") and Europeans. Based on studies of four anthropologists who have lived with the Nivacles - Verena de Rehgerh, Alfredo Metraux, Azucena de la Cruz Sánchez y Juan Alfredo Tomasino - together

with a vast anthropologist literature, show the actual state of sexuality together with the legends of the "mujeres estrella" (star women) and the "hombres pajaros" (bird men). Unavoidable changes in habits due to the influence of migration and religious missions are also analyzed. Nivaclé's language has deserved the publication of Nivaclé-Spanish dictionaries and the Bible translation. Decorative arts are very appreciated by all Paraguayan ethnics. Nivacles have one of the most interesting sexual realities in ethnic groups from the Chaco and the rest of the Latin-American region.

Key words: anthropology, ethnics, Nivaclé, abortion, divorce, "gateo", legends, language, decorative arts.

INTRODUCCIÓN

Tenemos que reconocer que muy pocas veces habíamos oído hablar de la etnia Nivaclé. Se trata de una etnia mayoritaria (28 %) entre los 50.000 indígenas que habitan el Chaco paraguayo (Duerksen 2008), que ha logrado una gran atención de los estudiosos. Su idioma ha merecido que el Padre Jose Seelwische (1970), y el Pastor Gerardo Hein (1995) y su esposa Irma, editaran sendos Diccionarios: Diccionario Castellano - Nivaclé en 1970 el primero y en el año 1995 el segundo, quien, además, tradujo el Viejo y el Nuevo Testamento en idioma nivaclé, más recientemente.

Miguel Chase Sardi (1981) publicó un libro sugestivamente titulado "Pequeño Decámeron Nivaclé" y otro junto a Sifredi y Cordeu (1991), "El gateo de los nuestros", de gran interés para este trabajo, donde afirman: "el tema de la sexualidad y el erotismo indígenas han sido bastante escamoteados por la antropología, como si no hubiera nada que decir al respecto".

Sólo los Guaraníes, pobladores de la región Oriental del Paraguay en su mayoría y que son los más conocidos y vinculados con la identidad paraguaya, tanto que el país es bilingüe (castellano-guaraní), lograron tal preocupación antropológica, junto a los Chiriguano. Se estima que los Nivaclé integran en la actualidad un total de 14.000 personas (Seelwische 1970)(Duerksen 2008), aunque el Censo del año 2002 registraba 12.028, todos habitando el Chaco paraguayo, parte de la Provincia de Formosa, Argentina y una pequeña superficie del sur boliviano. La Nivaclé es la etnia que ha experimentado mayor crecimiento poblacional en el Chaco Paraguayo (Sánchez 1998).

1 Dr. Andrés Flores Colombino - Colonia 1864 Ap. 1802 - Montevideo - Uruguay. Tel (0982) 4001956. Email: aafc@adinet.com.uy

Los Nivaclé pertenecen a la familia lingüística de los Mataco Mataguayo, que comprenden 3 etnias, constituyendo el 90 % del grupo, junto a los maká y los majuí. En el Paraguay fueron censados en el año 2002 unos 90.000 indígenas distribuidos en cinco familias lingüísticas (Resistencia Indígena 2007) con 15.600 familias y 405 comunidades. Los Nivaclé del Chaco paraguayo forman 25 comunidades, principalmente en los Departamentos de Boquerón y Presidente Hayes, tomando como eje de asentamiento al Río Pilcomayo, afluente del río Paraguay, río atípico si lo hay. Los Nivaclé siempre han defendido al Pilcomayo como suyo, frente a todos los grupos que también vivían de sus recursos (Seelwische 1991).

Para este aporte, que no posee pretensiones, hemos revisado investigaciones de antropólogos que han convivido con los Nivaclé, que son los que aportarían datos significativos para los temas de la sexualidad nivaclé. Encontramos cuatro importantes: las de Verena de Regehr (1987)(1991), Alfred Mettraux (1996), Azucena de la Cruz Sánchez (1998) y Juan Alfredo Tomasini (2007).

EL ENTORNO EN QUE VIVEN

Tomasini (2007), antropólogo argentino e investigador del Conicet en el Museo La Plata, dedicó 14 años de su vida a estudiar a los Nivaclé de la Provincia de Formosa, Argentina. El mismo afirma que fueron los primeros habitantes de esas latitudes, un grupo arcaico donde solo se habla su lengua y probablemente sea la etnia con menor mestizaje de la región. Su nombre (nivaclé) significa “gente” o “personas” o “los hombres” y fue una de las últimas etnias en ser halladas por el hombre blanco, en la década del 30 del siglo XX, por lo que mantuvieron por más tiempo su patrimonio cultural, su belicoso y rudo temperamento. Compuesto por cazadores, pescadores y recolectores.

Es verdad que, según Mettraux (1996), ya los Mataco (entre quienes están los Nivaclé) fueron descubiertos por los españoles en 1628, del lado que hoy es argentino, pero no aportaron ninguna información sobre su etnografía, aunque estimaron que su población ascendía a 30.000 personas. Los oblatos de María Inmaculada fueron los primeros misioneros que trabajaron con ellos desde 1926, y los Mennonitas, que ya se instalaron en el Chaco paraguayo en esa época y sus colonias son los primeros lugares a los que los Nivaclé van en busca de trabajo y empezaron a evangelizarlos hacia 1946 (Sánchez 1998).

En contacto con una naturaleza donde el algarrobo, el quebracho, la miel y la vegetación selvática dejaba poco lugar para el hombre, los Nivaclé erigieron un particular modo de vida y una cultura que se mantuvo inalterable hasta hace unos 70 años. “Viven en un mundo sacralizado” –dice Tomasini (2007)– “donde no existe un hecho casual. Poseen una especie de dios como instaurador del orden actual, que vivía en la tierra pero se fue al cielo y está ‘desentendido’ de los hombres. Creen que cada cuerpo celeste es un animal y que el sol tiene un género femenino y la luna un género masculino” (al revés que la versión cosmogónica occidental que conocemos). La influencia religiosa actual ha sido la católica y menonita, predominantemente, pero también pentecostal y anglicana.

Es de señalar que el porcentaje de indígenas de cada etnia que viven en toldos y ranchos de paja y adobe en los asentamientos primitivos -seminómades- desde hace cientos de años, es muy variable, pues a pesar de los esfuerzos de las organizaciones indígenas, pero sobre todo de los propios ancianos de cada etnia, un grupo variable de jóvenes se incorpora al mercado de

trabajo del entorno no indígena, en ‘changas’ como peones y domésticas, en busca de medios económicos para mantener a sus familias, y en el caso de las mujeres, para conseguir marido (Sánchez 1998). El 91 % de los indígenas permanece en las áreas rurales. Pero 5 etnias tienen una presencia significativa en las áreas urbanas del Paraguay: los Maká, 77 %, los Maskoy 32 %, los Guaraní occidental 29 %, los Nivaclé 25 % y los Ehlet norte, 24 % (Actualidad Indígena 2006).

Los depositarios de las tradiciones Nivaclé, según Verena de Regehr (1987) están desconcertados y desilusionados ante la transformación de los esquemas sociales y religiosos que los alejan de su contexto cultural propio. Este hecho, es común a todos los pueblos indígenas del Paraguay, y podría decirse de todas las etnias de latinoamérica (Flores Colombino 2004).

SEXO Y SANGRE PARA LOS NIVACLÉ

El testimonio de Verena de Regehr (1991), maestra y antropóloga suiza, quien vivió desde 1966 a 1985 -casi 20 años- entre los Nivaclé, abarca diversos aspectos que interesan para comprender la sexualidad de la etnia. “La esfera del hombre y la esfera de la mujer, son complementarias y se relacionan mediante numerosos tabúes que rigen la vida tradicional y, desde luego, la educación de los niños. Esta relación entre las dos esferas se complementa mediante el símbolo de la sangre. En el lado del hombre, objetos filosos que hacen sangrar: la sangre que hace desaparecer la vida en la cacería y en la guerra. En el lado de la mujer, la menstruación y el parto: la sangre que dá la vida”- dice. Es decir, mediante la sangre, la mujer dá vida y el hombre dá muerte y alimento.

INICIACIÓN SEXUAL FEMENINA

Dice Tomasini (2007) que “existe una suerte de libertad amorosa. Cuando una niña ingresa a la pubertad, se hace una fiesta popular con ribetes orgiásticos. Luego, ésta queda habilitada para tener todos los hombres que desee. El tema de la infidelidad es a la inversa de lo que pasa en nuestra sociedad” -dice- “pues es más común que una mujer sea infiel al marido. No estaba mal vista esta conducta de la mujer” -continúa-. “De hecho, generalmente la elección de hombre corría pura y exclusivamente por su cuenta”. Relata que por la década del 80’, cuando realizaba sus estudios de campo, “los jóvenes nivaclé se abrazaban unos a otros y caminaban durante la noche a lo largo de la cancha de fútbol. De la oscuridad de la noche salía una mujer que hacía de intermediaria y escogía a uno. En la espesa selva, al elegido lo esperaba una señorita para pasar un buen momento”.

Mettraux (1996) confirma estas afirmaciones de Tomasini. “Entre las tribus del Pilcomayo y el Bermejo (entre las que están los Nivaclé) las muchachas jóvenes púberes gozaban de completa libertad sexual” -dice-. “Eran provocativas, volubles y desvergonzadas y tomaban la iniciativa en sus breves aventuras amorosas. Por las noches, cuando los jóvenes danzaban en la plaza del poblado, las muchachas seleccionaban a sus amantes sujetándolos del cinturón, o poniendo sus manos sobre sus hombros y danzando detrás de ellos. Algunas chicas tenían chozas en el monte donde llevaban a sus amantes” (Mettraux 1996).

Tomasini (2007) afirma que en algunos grupos nivaclé esta costumbre se mantiene intacta, pero que con el paso del tiempo y la aculturación, sobre todo la influencia religiosa cristiana que consideran como pecaminosas estas costumbres, la elección se realiza de forma menos expeditiva, pero se mantiene la iniciativa de la mujer.

SEXUALIDAD FEMENINA

“El status de las mujeres en la mayor parte de las tribus chagueñas es elevado y raramente son insultadas o maltratadas por sus esposos. Las mujeres no están subordinadas de modo alguno y son tratadas como si estuvieran en pie de igualdad.” (Metraux 1996). “La imagen social de la mujer es muy fuerte. Son peculiares y recurrentes las grescas entre mujeres, usando como arma una pulsera hecha con cola de raya. El lugar de las peleas más usuales son cerca del pozo donde van a recoger agua, una labor estrictamente femenina, en una comunidad donde la división del trabajo está muy bien marcada” (Tomasini 2007).

El trabajo está dividido para mujeres y varones: El varón trabaja la chacra en el desmalezamiento y la siembra, así como en el mantenimiento. La mujer quema el monte y cosecha. El varón cosecha la miel en grupos colectivos. La mujer recolecta raíces, frutos y caraguatá. La pesca es cosa de varones y es preferida a la caza, para la que disponen de sus arcos y flechas, aunque conocen el fusil. No pueden criar más cabras y ovejas por la sequía del Chaco y las enfermedades. La agricultura se practica en la chacra propia o en la changa o empleo en estancias, regimientos o misiones religiosas. En el pasado, la cría de ganado vacuno estaba a cargo de los varones y la de las ovejas y las gallinas, de las mujeres (Sánchez 1998).

“La changa supone una probabilidad para fomentar las relaciones sociales entre los nivaclé de diferentes lugares. Muchas mujeres solteras acuden a las changas para encontrar marido. Se conocen en el lugar de trabajo, pero el vínculo se va cerrando cuando ellas van a verlos a jugar al fútbol o al vóleibol, y estos partidos se celebran los domingos por la tarde, cuando no trabajan” (Sánchez 1998). Sin duda, todo el rico ritual desaparece para dar lugar a un relacionamiento sexual, semejante al de los hombres blancos o mestizos, que en realidad no admiran.

LA MENSTRUACIÓN

La menarca es festejada con rituales en que la madre y sus amigas marchan en círculos, varias noches alrededor de la choza en que la menstruante primeriza permanece, a veces al ritmo de matracas de chamanes y tambores de varones de la familia. Mantienen el tabú -abstinencia- de la carne y deben permanecer lejos del agua y los pozos. “La pesca puede realizarse por una razón especial, por ejemplo, para celebrar la existencia de una nueva mujer, pues cuando una jovencita tiene su primera menstruación, todos los hombres se reúnen y van al río, ya que consideran que los espíritus de la naturaleza les son favorables. Pero la joven no podrá salir de su casa para evitar la maldición sobre la tarea” (Sánchez 1998).

MATRIMONIO

La edad en que los Nivaclé varones se casan, es variable. La tradición establece que lo hacen antes de la pubertad, a veces por concertación entre los padres. Este hecho les da derecho a divorciarse con la excusa: “Nosotros no queríamos casarnos, nuestros padres lo dispusieron así”. Los novios buscan ganarse la voluntad de los parientes de la novia mediante ganado y dinero. Cuando la madre de la novia se opone al matrimonio es más importante que si se opone el padre. Los matrimonios endogámicos suelen sobrepasar los matrimonios exogámicos (Metraux 1996), costumbre que rechazan otras etnias. Las ceremonias matrimoniales suelen ser muy sencillas, también a diferencia de otras etnias. La mayoría de los Nivaclé son monógamos, pero

algunos caciques pueden ser polígamos. Metraux señala referencias de poligamia sororal (con varias hermanas).

El matrimonio Nivaclé posee otras peculiaridades. Además de preferentemente monógamo, es matrilocal, es decir, viven con los parientes de la mujer, gracias a lo cual los suegros pueden interferir si la hija es maltratada. “El esposo debe contribuir al bienestar de los suelos. Algunas veces la explotación del esposo es tan grande que éste abandona a la esposa. Cuando una mujer de edad contrae matrimonio con un hombre joven, le sigue a su vivienda”. “Un hijo fortalece los vínculos matrimoniales” (Metraux 1996).

MUJERES ESTRELLAS

Es muy popular en el Chaco la historia del hombre que se enamoró de una estrella y sube al cielo donde muere. Chase Sardi (1996) recoge un cuento Nivaclé: “Las mujeres estrellas”, donde se repite este mito. El joven enamorado de dos estrellitas compite con sus amigos en una carrera y estaba a punto de ganar. “Era veloz, porque todavía no tenía mujeres. Por eso no le dolía el cuerpo. Era muy ágil. Tenía mucha fuerza”. Antes de llegar a la meta se clava una espina en un pié y dos mujeres - estrellas - hermanas, lo ayudan y él rápidamente embaraza a la primera y enseguida a la otra, se casa con ambas y éstas lo llevan al Paraíso, la aldea de los Hombres - Pájaro. Como las había embarazado casi al mismo tiempo y no podía tener relaciones con ninguna, se aburría y salía de la choza, donde su imprudencia lo llevó a intentar volver a la tierra a lomos de un pájaro quien lo arrojó al agua y se transformó en anguila”. Pane Chelli (1996) también relata un texto mítico de la estrella mischa'achei de la que se enamora un nivaclé tímido. Ella viene a buscarlo, lo lleva al cielo, tienen hijos y él vuelve a la tierra a consolar a su madre que lo extraña, montado sobre un carancho hombre-pájaro, quien lo arroja a una laguna y se ahoga. Estos cuentos muestran la riqueza poética y mítica de los nivaclé, de las que se han recogido bastantes testimonios (Chase Sardi 1981, 1991, 1996) (Zanardini y Biederman 2006).

LOS HOMBRES PAJAROS

“Cuando los nivaclé plantan su chacra, piden a los öxöklöxláj -los hombres del cielo que tienen forma de pájaro- lluvia para que crezca lo sembrado” (Sánchez 1998). Chase Sardi (1996) ensaya un texto mítico donde revela el origen de los hombres pájaros de los nivaclé. Los hombres del campamento indígena estaban jugando al tiro de la cuerda con flechas, y cansado, uno de ellos pidió a su mujer que le enviará agua, a lo cual ella se negó. ‘¿Porqué no viene él a tomar su agua?’. Los otros también enviaron por agua y la respuesta colectiva de sus mujeres fue negativa. Entonces, el cacique invitó a los hombres a saltar en un gran fuego que encendieron, y mientras morían, decían sus nombres: cigüeña, garza blanca, garza mora, pato, cigüeña grande y renacían como tales. Luego volaron sobre la aldea y las mujeres los llamaban a gritos para darles el agua. Nadie quiso bajar. “Así, los hombres pájaro volaron todos a una gran laguna. Allí saciaron su sed y comieron peces a gusto. La gente antigua dice que estos ajöclöhlái se encuentran hoy arriba, sobre el cielo. Se dice que ellos envían las tormentas y los truenos. Los que mandan las lluvias”. Dice Metraux (1996) que los mataco mataguay, entre ellos los Nivaclé, creen en la metempsicosis: en que las almas se convierten sucesivamente en fantasmas, pájaros, arañas y mucielagos, antes de desvanecerse para siempre.

EMBARAZO

La fecundidad promedio de las mujeres indígenas del Paraguay es 6.3 hijos por mujer (Actualidad étnica 2006), lo cual indicaría un gran crecimiento poblacional. En cuanto al embarazo, los Nivaclé “creen que el acto sexual debe repetirse para causar embarazo”. Si la mujer es estéril se debería a una obstrucción del útero por arte de magia y difícil de curar. Cuando la mujer queda embarazada, tanto ella como el esposo se privan de comer ciertos alimentos o realizar actividades que puedan perjudicar el carácter o el aspecto del niño: no usar objetos cortantes porque el niño nace con el labio hendido, o si usa botas, los pies salen deformados, si usa sombrero, el cráneo del niño será chato (Metraux 1996).

PARTO

Una mujer Nivaclé en trabajo de parto es rodeada por parientes femeninas y amigas, se sienta sobre los muslos de una anciana en cuclillas y para soportar mejor el dolor, se aferra a un poste frente a ella. El cordón umbilical recién se corta cuando sale la placenta (Metraux 1996).

ABORTO

Pero inspirados en la armonía que mantienen con el ambiente, los Nivaclé han establecido una estricta planificación familiar. Dice de Regehr (1991) que “Cada niño debería tener óptimas oportunidades de vida. Eso significa un padre sustentador, perfecta salud al nacer y posibilidad de gozar de la plena atención y cuidado de su madre. Si un niño posee la suerte de tener una madre casada y no seguir demasiado rápido a un hermanito, debe seguir viviendo. Si una mujer estuvo embarazada sin querer (o es soltera), el niño se abortará o se matará inmediatamente después de su nacimiento. Para los Nivaclé esto no significa un acto de violencia, en contra de la creciente vida. Según sus creencias, al recién nacido le faltan parte del alma “vatsóccóclit”, y todavía carece de espíritus auxiliares. Para ellos el infanticidio significa respeto por la vida humana”. Con frecuencia también se da muerte a los mellizos. Estas costumbres son compartidas por los Chorotí y los Toba. Una vez nacidos, el nombre que otorgan al niño o niña, surge de los sueños - los sueños son parte de la realidad de muchos nivaclé- a veces son solo frases inconexas, otras animales u objetos. Generalmente los matabo-nivaclé se niegan a dar sus nombres a extraños, y piden que otro los haga por ellos. Llegan a afirmar que no poseen nombre (Metraux 1996).

AMAMANTAMIENTO

Apenas se mueve o se escucha la voz del recién nacido, se inicia el amamantamiento colocando al niño de tal forma que mame en cualquier momento, pues no debe gritar o llorar por su leche. Tradicionalmente la lactancia se extendía hasta los 3 y hasta los 6 años, o hasta que un hermanito o hermanita deseado lo suplantara. Era evidente que el método anticonceptivo de la lactancia prolongada era conocido por los Nivaclé. “La madre no solamente satisface el apetito del niño sino también las necesidades de su alma, lo que le proporciona un sentimiento de seguridad y satisfacción muy acogedor” -dice De Regehr (1991)-.

DIVORCIO

El divorcio entre los Nivaclé es frecuente y fácil -dice Metraux (1996)- “y se puede producir por las razones más trivia-

les: una pelea intrascendente, o la pereza o el mal genio de quien es abandonado/a. Un hombre fácilmente abandona a su esposa vieja por una más joven, y una mujer joven puede dejar a su esposo por un amante. Pero los Nivaclé desafían a los hombres que se han apoderado de sus esposas u obligan a los seductores a darles alguna compensación”. Como vimos anteriormente “raramente se castiga a una mujer por su infidelidad. Los hijos pequeños quedarían con la madre y los mayores con el padre, después de la separación” (Metraux 1996).

LA DANZA NIVACLÉ

La danza es una característica principal de la cultura del Chaco. Si el tiempo y la alimentación son favorables, danzan todas las noches. Cuando una joven adquiere la mayoría de edad, las jóvenes y los muchachos ejecutan una danza ritual para dramatizar los ataques de los espíritus y su derrota final (Metraux 1996). Siempre que los nivaclé danzan, también cantan. El canto es una forma de oración, de pedir a la divinidad, de agradecer, de bendecir los cultivos y de bendecir la alegría (Flores 2008). Primero comienzan los varones en círculo. Uno comienza el canturreo y todos golpean rítmicamente el piso con el pié derecho. Al rato, se suman las jóvenes que se colocan detrás o al lado del varón que eligen, tomándose por los hombros o la cintura.

Los Nivaclé llevan a cabo una variante única de esta danza: una vez que el semicírculo ha comenzado a moverse hacia delante, súbitamente se quiebra en varios grupos de bailarines, que primero golpean con el pié sin moverse de su sitio, pero luego comienzan a correr y a formar una espiral que se hace más y más estrecha. Cuando todo movimiento, excepto el golpeteo de pies, se hace imposible, el espiral comenzará a desenrollarse, al comienzo muy lentamente y luego con mayor velocidad.

En una danza puramente recreativa de los Nivaclé y los demás matabos, los danzarines forman una fila, lentamente comienzan a moverse hacia delante, al mismo tiempo, el hombre situado en el centro de la fila gira sobre sí mismo “pivotando” la fila, de modo tal que los hombres de los extremos corren más rápidamente que los demás. El canto o canturreo sigue el sonido de la matraca de calabaza. También danzan los Nivaclé jóvenes cuando buscan ganarse los favores de una joven. El tambor lo baten para acelerar la madurez de las vainas de algarrobo y para ayudar a las jóvenes en el período crítico de su primera menstruación (Metraux 1996).

PARRANTAS

Todo evento social es un pretexto para una parranda. Los hombres se reúnen a beber cerveza que fabrican a partir del algarrobo, principalmente. El matrimonio, un triunfo, una cosecha, son las razones más frecuentes. Las mujeres jóvenes están expresamente excluidas, y las más ancianas concurren a cuidar a los hombres y a veces, para danzar y cantar. Los hombres borrachos se atribuyen sueños hermosos y una clarividencia sobrenatural. “Los chamanes matabos caminaban sobre las brasas calientes sin sufrir daño alguno”-dice Metraux (1996)-.

EL GATEO NIVACLÉ

Título de un cuento y luego de un libro de Chase Sardi, Sifredi y Cordeu (1991), “El Gateo de los nuestros” es una obra en que describen costumbres eróticas de los Nivaclé, los Choroté y los Chamacoco del Gran Chaco. “Gatear, para los nivaclé y las otras dos etnias mencionadas, designa el modo subrepticio de

acercarse a las muchachas durante la noche para acostarse con ellas”. Ya conocemos la sinuosidad y suavidad de estos felinos. Los Nivaclé quieren significar que ellos hacen el amor con arte y “como culminación de un largo y sutil juego erótico”. Y no como los blancos y mestizos que los oprimen, que copulan como animales, con pobreza ritual. Entre los guaraníes, este acto de acercamiento se denomina ‘yacaré’, por el silencioso y sigiloso desplazamiento de estos saurios. Para los Nivaclé el ‘gateo’ abarca todo el acto sexual, por extensión.

La literatura Nivaclé dio lugar a la recopilación y traducción de Chase Sardi (1981) que sugestivamente se tituló “Pequeño Decámeron Nivaclé”, que es “una auténtica narrativa erótica, de una textualidad que se regodea en las múltiples formas que asume el deseo”. “La exaltación del engaño, el ardid amoroso y el placer conseguido son descriptos con humor, con un intencional erotismo lúdico. Pero también deja lugar para la tragedia y el horror, para una sexualidad que lleva a la muerte”.

LA DEPILACION Y DECORACIÓN

Los Nivaclé, como todos los indígenas del Chaco, sienten aversión por el pelo facial, y la depilación lleva horas del tiempo de descanso. La realizan con trozos de tacuara o dos conchillas. La pintura del cuerpo no es característica de los Nivaclé, pero sí el uso de colores variados en la producción de una rica artesanía, sobre todo para sus adornos y ropas.

La Presidenta del Instituto de Asuntos Indígenas del Paraguay (INDI) asumió en agosto de este año 2008, con rango de Ministra del nuevo Gobierno paraguayo, pertenece a la etnia Aché, una pequeña etnia guaraní de la Región Oriental del Paraguay, no al Chaco. Pese a ello, Margarita Mbywangi asumió vestida con una túnica de lienzo con bordes de encaje jú, complementada con una capa realizada en fino tejido de caraguatá (yute), pigmentado con tintas naturales de los Nivaclé del Chaco. La vincha, el cinto y un adorno en la sandalia que iban en juego, también pertenecen a los Nivaclé” (El País 2008).

CONCLUSIÓN

Los Nivaclé poseen una sexualidad con originales características, en que la mujer asume un rol importante en la formación y disolución de las parejas, la iniciación sexual de los jóvenes, una forma de controlar la natalidad acorde con su cosmovisión en armonía con la naturaleza, una riqueza erótica en lo que llaman el ‘gateo’ y una literatura erótica relevante que ha merecido la atención de la antropología. Sus danzas, mitos de mujeres estrellas y hombres pájaros, revelan estas características de una realidad que los diferencia y distingue entre el complejo mapa etnográfico del Paraguay.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Actualidad Étnica (2006): Paraguay/ Indígenas piden apoyo estatal para subsistir, diario Última Hora. Bogotá, abril 20 de

2006. http://www.etniasdecolombia.org/actualidad_étnica/detalle.asp?cid-3443.

- Chase Sardi M. (1981). Pequeño Decameron Nivaclé, Ediciones Napa, Asunción, 1981.
- Chase Sardi M., Sifredi, A., Cordeu E. (1991). El Gateo de los nuestros, Ed. Del Sol, Asunción, 250 pp.
- Chase Sardi M. (1996). Etnoliteratura nivaclé, En: Pérez-Maricevich, Francisco (1996). “Mitos indígenas del Paraguay”, pp. 114-140, Ed. El lector, Asunción.
- De Regehr V. (1987). Criarse en una Comunidad Nivaclé, Suplemento Antropológico XII: 1, Asunción.
- De Regehr V. (1991). ¿Cómo educan los nivaclé?, La Buhardilla 2 (4-5): 8-10, Verano de 1991 Año de la Cabra, Asunción del Paraguay.
- Duerksen M. (2008). Falleció traductor de Biblia al nivaclé, diario ABC Color, Asunción, 1º de setiembre de 2008.
- El País (2008). Una cacique (Margarita Mbywangi) asumió como Ministra de Paraguay, El País de los Domingos p. E8, Montevideo, 24 de agosto 2008.
- Flores Lino P. (2008). El Ministerio Sacerdotal frente a la cultura guaraní, CONAPI (Coodinación Nacional de Pastoral indígena), Asunción. <http://www.conapi.org.py>
- Hein G. (1995). Antiguo y Nuevo Testamento en Nivaclé, 1995, Asunción.
- Metraux A. (1996). Etnografía del Chaco, Ed. El Lector, Asunción, 275 pp.
- Pane Chelli L. (1996). Etnoliteratura nivaclé, En: Pérez-Maricevich, Francisco (1996). “Mitos indígenas del Paraguay”, pp. 95-113, Ed. El lector, Asunción.
- Pérez-Maricevich, F. (1996). Mitos indígenas del Paraguay, Ed. El lector, Asunción. 144 pp.
- Resistencia indígena (2007). Familias lingüísticas aborígenes. Ahora, lunes 8 de octubre e 2007. Blog <http://resistencia-indigena.blogspot.com/2007/10/ahora.html>.
- Sánchez, AC. (1998). Economía y sociedad en el Chaco Paraguayo, Revista Española de Antropología Americana 28:283-323, Servicio de Publicaciones Universidad Complutense de Madrid, 1998.
- Seelwische J. O.M.I. (1980). Diccionario Nivaclé Castellano, 377 pp, Asunción?
- Seelwische J. (1991). Las Misiones Nivaclé en el Vicariato Apostólico del Pilcomayo. Una experiencia de inculturación, Suplemento Antropológico. Universidad Católica. Revista del Centro de Estudios Antropológicos 26(1): 253-274.
- Tomasini J.A. (2007). Científico de CONICET investigó etnia (nivaclé) en Formosa, Semana Profesional, <http://www.semanaprofesional.com.ar/?nota=6332>.
- Verón L. (2002). Los dueños de la tierra, diario ABC Color, 13 de octubre de 2002. http://www.musicaparaguay.org.py/los_duenos_de_la_tierra.htm
- Zanardini J., Biederman W. (2006). Pueblo Nivaclé En su: “Los Indígenas del Paraguay”, 2ª, Asunción, pp.61-74.

SINDROME FRONTAL - PÉRDIDA DE INHIBICIÓN

Facundo Manes M.D.⁽¹⁾

COGNICIÓN SOCIAL

La cognición social tiene sus raíces en la Psicología Social. Su estudio procura entender y explicar cómo los pensamientos, las sensaciones y el comportamiento del individuo se ven influenciados por la presencia real o imaginaria de otros. Estudia al individuo dentro de un contexto social y cultural centrándose en cómo la gente percibe e interpreta información que ellos u otros generan. Desde el punto de vista evolutivo a medida que el contacto social aumenta de especie en especie, más grande es el cerebro. Esto lleva a preguntarse a diferentes investigadores si la complejidad de nuestro cerebro no es, al menos en parte, producto de la complejidad social que nuestra especie ha alcanzado. Los procesos cognitivos que subyacen a las conductas sociales son muy diversos, y existe poca información acerca de sus sustratos neurales. Bajo el estudio de la cognición social se incluyen varios procesos cognitivos. Los trabajos realizados en este ámbito son diversos e incluyen paradigmas cognitivos diferentes como ser, por ejemplo, la violación de las normas sociales, el reconocimiento de expresiones faciales, el procesamiento de emociones, el juicio moral y la toma de decisiones. La "Teoría de la Mente" es la capacidad de atribuirle a otros estados mentales y de predecir su comportamiento en función de dichos estados y es, por lo tanto, un componente central de la conducta social. La teoría de la mente es la capacidad humana de darse cuenta que otras personas tienen deseos y creencias diferentes de las nuestras y que su comportamiento puede ser explicado en función de estos. Esta capacidad de reconocer la naturaleza de nuestras creencias y la de los demás, es vital para la vida en sociedad y para la transmisión de la cultura.

LÓBULO FRONTAL

El lóbulo frontal es un área dentro del cerebro localizada en el frente de cada hemisferio cerebral.

Los lóbulos frontales son el sustrato anatómico para las funciones ejecutivas. Las funciones ejecutivas son aquellas que nos permiten dirigir nuestra conducta hacia un fin y comprenden la atención, planificación, secuenciación y reorientación sobre nuestros actos. Además los lóbulos frontales tienen importantes conexiones con el resto del cerebro. Así Goldberg en su libro "El cerebro ejecutivo" usa la metáfora del director de orquesta; según la cual los lóbulos frontales son los encargados de tomar la información de todas las demás estructuras y coordinarlas para actuar de forma conjunta.

Los lóbulos frontales también están muy implicados en los componentes motivacionales (motivación) y conductuales (conducta) del sujeto; por lo que si se produce un daño en esta estructura puede suceder que el sujeto mantenga una apariencia de normalidad al no existir déficits motrices, de habla, de memoria o incluso de razonamiento; existiendo sin embargo un importante déficit en las capacidades sociales y conductuales.

Los pacientes con síndromes frontales pueden ser desinhibidos, impulsivos, poco considerados, socialmente incompetentes, egocéntricos, etcétera. Este tipo de déficits; al no ser tan evidentes como otros (pudiendo ser sin embargo mucho más disruptivos para la vida del sujeto) fueron los que llevaron durante mucho tiempo a los médicos a considerar a estos lóbulos como las estructuras "silentes"; es decir, sin función aparente. Solo recientemente se ha reconocido la importancia central del lóbulo frontal en nuestra actividad cognitiva.

SÍNDROME FRONTAL

¿Puede una persona perder su capacidad para protegerse, elegir siempre opciones riesgosas y cambiar de manera taxativa su personalidad pero aún así conservar las funciones intelectuales y discursivas intactas? La respuesta es sí. Y esta realidad compleja hace que el Síndrome Frontal sea una de las dolencias neuro-psiquiátricas menos reconocidas en nuestra sociedad. Este desconocimiento representa un riesgo grave para los enfermos y quienes participan de su vida de relación.

El "cambio de personalidad", en la conducta social y personal, con una dificultad en la modulación de la conducta es la descripción más común de un paciente con lesión frontal. Esta etiqueta encapsula un rango de diversos problemas que resume las fallas del paciente para interaccionar efectivamente con el entorno social y emocional. El proceso de toma de decisiones humanas no es sólo lógico ni computacional sino también emocional y se ve afectado en diversas patologías que involucran la corteza frontal. Las regiones frontales del cerebro son responsables de nuestra conducta. Además, en el Síndrome Frontal existe una pérdida de la inhibición que resulta en conductas impulsivas e inapropiadas y dificultades en la toma de decisiones. Es importante remarcar que todo esto ocurre en el contexto de que los pacientes presentan poca -o nada- de preocupación por sus actos.

Los desórdenes conductuales se caracterizan por desinhibición social, pérdida de la conciencia de enfermedad, rigidez mental, compulsiones, conducta antisocial y en ocasiones euforia. Las neuro-imágenes muestran atrofia

1. Facundo Manes M.D. Director, Institute of Neurosciences - Favaloro Foundation
http://www.fundacionfavaloro.org/IN_neurociencias.htm
 Professor of Behavioural Neurology and Cognitive Neuroscience.
 Favaloro University. Buenos Aires. Argentina
 Director, Institute of Cognitive Neurology (INECO)
<http://www.neurologiacognitiva.org>

frontal. Los pacientes generalmente tienen preservadas habilidades cognitivas como el lenguaje, la memoria, la atención, la orientación y el coeficiente intelectual no suele alterarse.

Este diagnóstico se basa en criterios conductuales, en la entrevista a la familia y allegados, en la resonancia magnética cerebral que debe mostrar lesión frontal.

SÍNTOMAS SÍNDROME FRONTAL (NO NECESARIAMENTE DEBEN ESTAR PRESENTES TODOS):

- Cambios en la personalidad y en la conducta.
- Generalmente, la memoria permanece intacta pero la personalidad y la conducta de la persona sufren cambios.
- Pierden el insight -pérdida de conciencia de la enfermedad y la capacidad de empatía, pueden parecer egoístas e insensibles.
- Tornarse extrovertidos cuando anteriormente eran introvertidos, o retraerse cuando antes eran muy sociables.
- Comportarse de manera inapropiada.
- Perder las inhibiciones.
- Distraerse con facilidad.
- Desarrollar rutinas o rituales compulsivos.

Es importante reconocer que estos síntomas tienen una causa neurológica.

LIBROS

SEXO SOLITARIO UNA HISTORIA CULTURAL DE LA MASTURBACION

Autor Thomas W. Laqueur. 504 páginas. Primera Edición año 2007. Fondo de Cultura Económica. Colección Historia.

Sexo solitario' es la primera historia cultural de la práctica sexual más común y extendida del mundo: la masturbación. Cuando casi todas las prácticas sexuales cuentan con defensores públicos y los actos sexuales forman parte de las primeras planas de las noticias, la más sencilla y habitual de dichas prácticas resulta vergonzosa, incómoda e incluso radical cuando es admitida abiertamente. Sin embargo, esto no siempre fue así. El sexo solitario como un tema médico y moral importante puede ser fechado con una precisión poco frecuente en la historia cultural: el "vicio solitario" entra en escena alrededor de 1712. Criatura de las Luces, la masturbación en principio preocupó no tanto a los conservadores -para quienes era uno entre los numerosos pecados de la carne- sino a los progresistas, quienes aceptaban gozosos el placer sexual pero luchaban para crear una ética del autogobierno. Así, la masturbación se convirtió en un tema de interés ético tanto para hombres como para mujeres, para jóvenes y adultos.

Thomas W. Laqueur revela cómo y por qué este modesto y alguna vez oscuro medio de gratificación sexual se convirtió en el gemelo maldito de las grandes virtudes de la sociedad comercial moderna: la moral individual autónoma y privada, la creatividad y la imaginación, la abundancia y el deseo. Así, muestra cómo un problema moral se convierte en problema médico, cómo algunos de los científicos más importantes de los siglos XVIII y XIX culpaban a los placeres solitarios de producir daños físicos, mutilaciones e incluso la muerte. A principios del siglo XX, Freud y sus sucesores transformaron esta tradición al definir la masturbación como una etapa del desarrollo del hombre y, finalmente, en el ocaso de ese siglo, la masturbación se convirtió para algunos en el elemento clave en la lucha por la liberación sexual, personal y también artística.

El historiador Thomas W. Laqueur, a través del análisis minucioso de materiales tan diversos como la Biblia, textos médicos y filosóficos, diarios, autobiografías, el trabajo de artistas conceptuales, materiales feministas y pornografía, nos presenta la historia de lo que ha sido el último tabú.

LA TRANSEXUALIDAD EN CUBA

Compiladora Castro Espín Mariela. Editorial CENESEX, 2008, 187 páginas. Cuba.

Co-autores: Dr. Padrón Duran, Rubén Salvador; Dra. Prieto Valdés, Mirtha; Dr. Roque Guerra, Alberto; Lic. Rodríguez Lauzurique, Rosa Mayra; Lic. García Álvarez, Caridad Teresita; Dra. Alfonso Rodríguez, Ada Caridad; Lic. Bravo Fernández, Ofelia Carolina; Lic. Rodríguez, Maritza; Lic. Fernández Martínez, Marta; Lic. González Ferrer, Camila.

La transexualidad en Cuba compila el trabajo de un grupo de especialistas que integran la Comisión Nacional de atención integral a las personas transexuales.

Cuenta con siete capítulos en los que el lector podrá conocer: El estado del arte de la Estrategia nacional de atención integral a las personas transexuales; las posiciones teóricas que buscan explicar la etiología de la transexualidad, los procedimientos terapéuticos hormonales que durante la atención integral se indican como parte de la reasignación de género; algunos testimonios que permiten caracterizar el ciclo vital de las personas transexuales y su tratamiento psicológico; la experiencia de trabajo grupal con familias de las personas transexuales desarrollada por el CENESEX durante el año 2007, y las diferentes soluciones jurídicas encontradas ante la ausencia de legislación que reconozca a la identidad de la persona transexual.

El libro está dedicado a la memoria de la incasable luchadora de los derechos humanos de las mujeres, los niños y niñas y las personas transexuales quien fundó en 1979 el espacio de atención que brinda en la actualidad, la Comisión Nacional de atención integral a las personas transexuales que preside Mariela Castro Espín compiladora de la obra.

cenesex@infomed.sld.cu

"EP" - EYACULACIÓN PRECOZ, PROBLEMAS Y SOLUCIONES"

Autores: León Roberto Gindin – Cristina Tania Fridman. 288 páginas. Grupo Editorial Norma. Diciembre 2007.

Eyaculación Precoz: E.P. es la sigla que usamos en el consultorio para abreviar la denominación diagnóstica de "eyaculación precoz". Hoy en día, más del 50% de las consultas masculinas en Sexología están marcadas por esta sigla. Es un problema que afecta a ambos miembros de la pareja al impedirles llegar a situaciones de placer y mejorar la calidad de su vida sexual. E.P. es un problema del funcionamiento sexual, no es una enfermedad demostrable con métodos tradicionales de laboratorio. Son determinantes de la aparición en ciertas personas (el 20% de la población masculina sexualmente adulta) la ansiedad y el mal aprendizaje sexual. Gracias a adelantos en el campo sexológico, la eyaculación precoz tiene muy buena solución a través de una combinación de técnicas sexológicas con ayuda medicamentosa. Este libro -que se basa en la experiencia adquirida en la atención en consultorio de más de diez mil pacientes con esta disfunción en los últimos veinticinco años- hace una profunda reevaluación de la problemática y lleva al consultante a poder solucionarla, con o sin asistencia médica. Brinda, además, adecuada información sociológica, antropológica, médica y psicológica, que ayuda a comprender y solucionar la E.P. de manera integral.

gindin@fibertel.com.ar; ctfridman@fibertel.com.ar

LA SEXUALIDAD Y LA DISCAPACIDAD FÍSICA

Autora: *Torices Rodarte Irene. 102 páginas. Editorial MAD, S.L., Trillas, Colección "EDUFORMA" 2007. México.*

Los efectos sobre la sexualidad de diferentes tipos de discapacidad física son diversos.

Estar informado sobre ellos es imprescindible para que la comunicación y la comprensión entre la persona con discapacidad, su familia y su entorno.

El libro de Irene Torices "La sexualidad y la discapacidad física" trata de arrojar luz sobre este tema en el que han proliferado mitos y estigmas que, precisamente, la autora aborda en un primer capítulo. A continuación, trata temas tan interesantes como la valoración de la problemática sexual, salud sexual y discapacidad; la recuperación de la sexualidad de los niños y adolescentes con discapacidad: su educación y orientación.

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS DE LA SASH

Primavera 2007 - Otoño 2008

ATENEOS CIENTÍFICO / AGOSTO 2007

Cine debate "Y TU MAMÁ TAMBIÉN"

Film Mexicano año 2001 - Reparto: Maribel Verdú, Gael García Bernal, Diego Luna.

Dirección: Alfonso Cuarón.

PANELISTAS KIKO TENEMBAUM

DR. ADRIAN SAPETTI.

Coordinación:

DRA. MARIA ESTELA MARTÍNEZ

VIERNES 17 DE AGOSTO

19:00 a 22:00

ATENEOS CIENTÍFICO / SEPTIEMBRE 2007

Cine Debate: "XXY"

Film Argentino/Español año 2007 - Reparto: Ricardo Darín, Valeria Bertuccelli, Inés Efrón, Germán Palacios, Carolina Peleritti, Martín Pirovansky y otros.

Dirección: Lucía Puenzo.

PANELISTAS DRA. SILVINA VALENTE.

LIC. GUIDO FISCHER

Coordinación

DRA. MARIA ESTELA MARTÍNEZ

VIERNES 14 DE SEPTIEMBRE

19:00 a 22:00

ATENEOS CIENTÍFICO / OCTUBRE 2007

"AMOR, DESEO Y SEXO... En los tiempos de la web-veo"

PANELISTAS

LIC. LILIANA VAZQUEZ

LIC. ALICIA DONGHI.

LIC. EDUARDO GARCIA DUPONT.

LIC. OSVALDO RODRIGUEZ

Coordinación:

DRA. MARIA ESTELA MARTINEZ

VIERNES 19 DE OCTUBRE

19:00 a 22:00

ATENEOS CIENTÍFICO / ABRIL 2008

"Tratamiento de la infertilidad y su influencia en la sexualidad"

PANELISTAS DR. RAMIRO QUINTANA

DRA. ADRIANA FERRAINA

Coordinación:

DRA. MARIA ESTELA MARTINEZ

VIERNES 18 DE ABRIL

20:00 a 22:00

ATENEOS CIENTÍFICO / MAYO 2008

"LA SEXUALIDAD EN EL ARTE" Cómo reflejó el arte distintas temáticas de la sexualidad:

PANELISTA DR. ADRIAN SAPETTI

Coordinación

DRA. MARÍA ESTELA MARTÍNEZ

VIERNES 14 DE MAYO

19:00 a 22:00

ATENEOS CIENTÍFICO/ JUNIO 2008

"DESEO SEXUAL FEMENINO"

PANELISTAS

"Frecuencia en la consulta por problemas del deseo en las distintas etapas de la vida de la mujer"

DRA. ELSA ASTOLFI

"Deseo sexual en el climaterio"

DRA. ALEJANDRA BELARDO

"¿Deseo Sexual Hipoactivo? "

DRA. LAURA PIETRASANTA

Coordinación:

DRA. MARIA ESTELA MARTINEZ

VIERNES 20 DE JUNIO

19:00 a 22:00

ATENEOS CIENTÍFICO / NOVIEMBRE 2007

"ABUSO SEXUAL- INCESTO "

PANELISTAS

"Transgresión y libertad en la familia. Sus consecuencias en el abuso sexual".

LIC. ISABEL BOSCHI

"Perspectiva Legal y abordaje judicial del procedimiento de tipificación e investigación del abuso sexual".

DR. GUSTAVO ISAAC PLAT

"Violencia en la pareja. Relaciones de poder en los vínculos íntimos"

LIC. VERONICA AUMANN

Coordinación:

LIC ESTHER J. BUCHHOLZ

VIERNES 16 DE NOVIEMBRE

19:00 a 22:00

X JORNADAS METROPOLITANAS DE SEXOLOGÍA Y EDUCACIÓN SEXUAL

"SOCIEDAD Y SEXUALIDAD: CONTINUIDAD, CAMBIOS Y RUPTURAS EN LA CLÍNICA Y LA EDUCACIÓN SEXUAL."

Presidenta: Lic. Diana Resnicoff

7 y 8 de DICIEMBRE de 2007

Simposio sobre disfunciones sexuales masculinas. Nuevos desafíos en Sexualidad y Ginecología. Sexualidad y Tabaquismo
Neurobiología del placer y del amor
Recursos excitatorios. Sexualidad femenina
Nuevas temáticas en la consulta clínica
Cambio de sexo: tratamientos hormonales, quirúrgicos y abordaje psicoterapéutico
Género y poder. Educación Sexual
Jaque a la Sexualidad desde Políticas del Estado. Respuestas estratégicas comunitarias. Discapacidad y Sexualidad
Varones de 50: Especie en Peligro
Sexualidad en el arte

Talleres:

- Como puede ser un primer buen encuentro de conquista y seducción según la programación neurolingüística.
- Descubriendo diferencias -Trastornos disociativos en casos de abuso sexual
- Educación somática perineal femenina

Se presentó el libro: "Eyaculación Precoz. Problemas y Soluciones."

Autores: Dr. León R. Gindin y Lic. C. T. Fridman

En el marco de las Jornadas se entregaron los certificados a los primeros egresados del curso de Formación en Sexología Clínica de la SASH.

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS NACIONALES E INTERNACIONALES

SEPTIEMBRE 2007

Conferencias SLAMS en la Jornada SBRASH
Campinas, São Paulo. Brasil.
info@SLAMSnet.org
Sep. 1

IV Encuentro de la Academia Internacional de Sexología
Médica (AISM.)

II Congreso Iberoamericano de Avances en Sexología
Clínica

Quito Ecuador

Sep. 3-7

Symposium Internacional WPA China 2007

Shangai, China

www.wpa2007shanghai.com

Sep. 20-23

Congreso Español de Psiquiatría

Santiago de Compostela

felipenavarro@umh.es

Sep. 24-23

OCTUBRE 2007

Simposio SLAMS en el XI Congreso Brasileño de
Sexualidad Humana

Recife, Pernambuco. Brasil.

info@SLAMSnet.org

Oct. 15

XIX Congreso Mundial Psiquiatría Social

Praga, Czech R

www.wasp2007.cz

Oct. 21-24

IX ISAM 2007

Cairo, Egipto

www.epa-eg.org/cairo-isam2007

Oct. 22-25

NOVIEMBRE 2007

IX Jornadas Meropolitanas de Sexología y Educación
Sexual, Buenos Aires, Argentina

secretaria@sasharg.com.ar

www.sasharg.com.ar

XVII Symposium Internacional Sexualidad : El placer....

Caracas, Venezuela

rh2positivo@yahoo.com

Nov 23-25

Congreso Internacional Psiquiatría WPA Melbourne,

Austrália. Nov 28-dic 2

www.wpa2007melbourne.com

IX Congreso SLAMS Lima, Perú.

info@SLAMSnet.org

www.slams2007.org

Nov 29-30 Dic 01

DICIEMBRE 2007

Sexual Medicine Society of North America Annual
Meeting Chicago,

XIL The Westin Rivernorth

847-517-7225

sueo@wjweiser.com

Dic. 5-9

Sexual Medicine - AUA Subject-oriented Course

Washington, D.C. Ritz Carlton 800-908-9414

registration@auanet

Dic 13-16

FEBRERO 2008

6to Congreso del Hombre en Edad Avanzada

Tampa, Florida, USA

www.kenes.com/aging

Feb. 21-24

ABRIL 2008.

9º. Congreso de la EFS

Roma, Italia Chiara Simonelli

www.aimgroup.it/2008/efs

Abr. 13-17

Congreso Español de Sexología

León, España Antonio Casaubon

Abr. 20-25

MAYO 2008

Congreso Anual Asociación Psiquiátrica

Americana Washington DC USA

www.psych.org

May. 3-8

JUNIO 2008

VI Congreso Latinoamericano de Derecho Médico

Quito, Ecuador

majacome@punto.net.ec

Jun. 4-6

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

- Los trabajos deben ser inéditos
- Deben ser presentados por escrito según las siguientes características:
 - Usar un procesador de texto Microsoft Word para Windows.
 - con letra Arial tamaño 10.
 - Los párrafos deberán empezar con sangría.
 - Los trabajos no excederán las 10 (diez) páginas, a 1 y ½ (un espacio y medio) de interlineado.
- Deben incluir (en nota al pie de página, en no más de 4 líneas) el apellido y nombre de los autores, profesión, especialidad, cargo y lugar de trabajo, dirección, teléfono, fax y correo electrónico.
- Consignar:
 - Título en castellano e inglés.
 - Nombre y apellido del autor o autores.
 - Palabras claves y Resumen (castellano e inglés).
 - Introducción.
 - Material y metodología.
 - Resultados y Discusión.
 - Conclusiones.
 - Bibliografía.
- Citas Bibliográficas:
La bibliografía debe ser ordenada del siguiente modo:
 - Autor por orden alfabético
 - *Para Libros:* apellido del autor/es e iniciales; título del libro en cursiva, ciudad donde fue editado; editorial y año.

Ejemplo:

Kaplan, H.S. El Sentido del sexo. Barcelona. Grijalbo. 1979.

- Para capítulos de un libro:
Apellido del autor/es; autores o editores del libro citado; título del libro en cursiva; edición; ciudad donde se editó; año; volumen; terminar con la primera y última página del capítulo que se cita.
Ejemplo:
Loring, M.T.; Emotional Abuse; Lexington Books; New York; 1994; 45-49.
- *Para artículos de Revistas:*
Apellido del autor/es y sus iniciales; descripción total y literal del título entre comillas; nombre de la revista en cursiva; año; volumen; páginas inicial y final. Ejemplo:
Everaerd, W.; Laan, E.; “Desire for Passion”; *Journal of Sex & Marital Therapy*; 1995; Volume 21; N° 4; 224-240.
- Las tablas y gráficos se deberán realizar en Microsoft Word para Windows o Excel. Los dibujos, fotos, ilustraciones y diagramas en blanco y negro deberán entregarse grabados en archivos TIFF o BMT. Sólo se incluirán las ilustraciones imprescindibles para la comprensión del texto.
- El Comité Editorial seleccionará los artículos a publicar y no se hace responsable por el contenido de los trabajos presentados y se reserva el derecho de conservar los originales.
- Enviar los trabajos a CRISTINA TANIA FRIDMAN, COORDINADORA REVISTA DE SASH.

Comisión de Revista