



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Instituto de Psicología de la Salud**

Trabajo Final de Grado:

**ABORDAJES EN EL CAMPO DE LA SALUD  
SEXUAL EN LA PRIMERA INFANCIA**

**IDENTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS EN EL ÁMBITO EDUCATIVO  
EN URUGUAY**

**Presenta**

María José Gonçalvez

**Tutora**

Prof. Adj. Lic. Alejandra Arias

Ciudad de Montevideo, UY., 2017

## ÍNDICE

Glosario.....	4
Resumen.....	6
Introducción.....	7
Fundamentación.....	7
Objetivos.....	10
Preguntas guía.....	10
Marco Teórico.....	10
Infancia.....	10
Primera Infancia.....	11
Desarrollo cognitivo.....	12
Desarrollo psicosexual infantil.....	15
Salud.....	18
Salud sexual.....	20
Promoción de salud.....	22
Factores protectores de la salud.....	23
Modelo de atención integral.....	23
Enfoques transversales.....	23
Derechos Humanos y Desarrollo Humano.....	23
Enfoque de género.....	25
Determinantes sociales de la salud.....	27
Escuelas promotoras de la salud.....	28

Desarrollo.....	28
Consideraciones finales.....	37
Bibliografía.....	40
Anexo.....	50

## Glosario de siglas

ALAMES	Asociación Latinoamericana de Medicina Social
ANEP	Administración Nacional de Educación Pública
APS	Atención Primaria de Salud
CAIF	Centro de Atención a la Infancia y la Familia
CCEPI	Consejo Coordinador de la Educación en Primera Infancia
CDC	Consejo Directivo Central
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
CEBES	Centro de Estudios Brasileños en Salud
CEIP	Consejo de Educación Inicial y Primaria
CENSEX	Centro Nacional de Educación Sexual
CES	Comisión de Educación Sexual
IELSUR	Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay
IMM	Intendencia Municipal de Montevideo
INAU	Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay
INMujeres	Instituto Nacional de las Mujeres
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
JND	Junta Nacional de Drogas
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MEC	Ministerio de Educación y Cultura
MMH	Modelo Médico Hegemónico
MSP	Ministerio de Salud Pública

OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de Salud
PE	Planificación Educativa
PES	Programa de Educación Sexual
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SIDA	Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida
SIECUS	Consejo de Educación e Información sobre Sexualidad de los Estados Unidos (Por su sigla en Inglés)
UNASEV	Unidad Nacional de Seguridad Vial
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Por su sigla en inglés)
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas (Por su sigla en inglés)
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WAS	World Association for Sexology
ZDP	Zona de Desarrollo Próximo

## Resumen

El presente trabajo de carácter monográfico se realiza como Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República.

Se argumenta y analiza la importancia de trabajar desde un abordaje integral la salud sexual, desde la primera infancia, a través de una exhaustiva revisión bibliográfica. Posicionado desde un modelo salugénico y un modelo de atención integral, encontramos dentro del marco teórico conceptos claves como salud, salud sexual, infancia, primera infancia, desarrollo cognitivo, desarrollo psicosexual infantil, derechos humanos, desarrollo humano, calidad de vida, determinantes sociales de la salud, promoción de salud, factores protectores de la salud y escuelas promotoras de salud.

Tiene como insumo la realización de entrevistas a informantes calificados, que darán cuenta del abordaje dentro de las prácticas educativas.

La presente monografía asume como fin, dar a conocer el desarrollo de la temática en nuestro país, a través de una actitud crítica, desde un enfoque de derechos humanos y género.

**Palabras claves:** Salud sexual, primera infancia, modelo de atención integral

## Introducción

La presente monografía denominada “Abordajes en el campo de la salud sexual en la primera infancia: Identificación de prácticas en el ámbito educativo en Uruguay” es el resultado del Trabajo Final de Grado realizado en la Facultad de Psicología, con propósito de la obtención de la Licenciatura en Psicología.

El trabajo reúne y organiza la producción académica proveniente de diversas investigaciones, realizadas en Uruguay como a nivel internacional. Basándose en diversos autores de relevancia como Lewin, Saforcada, Weinstein, López, Bedregal y Pardo, Vigotsky, Freud, Piaget, Amorín, entre otros, se busca dar respuesta a las preguntas planteadas como guía: ¿de qué hablamos cuando hablamos de la salud sexual en la primera infancia?; ¿cuál es la relevancia de trabajar la salud sexual en la primera infancia?, y ¿qué lugar ocupa en la agenda educativa la salud sexual? Del mismo modo se realizan entrevistas a informantes calificados, con el propósito de enriquecer tales respuestas.

Es sabido que aún hoy en día nuestra sociedad encuentra dificultades para relacionar la salud sexual con la primera infancia. Al decir de López, A y Quesada, S (2002) “cuando hablamos de sexualidad nos referimos al conjunto de prácticas (sexuales) y a las significaciones imaginarias a ella asociadas” (p.14). Para tratar este tema, es preciso situarse en un contexto histórico y social explícito, debido que la forma de vivir la sexualidad y de darle significado, estará influenciada por los distintos espacios por los cuales el individuo transite. Es por ello que las instituciones que cumplen un rol socializador como la familia, la escuela, los sistemas de salud, los medios de comunicación, entre otros, adquieren un carácter de gran relevancia en la vida de las personas. Es ahí donde, desde la más temprana edad, el individuo aprende a vincularse con otros, aprende los valores, la moral, los mitos y tabúes relacionados con la sexualidad, además de la forma de vincularse con su propio cuerpo, con lo prohibido, con lo que es bueno y con lo que es malo (López, A y Quesada, S. 2002).

En el presente trabajo se reflexiona el abordaje de la temática en la actualidad en Uruguay. A partir de tal trabajo se considera que el desarrollo de la misma recién comienza a gestarse, por lo que se considera que es necesario seguir profundizado, para un abordaje integral.

## Fundamentación

Actualmente en nuestro país la educación sexual se encuentra en el *Programa de Educación Inicial y Primaria de la Administración Nacional de Educación Pública* (ANEP). En tal, se propone que las ideas directrices por las que se oriente la construcción del ciudadano

del siglo XXI, sean las de democracia social, es decir, los derechos humanos, la diversidad, la participación, el posicionamiento ético, el trabajo digno y la solidaridad; y las de integralidad correspondientes a la educación ambiental, la promoción de salud y la sexualidad (ANEP, 2008 p. 13). López, A y Quesada, S (2002) afirman que la sexualidad “se ubica en un cruce de caminos entre lo íntimo-personal y lo público-social” (p 15). Esto último cobra gran relevancia entonces no solo por el impacto que tiene en lo personal de cada individuo, sino también a nivel social, lo que deja en evidencia la importancia del abordaje.

Desde una perspectiva de Derechos Humanos, contemplando el valor que adquiere en el marco de un proceso de desarrollo humano sostenible, desde la ANEP (2008) se entiende de especial preeminencia capitalizar los compromisos asumidos por el país al ratificar la Convención de los Derechos del Niño (CDN), la Carta Universal de los Derechos Humanos, y la Convención contra toda forma de discriminación de la Mujer. Es así el ámbito educativo donde deben generarse los espacios para propiciar una formación integral, favoreciendo el crecimiento personal, la vida afectiva, emocional y familiar acorde a cada momento evolutivo por el cual se transite dentro de la institución escolar.

El desarrollo de la primera infancia es clave para el éxito de la sociedad. Es a esta edad donde se sientan las bases del desarrollo posterior. La actividad neuropsicológica y las funciones del cerebro que se realizan a esta edad son esenciales, y condicionarán las capacidades adultas. Sumado a esto, el intercambio que tenga el niño con su ambiente influenciará en gran medida al desarrollo (Bedregal y Pardo. 2004. p. 5). Por este motivo, se considera que es la primera infancia una edad clave para comenzar a incorporar cuestiones referidas al campo de la salud sexual.

La sexualidad es una parte constitutiva e inherente a todo ser humano. Desde el nacimiento, la vida se encuentra atravesada por todo lo concerniente a ello. Sin embargo, muchas veces se alude a la sexualidad vinculada explícitamente a lo genital y a lo reproductivo, con un mensaje destinado a la adolescencia, particularmente a las mujeres. Se deja entonces por fuera la primera infancia y es recién a partir de la adolescencia donde se comienza a hablar sobre sexualidad, aunque de una forma muy sesgada. La temática se aborda principalmente desde las infecciones de transmisión sexual (ITS), los métodos anticonceptivos, el embarazo adolescente, el aborto, entre otros, dejando en evidencia que, aún el posicionamiento que hay frente a la materia es desde un paradigma referido al modelo médico hegemónico (MMH) (Menéndez, 1985). Por otra parte, se continúa manejando una concepción del niño de carácter asexuado. Si bien es notorio en nuestro país que ha habido un esfuerzo de los especialistas en



la materia por querer correrse de este tipo de posicionamiento, profundizando en el campo, es inevitable cuestionarse si resulta suficiente.

El *Programa Prioritario de Atención a la Salud en la Niñez* (2006) señala que en el año 2006, más del 50% de la población infantil se encontraba bajo la línea de pobreza, por lo que la salud en la niñez, que constituye un derecho humano fundamental, se encontraba violentada.

En tal se plantea una línea de abordaje de la salud de carácter transversal, dentro de la cual se hace mención a la salud sexual. Dicho programa propone objetivos que tienen que ver con el seguimiento del crecimiento y el desarrollo del niño, así como el apoyo a las familias y la inserción de éstos a las instituciones. Se puede apreciar que se establecen objetivos que hacen a la salud sexual del niño, como por ejemplo el monitoreo a las prácticas y los vínculos madre/padre/familia, cerciorando que se construyan a partir de los derechos humanos. También se destaca el monitoreo de situaciones de riesgo que pueda estar viviendo el niño o la niña, tanto desde el plano psicológico, la violencia doméstica, el apego, los abusos sexuales, y las intervenciones pertinentes. Por otro lado desde dicho programa se promueve el autocuidado y el respeto por el cuerpo, aspectos que también hacen a la salud sexual de las personas. Sin embargo, se observa que la salud sexual no aparece definida como tal. Se puede plantear entonces que existe una carencia en el abordaje que merece esta temática.

En el abordaje de la materia se destaca además la importancia del trabajo intersectorial, como un aspecto fundamental para poder lograr los objetivos planteados. Respecto a esto, en Uruguay, durante el período de gobierno del 2010- 2015, se firmó un acuerdo intersectorial entre el Ministerio de Salud Pública (MSP); Ministerio de Educación y Cultura (MEC); Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), la Junta Nacional de Drogas (JND), la Unidad Nacional de Seguridad Vial (UNASEV), la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) buscando efectuar la Estrategia de Escuelas Promotoras de Salud (OPS- OMS, s/a).

Trabajar la salud sexual desde la primera infancia, desde una perspectiva de derechos humanos, contemplando al niño desde su desarrollo integral, favorece al crecimiento del niño dentro de la sociedad como un ser autónomo, capaz de vivir su sexualidad de la forma más plena y desde una mirada positiva. Por otra parte, se entiende que incorporar la salud sexual desde la primera infancia, desde un modelo salugénico, contribuye a la promoción de prácticas saludables.

## Objetivos

### Objetivo general

- Reflexionar sobre el abordaje de la salud sexual en la primera infancia

### Objetivos específicos

- Identificar el abordaje de la salud sexual en la primera infancia en el ámbito educativo
- Caracterizar el tipo de abordaje de la salud sexual en la primera infancia en la actualidad de Uruguay

## Preguntas

### Preguntas guías

- ¿De qué hablamos cuando hablamos de la salud sexual en la primera infancia?
- ¿Cuál es la relevancia de trabajar la salud sexual en la primera infancia?
- ¿Qué lugar ocupa en la agenda educativa la salud sexual?

## Marco teórico

### Infancia

La infancia es un concepto que se construye dado un momento socio-histórico-cultural, atravesado por diferentes matices. La concepción de infancia se sitúa a partir de la Edad Moderna o la Revolución Francesa, dependiendo del autor que sea consultado. Se da a través de un cambio de paradigma frente a ésta (Iglesias.1996).

Los autores Trisciuzzi y Cambi (Citado en Iglesias, 1996) afirman que hasta la modernidad la infancia resulta “casi siempre invisible”. Esa invisibilidad se da a partir de una concepción como hecho biológico, natural, y apartado del hecho social. Posiciona así frente a una infancia de seres “en formación para”, “como propiedad de”, y que propone al “niño como adulto pequeño”, completamente despojado de todo tipo de derechos.

Al decir de Leopold (2002) “si bien niños existieron desde el comienzo de los tiempos, no puede decirse lo mismo acerca de la infancia” (p. 17). Antes del siglo XVI no se admitía la

existencia autónoma de esa etapa como categoría diferenciada de la adultez. (Leopold, S. 2002) Sin embargo a partir de los siglos XVI y XVII, los postulados humanistas y moralistas comenzaron a darle un lugar diferente. Un hecho destacable es que en el siglo XVI, Copérnico plantea el modelo heliocéntrico, lo que hace que el hombre cambie su pensamiento sobre lo humano, derribando verdades que hasta el momento eran sagradas (Amorin, 2012). La obra de Rousseau “El Emilio” y “La nueva Eloísa” marcan un hito fundamental en la visualización de esta como un “proceso de crecimiento con particularidades y necesidades propias” (Leopold, 2002). Sin embargo, es a partir del siglo XX cuando se reconoce al niño como sujeto social de derechos. A raíz de numerosas investigaciones y aportaciones a la materia. Un hito fundamental fue la Asamblea General de las Naciones Unidas de 1989, donde se aprueba la CDN. (UNICEF, 2005).

Al decir de UNICEF (2005):

La infancia es la época en la que los niños y niñas tienen que estar en la escuela y en los lugares de recreo, crecer fuertes y seguros de sí mismos y recibir el amor y el estímulo de sus familias y de una comunidad amplia de adultos. Es una época valiosa en la que los niños y las niñas deben vivir sin miedo, seguros frente a la violencia, protegidos contra los malos tratos y la explotación. Como tal, la infancia significa mucho más que el tiempo que transcurre entre el nacimiento y la edad adulta. Se refiere al estado y la condición de la vida de un niño, a la calidad de esos años.

## **Primera Infancia**

Cuando se habla de primera infancia se hace referencia a un período del ciclo evolutivo de los seres humanos que comprende los primeros años de su vida. Al decir de la UNESCO (s/a) “la primera infancia se define como el periodo que va del nacimiento hasta los ocho años de edad. Etapa de extraordinario desarrollo del cerebro, esta fase sienta las bases del aprendizaje posterior” (p.1). Si bien no existe un consenso en las edades que abarca la primera infancia, por ejemplo, en nuestro país el Centro de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF) entiende que abarca entre los 0 y 3 años; en este trabajo se entenderá por primera infancia el período evolutivo correspondiente entre los 0 y 5 años de edad.

No obstante, se puede apreciar que sí existe consenso en reconocer a esta edad como un momento clave en el desarrollo, donde suceden hechos a nivel neurológico, psicológico, biológico y ambiental que sentarán las bases de la vida adulta.

### **Desarrollo cognitivo.**

La Psicología Evolutiva se abocó desde un primer momento al estudio exclusivo de la primera infancia y de la adolescencia, para pasar luego a concebir al ser humano como ser en continuo desarrollo. De esta forma, se comienza a visualizar la adultez y la vejez como momentos evolutivos tan importantes como la primera infancia y la adolescencia (Coll, C, Marchesi, A y Palacios, J. 2014).

Al hablar de primera infancia los conceptos de desarrollo y de crecimiento suenan con gran impacto. Y si bien muchas veces se hace referencia a estos como sinónimos, es necesario puntualizar en cada uno de ellos.

El crecimiento y el desarrollo del niño están condicionados por una multiplicidad de factores, tanto genéticos como ambientales, así como por las condiciones de la vida. Factores que inciden de forma positiva o negativa en el desarrollo y crecimiento (OPS-OMS, 1993). Al decir de Remplein (1997), el desarrollo es una “variación progresiva o irreversible de formas orgánicas en el tiempo. La variación va de un estado inicial A, a un estado final E, considerado como término” (p.3); y agrega que dentro de esta variación de A hasta E, se recorren varias etapas. Al ser el desarrollo un proceso invisible para la vista del hombre, se puede observar a través de las conductas, es decir, a través de “toda manifestación que se exterioriza” (Amorin, 2011. p. 13). El conjunto de conductas con un propósito específico es denominado comportamiento dentro de la Psicología Evolutiva. Este comportamiento es un significante, que tiene un significado (Amorin, 2011).

Siguiendo la Ley de Dollo se puede saber que el desarrollo es de carácter irreversible, dado que una vez que se llega a “formas altamente especializadas” no se puede volver a un punto anterior. El medio ambiente y la disposición hereditaria constituyen las leyes inmanentes del desarrollo. Ambas son fundamentales para que este se dé (Remplein, 1997).

Por otra parte, el crecimiento se define “como el proceso de incremento de la masa de un ser vivo, que se produce por el aumento del número de células o de la masa muscular” (OPS-OMS, 1993. p.4) Como se hizo referencia anteriormente, hay una variabilidad de factores que influyen y regulan el proceso de crecimiento. Se debe prestar atención tanto a los factores nutricionales, socioeconómicos, emocionales, genéticos, así como a los factores

neuroendocrinos, entre otros (OPS-OMS, 1993). Cabe destacar que para ciertos autores, tal es el caso de Gesell, al hablar de desarrollo no realiza distinción de crecimiento, debido que considera:

Innecesario e incluso indeseable establecer una distinción entre crecimiento y desarrollo (...) Propiamente hablando la palabra Crecimiento puede designar un aumento o mayor diferenciación de estructura y de función, pero un aumento de la diferenciación de estructura y función significan al mismo tiempo un cambio cualitativo. (Gesell, citado en Amorin, 2011. p.15)

Sin embargo, Remplein (1997) dice que el crecimiento designa un cambio cuantitativo del sujeto, mientras que el desarrollo designa un cambio cualitativo.

Desde el constructivismo J. Piaget (citado en Giménez, M y Mariscal, S, 2008) se aboca al estudio del desarrollo del conocimiento. Según el autor los factores que habilitan la adquisición del conocimiento son la maduración, la interacción con el mundo físico, la interacción social y la equilibración. Al hablar de maduración hace referencia a la herencia genética. Es a partir de esta que el niño comienza a realizar sus interacciones con el mundo físico y social. El autor señala que la interacción entre el sujeto y el medio produce una suerte de desequilibrio, y es el mecanismo de equilibración el que actuaría como un elemento de autorregulación para lograr la adaptación al medio. Los mecanismos del desarrollo son los que Piaget denominó como invariantes estructurales e invariantes funcionales. Las invariantes estructurales son aquellas características de nuestro organismo, como los sentidos. Las invariantes funcionales son aquellas que llevan a cabo la construcción del conocimiento. Dentro de estos se encuentra la asimilación y la acomodación, conceptos claves de la teoría Piagetiana.

La asimilación es el proceso por el cual el individuo incorpora los elementos del ambiente a su organismo, mientras que la acomodación es el proceso por el cual el sujeto acomoda su funcionamiento a lo que está tratando de asimilar. Estos dos procesos son indispensables en la adaptación al medio. El proceso de adaptación se da una vez que un intercambio entre el organismo y el ambiente surte el efecto de modificar el organismo, de forma tal que incrementa los futuros intercambios que se darán en él (Flavell, J, 1987).

Jean Piaget (s/a, citado en Giménez, M y Mariscal, S, 2008 ) concibe el desarrollo cognitivo como un suceso entrelazado de diferentes características, a los cuales denominó estadios o períodos, que van a estar caracterizados por un tipo de esquema. El esquema es la forma en que está organizado el conocimiento, el cual varía a lo largo del desarrollo. Al decir de Piaget (s/a, citado en Giménez, M y Mariscal, S, 2008), el recién nacido cuenta únicamente con un

esquema de reflejos. El autor describe tres tipos de períodos diferentes, el período sensorio-motor, que corresponde desde el nacimiento hasta los 2 años aproximadamente. El período pre operatorio (2 a 5-6 años), dentro del cual se encuentra el pensamiento preconceptual y el pensamiento intuitivo o de las operaciones concretas; y por último el período de las operaciones formales (desde la adolescencia en adelante). Todos los sujetos han de pasar por los tres períodos anteriormente mencionados. Si bien es necesario aclarar que la edad cronológica es una aproximación y cada sujeto tendrá sus propios tiempos.

Dentro del estadio sensoriomotor, Piaget (1930, citado en Bruner, 1966) va a distinguir seis subestadios. Este primer estadio tiene la característica de ser un estadio egocéntrico, como lo denominó el autor, denominado así por la incapacidad del infante de reconocer entre lo interno y lo externo a él. Este estadio es donde se afianzan al decir de Amorin (2012) “las bases de nuestros futuros desarrollos cognitivo-intelectuales, de la mano de construcciones solidarias como ser el objeto permanente, el sujeto epistémico, relación medios-fines, relación causa-efecto, la causalidad, el tiempo, el pensamiento, etc.” (p.147).

El estadio preoperatorio está caracterizado principalmente por la aparición de las representaciones mentales. Este estadio es la preparación al estadio que le precede de la estructura operatoria del pensamiento. Piaget (s/a, citado en Amorín, 2012) divide dos etapas dentro del estadio preoperatorio, la etapa del pensamiento pre conceptual y la del pensamiento intuitivo. En el primero de éstos, uno de los hechos más significativos es la adquisición de la capacidad de simbolizar, gracias a la función semiótica, lo que permite que aparezca la imitación diferida, el juego simbólico, el dibujo, la representación mental, y el lenguaje. Este tipo de imitación diferida, se diferencia de la imitación que aparece dentro del estadio sensorio-motor, porque el niño pasa ahora a imitar a un modelo en ausencia del mismo. Mientras que el pensamiento intuitivo está caracterizado por un egocentrismo intelectual, es decir que aún no está de forma totalmente distinguida lo interno de lo externo. Si bien sí existe una distinción, aún es confusa.

El estadio de las operaciones concretas está caracterizado por las acciones ya interiorizadas, que pueden ser reversibles. Las estructuras están organizadas en “agrupamientos” entre diversos rasgos que podemos visualizar (Amorin, 2012).

Por otro lado, otro de los autores pilares que profundiza en el desarrollo cognitivo es Vygotski (s/a citado en Giménez, M y Mariscal, A, 2008), quien a diferencia de Piaget pone el acento de los procesos psicológicos superiores desde lo socio-histórico-cultural, viendo el

desarrollo humano a partir de su contexto. Al contrario de Piaget, podría considerarse que el punto de vista era más del tipo individualista.

Los conceptos clave entorno a la teoría de Vygotski (1931) son el de función psíquica superior, desarrollo cultural de la conducta y el de dominio de los propios procesos del comportamiento. Para el autor las funciones psíquicas superiores no pueden entenderse si no es a partir del desarrollo cultural de las conductas, y afirma que “la cultura origina formas especiales de conducta, modifica la actividad de las funciones psíquicas, edifica nuevos niveles en el sistema del comportamiento humano en desarrollo” (p. 34). La base de la teoría de Vygotsky (1931), radica en que somos seres sociales, siendo a partir de las interacciones humanas, es decir, de las relaciones sociales, que se originan las conductas. De este modo, explica que es fuera de la mente humana donde se encuentra el inicio del proceso de los mecanismos íntimos de esta.

En relación con el desarrollo y el aprendizaje, Vygotski se diferencia sustancialmente de Piaget. El autor plantea que la teoría de Piaget tiene tres aspectos erróneos, ante los cuales contrapone, considerando en primera medida que los conceptos no son “asimilados ni aprendidos por el niño”, sino que son aislados al aprendizaje. En segundo lugar, al hablar de desarrollo se hace referencia a una forma única de la formación de los conceptos, tanto los que son de carácter científico como los de carácter cotidiano. Y por último, el autor planea que los dos aspectos nombrados anteriormente no tienen por qué ser antagónicos sino, por el contrario, tener una relación positiva y compleja (Vygotski, L. s/a). Uno de los aportes más importantes de la teoría de Vygotski es el de una zona de desarrollo próximo (ZDP) (Giménez, M y Mariscal, A, 2008). Tal noción es definida como “la diferencia entre el nivel de dificultad de los problemas que el niño pueda afrontar de manera independiente y el de los que pudiera resolver con ayuda de los adultos” (Vigotsky, 1978. Citado en Cole, M, Griffin, P, & Newman, D, 1989. p. 78). La ZDP es primordial para el aprendizaje. Es a través de un otro que se desencadenará el proceso evolutivo, que se configurará luego como un aspecto interiorizado, pasando a ser independiente del niño (Giménez, M y Mariscal, A, 2008). De esta forma el autor deja en evidencia el carácter social del desarrollo cognitivo.

### **Desarrollo psicosexual infantil.**

El desarrollo psicosexual infantil es ampliamente estudiado desde el psicoanálisis de la mano de S. Freud. El autor plantea que los problemas de raíces inconscientes que veía en sus

pacientes estaban ligados muchas veces con conflictos sexuales originados en la infancia. A partir de la teoría psicoanalítica, Freud le da al infante la posibilidad de concebirlo de forma sexuada, lleno de instintos, pulsiones que buscan satisfacerse, entendiendo la sexualidad más allá de lo meramente genital (Coll, C, Morales, A y Palacios, J, 2014).

En *Tres ensayos de Teoría Sexual* Freud (1905) plantea que es parte de la opinión popular afirmar que la pulsión sexual comienza a partir de la pubertad, estando ausente durante la infancia. Sin embargo el autor afirma más adelante que la “pulsión sexual en la infancia posee el carácter de ley” (p.157). Dentro de las propiedades que posee la sexualidad infantil, el autor describe la amnesia, que sucede a la mayoría de las personas, sobre los primeros años de su infancia. Esta amnesia viene sucedida por las experiencias que dejan profundas huellas en la vida anímica, dadas por la represión, las cuales son determinantes para el desarrollo posterior del sujeto. Otra de las características que describe el autor, acerca de la sexualidad infantil, es que las pulsiones son parciales, es decir que cada una se satisface independientemente de la otra y que son de carácter pre-genital, dado que su fin no es en relación al coito (Amorin, 2012). El ello establece la “sede psíquica” de estas pulsiones. En la primera infancia aparece un mediador entre los deseos y la realidad, el yo, por el cual se canalizan estos deseos de una forma socialmente aceptable (Coll, C, Morales, A y Palacios, J, 2014).

Freud (1905) describe las exteriorizaciones de la sexualidad infantil en primer medida a partir del chupeteo que se da en el lactante, lo cual consiste en un contacto de succión con la boca, de carácter rítmico, que no tiene por objetivo la nutrición. El chupeteo, al igual que todas las manifestaciones sexuales infantiles, posee la característica de ser autoerótica, es decir que la pulsión se satisface en el propio cuerpo. Los labios fueron al decir de Freud la primera zona erógena del cuerpo a la cual se asocia con la satisfacción de la necesidad de alimentarse. Freud (1905) nos va a decir que el “quehacer sexual se apuntala (anlehn) primero en una de las funciones, que sirve a la conservación de la vida, y sólo más tarde se independiza de ella” (p.165)

Las zonas erógenas son aquellas zonas del cuerpo que provocan una sensación placentera. Al decir de Freud (1905), existen zonas en el cuerpo que ya están predestinadas como zona erógena, sin embargo cualquier parte del cuerpo puede funcionar como tal. La meta de la pulsión se basa en poder satisfacerla por medio de la correcta estimulación.

Al igual que la zona de los labios, la zona anal “proporciona un apuntalamiento de la sexualidad en otras funciones corporales” (Freud, S. p.168). Freud (1905) nos va a decir que



las heces son para el niño parte de él, significando un primer “regalo”. Por esta razón, luego pasa a ser una de las teorías sexuales infantiles de cómo nacen los niños.

La activación de las zonas genitales, que Freud (1905) denomina partes sexuales reales se da a través de la micción tanto en niñas como niños, siendo el comienzo de la posterior vida sexual de adulto. En el entorno de los 3-6 años de edad, comienza lo que se ha denominado como fase fálica, dentro del psicoanálisis. Aquí el placer se encuentra a raíz de la manipulación de los genitales. Esta teoría fue formulada a fines del siglo XIX y principios del siglo XX, desde una mirada falocéntrica, en el marco de una cultura machista, hasta que surge la necesidad de pensar el desarrollo afectivo-sexual en la niña con mayor profundidad. Desde el feminismo se problematiza en dicho sesgo incorporando en la teoría un enfoque de género (Amorín, D. 2012). Al decir de Amorin (2012):

La derivada que produce la existencia de diferencias sexuales anatómicas entre seres humanos, es una privilegiada muestra de la complejidad existente entre lo bio-psico-ambiental. Tenemos (somos) un cuerpo que posee innegables diferencias anatómicas según pertenezca a un sexo o a otro, y esto genera aspectos psíquicos y culturales de enorme importancia y trascendencia. Desde la original diferencia morfológica genital se produce una significativa diferencia entre la construcción de los aparatos psíquicos respectivo a cada sexo y en la producción de una subjetividad adscriptas o estructuraciones de género, que se ve reforzada por atravesamientos socio-culturales (p.112)

La fase fálica se da acompañada por el hecho de que el niño y la niña se encuentran en una edad donde comienza a distinguir entre las diferencias anatómicas, siendo así que la fase se organiza en torno al tener o no tener (Amorín, D. 2012).

Freud (1905) nos va a decir que en el entorno de los 3 a los 5 años comienza la investigación del niño acerca de la sexualidad, de la mano del enigma de ¿de dónde vienen los niños? Surge aquí el complejo de castración y la envidia del pene, siendo diferente para el niño y la niña. La primera de estas se refiere al supuesto de los niños de creer que todas las personas poseen pene, enfrentándose con la realidad bajo el supuesto que se perdió por castración, teniendo que abandonar tal suposición tras luchas internas que llegan a lo que Freud denominó como complejo de castración. Por otro lado Freud nos va a decir que en la niña se da de igual modo tal suposiciones, pero a diferencia del varón reconoce tal falta, lo que da lugar a la envidia del pene (Freud, 1905). La niña cambia de objeto de amor, de la madre hacia el padre. Des-invieste parcialmente a la madre, quien está castrada, y tampoco supo

proveer a ella de un pene. En la niña es a través del complejo de castración que da lugar al complejo de Edipo. El complejo de Edipo se da a través de la elección de objeto, es decir, hacia la elección de uno de los padres y la rivalidad hacia el otro. Esta triangulación está en todo vínculo de la madre con el bebé, siendo el tercero quién realiza una función de corte, prohibición y separación, constituyendo esta estructura triangular estructurante en el complejo de Edipo (Amorín, D. 2012).

El período de latencia es descrito como el período en el cual entra el niño, donde la sexualidad queda sublimada y esta energía es canalizada hacia el aprendizaje. La instauración del superyó, propicia a que el yo inicie mecanismos de defensas. Tendrá el propósito de originar una conciencia moral y el ideal del yo. En esta etapa las pulsiones que buscan ser satisfechas, provocan una formación reactiva, y los diques, como el asco, la vergüenza, etc. (Freud, 1905).

## **Salud**

Sabido es que el concepto de salud ha sido a lo largo de los años víctima de grandes críticas y modificaciones. La complejidad de poder encontrar una definición que abarque en su más amplio aspecto todo lo referido a salud lleva a la formulación de constructos, que tienen que ver con la subjetividad de quien lo realiza en un momento socio-histórico-cultural dado (Caballero, S. 2007). Cabe tener en cuenta que la salud abarca aspectos que sobrepasan lo meramente biológico y, para aproximarse a un concepto que dé cuenta de su complejidad, como primer medida debemos apartarnos del MMH, considerando la variedad de disciplinas que convergen en dicha materia (Menéndez, 1985). Sobre este modelo vamos a encontrar que Menéndez (1985) lo caracteriza:

Por una serie de rasgos estructurales: biologicismo, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, pragmatismo, que tienden a excluir o limitar la incidencia y el reconocimiento de la importancia de los factores económico-políticos y socioculturales en la producción de los problemas de salud y enfermedad (p.6)

Encontramos diversos tipos de definiciones, aquellas consideradas absolutas, es decir, las que no tienen en cuenta la subjetividad y la singularidad de las personas, y las que se realizan desde un punto de vista socio-cultural que contempla justamente estos aspectos (Weinstein, 1978). Al realizar una revisión sobre la evolución del concepto salud, se aprecian distintas y

variadas definiciones, desde diferentes criterios generales y distintos enfoques disciplinarios de la salud.

Se adhiere al concepto definido por Weinstein (1978):

(...) vemos la salud como una posible meta colectiva, delineándose en la práctica social al consumo de la creciente preocupación por la calidad de la vida, el deterioro de la naturaleza, la deshumanización de las grandes ciudades, las crisis en la familia y la emergencia del movimiento liberador de la mujer y de los jóvenes (...) La salud es un valor universal, es una realidad que motiva a la mayoría, que puede contribuir a generar condiciones de unidad para favorecer los cambios sociales (...) (p.42)

Por otro lado también se tomará en cuenta el concepto de salud manifiesto en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) de Alma Ata de 1978. En dicha Declaración se ratifica que la salud es el:

Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros actores sociales y económicos, además de la salud (p.1)

Dicha declaración plantea la necesidad de apartarse de un modelo biomédico, para atender a las necesidades de las personas en el mundo desde otra perspectiva. A partir de la APS se plantea una estrategia por la cual reorientar y reorganizar los recursos de la salud.

Lo que se busca a través de la salud es fomentar a la calidad de vida de las personas. Al decir de Saforcada (s/a citado en De Ávila, N. s/a) el concepto de calidad de vida va a depender del modelo de concepciones y prácticas en salud desde el cual se tome. Desde el modelo Sanitarista se entiende por calidad de vida:

La generación y existencia de espacios intersubjetivos donde la solidaridad y la cooperación estén presentes, así como en la existencia de sistemas de significación – valoración que en la medida que dan soporte a la integración “del otro”, apuestan a diluir toda forma de segregación social. (De Ávila, N. s/a; p. 5)

Muchos autores utilizan indistintamente los conceptos de calidad de vida y bienestar subjetivo, debido que no existe una definición única de lo que es la calidad de vida y cada disciplina la define desde su propia perspectiva (Caqueo, A y Urzúa, A, 2012).

## Salud sexual

La salud sexual es una parte constitutiva en la vida de las personas, que al decir de López, A y Quesada, S (2002) “favorece el desarrollo pleno e integral de las comunidades y sus gentes” (p. 9). A partir de la década del 80 se instala en la opinión pública y en las decisiones políticas lo referido a salud sexual, de la mano primordialmente del VIH –SIDA (Correa, S. 2002), y es por primera vez en la Conferencia de 1994 de El Cairo, donde se integra lo que se entiende por Salud Sexual diciendo que ésta favorece “al mejoramiento de la vida y las relaciones personales, y no solo atención y cuidados referidos a la reproducción y las enfermedades sexualmente transmitidas” (López, A y Quesada, S. 2002).

La OPS-OMS (2000) define la salud sexual de la siguiente forma:

La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen. (p.12)

Como afirma la publicación de *Developing Sexual Health Programmes: A Conceptual Framework and Basis for Action* de la OMS (2007, citado en WAS, 2009), es necesario realizar un abordaje integral acerca de la salud sexual en la población, debido a que son diversos factores los que inciden en ellos, como el marco normativo, lo político, la religión, la economía y lo sociocultural, entre otros.

Según postula la OPS-OMS (2000), las características de una sociedad o de una persona “socialmente sana” se han definido a partir de ciertos comportamientos en particular. De esta forma el Consejo de Educación e Información sobre Sexualidad de los Estados Unidos (SIECUS), afirma que un adulto sexualmente sano es aquel que:

- Valora su propio cuerpo.
- Busca información sobre la reproducción según sea necesario.
- Afirma que el desarrollo del ser humano comprende el desarrollo sexual, el cual puede o no incluir la reproducción o la experiencia sexual genital.
- Interactúa con ambos géneros de una manera respetuosa y adecuada.
- Afirma su orientación sexual y respeta la orientación sexual de los demás.

- Expresa su amor e intimidad en forma apropiada.
- Establece y mantiene relaciones significativas.
- Evita toda relación basada en la explotación y la manipulación.
- Toma decisiones con conocimiento de causa respecto a opciones de familia y estilos de vida.
- Muestra destrezas que mejoran las relaciones personales.
- Se identifica y vive de acuerdo con sus propios valores.
- Es responsable de sus propios actos.
- Practica la toma de decisiones eficaz.
- Se comunica de manera eficaz con su familia, sus compañeros y su pareja.
- Disfruta y expresa su sexualidad durante el transcurso de su vida.
- Expresa su sexualidad de manera congruente con sus propios valores.
- Es capaz de reconocer los comportamientos sexuales que realzan la vida y los que son perjudiciales para sí mismo o para los demás.
- Expresa su sexualidad a la vez que respeta los derechos de los demás.
- Busca información nueva que le permita mejorar su sexualidad.
- Utiliza métodos anticonceptivos de manera eficaz a fin de evitar embarazos no deseados.
- Evita el abuso sexual.
- Busca atención prenatal oportuna.
- Evita contraer o transmitir infecciones de transmisión sexual, entre otras el VIH.
- Practica comportamientos que promueven la salud, tales como reconocimientos médicos regulares, autoexámenes de los testículos o de los senos, e identificación oportuna de posibles problemas.
- Muestra tolerancia hacia personas con diferentes valores y modos de vida sexuales;
- Ejerce sus responsabilidades democráticas a objeto de tener influencia en la legislación relativa a los asuntos sexuales.
- Evalúa la repercusión de los mensajes familiares, culturales, religiosos, de los medios de comunicación y de la sociedad en los pensamientos, sentimientos, valores y comportamientos personales relacionados con la sexualidad.
- Promueve los derechos de todas las personas a tener acceso a información fidedigna acerca de la sexualidad.
- Evita los comportamientos que conllevan prejuicio e intolerancia.
- Rechaza los estereotipos respecto de la sexualidad de las diversas poblaciones. (p. 12).

Por otro lado, indica que una sociedad “sexualmente sana” es aquella que asume un compromiso político desde el Estado, quien es responsable de garantizar y de promover la salud sexual. De igual forma, aquellas sociedades en que hay políticas explícitas que abordan la temática y desde lo legal se cuenta con un amparo que promueve los derechos sexuales. La educación es un factor y un ámbito clave para el trabajo de la educación sexual integral a lo largo de toda la vida. Por otro lado la capacitación a aquellos profesionales que trabajan todo lo referido a la salud sexual, las investigaciones, una vigilancia sobre los indicadores biomédicos y, una cultura que esté abierta a dicho tema, como a darle la jerarquía que le pertenece, es propio de una sociedad sexualmente sana según dice este Consejo.

Naciones Unidas (1994, citado en López, P y Ferrari, F. 2008) define que el objetivo de la salud sexual es “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales”. (p.120)

### **Promoción de salud**

Es en Ottawa, en 1986, donde se realiza por primera vez la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. La promoción de salud es una estrategia, que se define como “el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla” (Méndez, A, Ponzo, J y Rodríguez, M, 2008, Citado en Álvarez, C, Sosa, A, Vacarezza, M y Vignolo, J, . 2011. p. 13). Desde la Carta de Ottawa (1986) se hace mención a que el concepto tiene una connotación de carácter positivo. Se plantea la instauración de ambientes saludables para la persona, estableciendo estilos de vida saludables que faciliten la participación social (Álvarez, C. et al, 2011). La promoción de la salud pone el foco específicamente en la salud, y para esto se basa en los determinantes sociales de la salud.

Al decir de la Family Care International (2005, citado en WAS, 2009), promover la salud sexual, así como la salud reproductiva, está más que comprobado que incide de forma beneficiosa en la vida de las personas.

Desde la OPS-OMS (2000) se nos dice, en cuanto a las acciones y estrategias de promoción de salud sexual, que esta debe ser de carácter prioritario, porque contribuye a una salud integral, como al mejoramiento del bienestar y de calidad de vida de las personas.

Las decisiones que se tomen para la prevención en salud sexual, deben ser contempladas desde un enfoque amplio e integral.

## **Factores protectores de salud**

Al decir de Abello, R., Acosta, C., y Amar, J. (2003) los factores protectores de la salud son aquellas “actitudes, circunstancias y conductas individuales y colectivas que se van formando en un medio social y que incluyen salud, educación, vivienda, afecto y conductas sanas y saludables” (p. 114). En tanto, Garmezy y Rutter (1983, citado en Abello, R. et al. 2003) lo definen como “las cualidades, condiciones, situaciones y episodios que aparecen para alertar (e incluso revertir) las predicciones de efectos negativos y permitir a los individuos evitar estresores de vida” (p. 114). La importancia de estudiar los factores protectores en la primera infancia radica en poder determinar los factores personales y ambientales que influyen en el bienestar social de las personas y así potenciar estas características para un buen desarrollo saludable (Abello, R et al; 2003).

## **Modelo de atención integral**

El modelo de atención integral de la salud involucra al decir de López, A y Quesada, S (2002) reconocer la multidimensionalidad de las personas. Esto implica tener en cuenta que se considera a la persona en su dimensión psíquica, social y cultural. Agrega además “un modelo que toma en cuenta las diferencias de género, clase, edad y etnia, y que coloca a la persona en el centro, como protagonista de su propio cuidado, de su propia salud. Por tanto, un modelo que reconoce la salud como un derecho humano básico” (López, A y Quesada, S, 2002. p.10)

La UNESCO-ORLEAC (2001. Citado en Umayahara, M, s/a) se refiere a la atención integral a la primera infancia como “el conjunto de acciones coordinadas que pretenden satisfacer tanto las necesidades esenciales para preservar la vida como aquellas que tienen relación con su desarrollo integral y necesidades básicas de aprendizaje, en función de sus características, necesidades e intereses.

## **Enfoques transversales**

### **Derechos Humanos y Desarrollo Humano.**

En el año 1989 las Naciones Unidas aprobó la CDN, siendo esta decretada en nuestro país un año más tarde por la Ley N° 16.137, dando un paso muy importante en las políticas de infancia enfocadas desde los Derechos Humanos (Paternain, R. S/a). La importancia de dicha

Convención se da por concebir ahora al niño como sujeto de derechos, desde una mirada integral y como ciudadano “con derechos civiles, políticos, sociales, culturales y económicos” (Paternain, R. S/a. p. 32) al igual que todos los actores sociales, considerando las especiales características que hacen al desarrollo del niño. Se hace explícito en la Declaración Universal de los Derechos Humanos que la infancia tiene derecho a cuidados y asistencias especiales (UNICEF, 2009). Al decir de Etchebehere (2007, citado en Artía, A., Cambón, V., De León, D., Duarte, A., Etchebehere, G., Silva, F., y Silva, P. 2011):

La CDN establece un alejamiento de la idea del niño como incapaz, o carente, y pone énfasis en sus atributos, en lo que es como persona, en una etapa de desarrollo de progresiva autonomía (personal, social y jurídica). Se constituye así una base de igualdad jurídica, por la que el niño es titular de derechos y destinatario de normas jurídicas, pero desde una idea de sujeto de derecho especial, dotado de una protección complementaria que agrega nuevas garantías a las que corresponden a todas las personas (p. 28)

Dentro de la CDN (UNICEF, 2009) encontramos que los principios por los que ésta se regula son el de la concepción de niño como sujeto a la jurisdicción, siendo el Estado quien debe ser garante de la protección de los derechos. En la CDN se hace manifiesto el derecho a la vida y el desarrollo del niño. Por otro lado expresa que debe prevalecer el interés superior del niño y el Estado es quien debe garantizar la protección y el cuidado para su bienestar. El derecho a preservar la identidad, el derecho a la libre expresión de opinión, a ser escuchado y bien informado. La libertad de pensamiento, conciencia y religión. El derecho al más alto nivel posible de salud, así como el derecho a la educación (UNICEF, 2009).

Al reconocer la CDN (2009, citado en Bedregal, P. y Pardo, M., 2004) , al niño como una persona sujeta de derechos, atravesada por el desarrollo de sus capacidades, maduración y crecimiento, hace que hablemos de protección de los Derechos Humanos confluyendo a su misma vez Desarrollo Humano de forma ineludible . Cuando hablamos de velar por la libertad, la dignidad de las personas y el bienestar, el Desarrollo Humano y los Derechos Humanos trabajan bajo la misma mirada y los mismos propósitos para guardar por éstos. (PNUD, 2000)

El *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo* (PNUD) (1990), define el Desarrollo Humano como “un proceso mediante el cual se amplían las oportunidades de los individuos, las más importantes de las cuales son una vida prolongada y saludable, acceso a la educación y el disfrute de un nivel de vida decente” (p. 33 ). Si bien plantean que estas oportunidades pueden ser en un primer momento infinitas y cambiar con el tiempo, si no se poseen estas



oportunidades, otro tipo serán inaccesibles. La PNUD (1990) describe que el Desarrollo Humano posee dos aspectos, siendo uno de éstos la formación de capacidades humanas y la otra el uso que las personas hacen de esas capacidades. Si bien es importante medir el desarrollo desde el punto de vista económico, se hace énfasis en el desarrollo abarcando al ser humano desde una forma integral, siendo el objetivo básico “crear un ambiente propicio para que los seres humanos disfruten de una vida prolongada, saludable y creativa” (PNUD. 1990. p. 31)

### **Enfoque de género.**

Posicionarse a partir de un enfoque de género implica reconocer a la persona como un sujeto determinado, situado en una sociedad dada, en un momento histórico en particular, reconociendo que posee ciertas propiedades, roles asignados y una responsabilidad que influye en la diferencia a los accesos a los recursos, la toma de decisiones, las diferencias sociales, económicas y políticas. Scott (1988, Citado en Gúida y López. 2000.) se refiere al género como:

Un elemento constitutivo de las relaciones sociales fundadas sobre las diferencias percibidas entre los sexos; el género es un primer modo de dar significado a las relaciones de poder. (...) Como elemento constitutivo de las relaciones sociales fundadas sobre las diferencias percibidas, el género implica cuatro elementos:

1ª Los símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones simbólicas

2ª Los conceptos normativos que ponen en evidencia la interpretaciones de los símbolos, que se esfuerzan para limitar y contener sus posibilidades metafóricas

3ª La construcción a través del parentesco, la economía y la organización política

4ª La construcción de la identidad subjetiva (p. 54)

La sociedad asigna ciertas conductas esperables tanto para el hombre como para la mujer, por el hecho de haber nacido varón o mujer. Sin embargo lo biológico no es un factor que va a incidir tanto en nuestro carácter, como gustos, vestimenta, ni en las relaciones con los demás. Las características que asigna una sociedad son determinadas socioculturalmente y van a depender tanto de la cultura como del momento histórico (López, P, y Ferrari, F, 2008).

Por otro lado, Lamas (1999), nos va a decir que las feministas entienden el género como

el conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre los sexos, para simbolizar y construir socialmente lo que es “propio” de los hombres (lo masculino) y lo que es “propio” de las mujeres (lo femenino). (p.84)

Al decir de Bonder (1999), los análisis acerca del género se basan en explicar cómo se adquiere y actúa los roles e identidades de género. Agrega que aunque no se encuentre explícito, se parte de una identidad personal o un yo delimitado, que desde el proceso de socialización va a adquirir todo aquello que hace a las expectativas y mandatos culturales.

Desde la teoría de género, Bonder (1999) expone las principales líneas de debate, que dan cuenta de la complejidad del tema. Menciona la crítica al binarismo sexo/género. Por otro lado, otra línea de pensamiento, es aquella que cuestiona el hecho de que existan únicamente dos géneros, lo femenino y lo masculino. La crítica a la construcción de lo que es ser mujer relacionada al sustancialismo; el rechazo a visualizar a la mujer como “víctima”; cuestionar una visión teleológica acerca del género; no reducir el género a una cuestión de identidades y roles y utilizarlo como “análisis de todos los procesos y fenómenos sociales”; y por último el autor menciona como línea de debate la crítica a la noción de género, según los roles sexuales y la posibilidad de que exista un sujeto o identidad personal antes que el género.

Money y Stoller, a partir de la investigación del proceso de construcción de identidad con niños con trastornos en la definición de su sexo biológico, concluyen que la identidad de género se construye antes de los 3 años, antes de la diferenciación sexual.

Lamas (1999) nos va a decir en cuanto a la diferencia sexual que es necesario entenderla según la disciplina en la cual nos estemos basando, dado que no es lo mismo para el psicoanálisis, que lo entiende como aquello que implica lo “inconsciente”; la sociología que se dirige a la diferencia anatómica y los roles de género; o la biología, que tiene en cuenta aspectos como lo hormonal, lo genético, etc. Sin embargo la autora señala que no se puede entender la diferencia entre género y diferencia sexual sin entender el proceso de construcción de identidad, entendiendo que en la identidad de un sujeto, el género es un componente en una compleja interrelación con los demás sistemas de identificación. Y agrega que:

La superficie del cuerpo, esa envoltura del sujeto, es simbolizada en los dos ámbitos: psíquico y social. La representación inconsciente del cuerpo necesariamente pasa por el imaginario e incorpora elementos de lo simbólico. La representación social se arma a partir de lo simbólico y lo cultural. (p.89)

De este modo la autora nos va a decir que la diferencia sexual debe entenderse como subjetividad inconsciente, en tanto que el género se entiende como el origen social de las identidades subjetivas, sin tener en cuenta el papel del inconsciente, de lo cual forma parte la subjetividad y la sexualidad (Lamas, 1999).

Las características atribuidas tanto a varones como a mujeres se refuerzan y sostienen dentro de la familia, la escuela, los agentes de salud, entre otros, y los centros de educación inicial cumplen un rol fundamental.

Incorporar un enfoque de género en el campo de la sexualidad da lugar a problematizar las inequidades de género, que de la mano de otras inequidades, tales como la etnia, o la clase social, producen la imposibilidad de un agenciamiento, tanto a varones como mujeres, de los derechos sexuales y reproductivos (Gómez y Gúida, 2000).

### **Determinantes sociales de la salud**

Los determinantes sociales de la salud son aquellos factores que determinan una diferente estratificación social y posición social en los grupos humanos dependiendo del acceso y control que se tenga hacia los recursos. A estos factores la OMS los denominó como determinantes estructurantes, debido que condicionan a la cohesión/ exclusión social (ALAMES, 2008).

El modelo que toma la OMS se basa en indicadores tradicionales como el ingreso y la educación; los indicadores considerados innovadores que serían la sexualidad, el género y etnia (ALAMES, 2008); y los indicadores intermediarios que hacen referencia a las condiciones de vida, la disponibilidad de alimentos, vivienda, condiciones de trabajo, las condiciones psicosociales, el comportamiento y los factores biológicos, el sistema de salud y la atención sanitaria. Es decir lo factores que juegan un rol intermediario entre los determinantes estructurantes y los resultados en la salud (MSP, 2014).

Los determinantes sociales de la salud se plantean en América Latina por contraposición al reduccionismo, planteando una mirada de la realidad integral, “para devolver al fenómeno salud su carácter complejo y multidimensional” (ALAMES y CEBES, 2011, p. 2).

En el modelo de la OMS la sexualidad es considerada como un determinante estructurante, debido que funciona como un elemento de cohesión/ exclusión social, reconociendo que la misma determina “diferencias con respecto al tipo de riesgo para la salud” (ALAMES, 2008; p. 2)

## **Escuelas promotoras de salud**

Las escuelas promotoras de salud son aquellas que “poseen un ambiente sano donde se aprende de una manera saludable y solidaria con el medio” (Gavidia, V. 2001. p. 2). Están abocadas a mejorar la salud desde la prevención y promoción, estableciendo condiciones favorables para las futuras generaciones. Es en 1995, teniendo como base los lineamientos de la Carta de Ottawa de 1986 que la OMS inicia con las Escuelas promotoras de salud. (OMS-OPS, 2016). Los objetivos principales de las escuelas promotoras de salud son al decir de Gavidia (2001):

Contribuir al desarrollo de la salud de su alumnado y al de la comunidad en la que se ubica mediante la promoción de actitudes y conductas saludables y la colaboración en las medidas comunitarias que tiendan a conseguir una mejora en el ambiente y un cambio en la consideración social de ciertos comportamientos (p.513)

Las escuelas promotoras de salud reconocen su lugar dentro de la sociedad y trabajan para contribuir desde su lugar y con un trabajo en red junto a las familias y la comunidad el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos.

## **Desarrollo**

En el siguiente apartado se hará una reflexión sobre el abordaje integral de la salud sexual en la primera infancia. Se procurará cumplir con los objetivos planteados, de identificar el abordaje de la salud sexual, como la caracterización de éste en la actualidad. Se pretende problematizar y responder las preguntas que se plantearon como guías del presente trabajo, a partir de la articulación de dos entrevistas, realizadas a informantes calificados en el tema, con el sostén del marco teórico del apartado anterior.

### **¿De qué hablamos cuando hablamos de la salud sexual en la primera infancia?**

Situar la salud sexual en la primera infancia es una tarea más que complicada. Para esto se deberá abordar entonces varias aristas. Hablar del campo de la salud sexual nos posiciona frente a una temática compleja. Al decir de Lewin (1978), “la teoría del campo subraya la importancia del hecho de que todo acontecimiento es resultante de una multitud de factores”. La salud sexual no es la excepción. Se coincide con López (2013) en que el campo de la salud

sexual está atravesado por una multiplicidad de disciplinas, de teorías, de objetos de estudio, de diseños de investigación y de componentes que convergen desde lo socio-político, la ética y la ideología, para comenzar a plantearse asuntos relacionados con el cuerpo, la sexualidad y la salud.

Como se hace mención anteriormente, la primera infancia comprende un período en el cual es necesario distinguir los distintos momentos por los que atraviesa el sujeto, dado que si bien es un período corto, los cambios que se producen son a gran velocidad, tanto desde la estructura cognitiva, física o social, como del aparato psíquico. De este modo, es importante considerar que el abordaje que se haga del tema deberá partir de determinantes que promuevan los aspectos que hacen a la salud sexual de los sujetos.

Desde el punto de vista académico, se puede observar que es una temática que se encuentra desarrollada de manera incipiente. El principal abordaje que se da es relacionado con la educación sexual, haciendo a un lado lo concerniente a la salud. Esto sale a la luz en las entrevistas, donde se afirma el hecho de que el material que se encuentra es muy escaso, de que no existe consenso en los conceptos básicos con los cuales se trabaja, y tampoco en cómo abordarlo en la primera infancia (Anexo 1, Julio, 2017). Otro problema que se visualiza a raíz de las entrevistas es que el tema se aborda a partir de la problemática y no desde una perspectiva de derechos, de promoción de salud, desde el disfrute y desde el placer (Anexo 1, Julio, 2017). Por otro lado, se hace mención a que se habilita desde el discurso, pero se dificulta el hecho de poner el cuerpo (Anexo 2, Julio, 2017).

A partir de una exhaustiva revisión bibliográfica, y como se desprende de las entrevistas realizadas, se puede observar que en Uruguay existen abordajes y que se han realizado publicaciones. Tal es el caso del *Programa Nuestros Niños*, que es un plan de atención integral a la primera infancia de INAU y también el *Programa Primeros Pasos* (2008), de INMujeres. Por otra parte, existe una Guía Metodológica denominada *Material de Apoyo en Salud Sexual y Reproductiva con enfoque de género* (2002), que es un trabajo publicado por Gurises Unidos y CAIF. Además de *Compartiendo Experiencias* (2007), de CAIF, INAU, y UNDP, un libro que recoge la experiencia de integrantes de CAIF de todo el país desde un enfoque integral en la primera infancia; y *La sexualidad a flor de piel* (2003), *Niños y niñas creciendo en igualdad: concurso de propuestas didácticas* (1998), de la IMM y UNICEF, entre otros.

Referido a esto, una de las entrevistadas asegura que este “es un tema que está muy incipientemente incorporado o sea que, en realidad, no es parte de la política de la atención en

la primera infancia trabajar la igualdad de género y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos” (Anexo 1, Julio, 2017), y agrega:

(...) Hay experiencias que han sido aisladas, que no hay continuidad, que los profesionales que trabajan en esa área no tienen formación específica, que en realidad hay una disociación entre esto de que se piensa que los niños y las niñas no tienen sexualidad, entonces no es necesario trabajar con ellos la sexualidad (Anexo 1, Julio, 2017).

La creación del Instituto de Formación en Servicio en el área de Educación sexual, desde el año 2014, se encarga de la enseñanza a maestras. El presente tiene un alcance nacional. Conformado por profesionales con formación en educación sexual y en magisterio, se coordina para trabajar y pensar dispositivos para el abordaje del tema en el aula. Al decir de una de las entrevistadas “no es solamente tener conocimientos de educación sexual, sino en poder ayudar a las maestras a enseñar (...) Capaz que hay gente que sabe mucho de sexualidad pero no tiene idea del programa, por ejemplo” (Anexo 2, Julio, 2017). Es a destacar que es la primera vez en Uruguay que se realiza un programa con estas características, de forma presencial. Que al decir de la entrevistada, quien es la encargada de la coordinación, la evaluación del plan es “muy bueno”. Enfatiza el hecho de que posee “continuidad en el tiempo, con una oferta diversa (...), con cursos que son de profundización en diversidad sexual, con enseñanza del cuerpo sexuado [y el] trabajo con familia”. Sin embargo, por otro lado, reconoce que a nivel de producción escrita por parte de las maestras, no existe material que dé cuenta de lo hecho hasta el momento, y es una tarea pendiente que se encuentra dentro de los objetivos planteados (Anexo 2, Julio, 2017).

Es de reciente publicación la *Propuesta didáctica para el abordaje de la educación sexual en Educación Inicial y Primaria* (2017) de CEIP, UNFPA Y Gurises Unidos. Dicho material ha situado la temática en el ojo de la tormenta, siendo tema de debate a nivel político, religioso, así como en los medios de comunicación y en las familias. Parte de estas críticas radican en cuestionar el “potencial erótico”. No se puede dejar de lado ante este hecho, que se parte desde una mirada adulto-céntrica hacia la primera infancia, asignando connotaciones y significados propios del adulto, lo cual dificulta el abordaje y obstaculiza el vivir una sexualidad plena, a partir del goce y el disfrute. Por otro lado, una de las fuertes críticas va de la mano de la Iglesia, donde el Arzobispo de Montevideo, Cardenal Daniel Sturla (Iglesia Católica de Montevideo, 28 de Julio, 2017), se basa en el postulado de la Propuesta didáctica, que dice:

Es importante comunicar a las familias que la educación sexual es un derecho de los niños, niñas y adolescentes, por lo cual los padres, madres y/o referentes familiares no pueden permanecer indiferentes a dicho derecho, aún cuando no coincida con sus valores y creencias (p.36)

Argumentando que:

En el Estado democrático, este tiene que velar para que los padres cumplan su patria potestad, pero no puede ponerse en el lugar de los padres y darle a esos chicos una educación que no es la que su familia considera conveniente.

Y agrega que “esto es propio de los estados totalitarios pero no puede serlo de uno democrático”. Para tal argumentación se basa en el artículo 41 de la Constitución de la República, la cual dice que:

El cuidado y educación de los hijos para que éstos alcancen su plena capacidad corporal, intelectual y social, es un deber y un derecho de los padres. Quienes tengan a su cargo numerosa prole tienen derecho a auxilios compensatorios, siempre que los necesiten.

La salud es un Derecho Humano fundamental, inherente a toda persona. Así se expresa en la Declaración de los Derechos Humanos (1948, citado en UNESCO, 2008), precisamente en el artículo N° 25, donde se manifiesta que “toda persona tiene el derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar”. En consecuencia, la salud sexual también constituye un derecho humano fundamental, de todas las personas. El Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva está contemplado en Uruguay en la Ley N° 18.426, donde se hace explícito que el Estado debe garantizar a la población que se cumpla dicho derecho. No obstante, la CDN, plantea, como se mencionó anteriormente, al niño como sujeto de derechos, reconociendo que goza de todos los derechos como persona. La CDN, reconoce en su artículo N° 2 que:

Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole (...) (p.8)

Al respecto en el artículo N° 14, parte 3, se argumenta que:

La libertad de profesar la propia religión o las propias creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley que sean necesarias para

proteger la seguridad, el orden, la moral o la salud públicos o los derechos y libertades fundamentales de los demás.

Se desprende de la Constitución de la República (1967), en el artículo N° 72, que “la enumeración de derechos, deberes y garantías hecha por la Constitución no excluye los otros que son inherentes a la personalidad humana o se derivan de la forma republicana de gobierno”.

Se coincide plenamente con Vivas (2007), al considerar que la importancia de asumir un enfoque de derechos en dicho tema implica el reconocimiento pleno de la ciudadanía a niños y niñas, de carácter transversal. De lo expuesto anteriormente se desprende sin embargo que, si bien en Uruguay se entiende a la salud sexual como un derecho humano inalienable a toda la población, la primera infancia aún no se contempla como un tipo de población a la cual esos derechos le correspondan. Este hecho se visualiza en ambas entrevistas, donde se expresa por un lado que “la sexualidad se asocia que te empieza cuando empezás con las prácticas sexuales” (Anexo 2; Julio, 2017) y por otro, que la “sexualidad está circunscripta de la adolescencia en adelante, entonces la primera infancia está como negada, invisibilizada” (Anexo 1; Julio, 2017). La dificultad de visualizar la sexualidad en la niñez es una cuestión que aún sigue presente en la actualidad. Ya hacía mención a este hecho Freud en 1905, cuando decía que “forma parte de la opinión popular acerca de la pulsión sexual la afirmación de que ella falta en la infancia y solo despierta en el período de la vida llamado pubertad” (p.157). Cabe preguntarse si este tipo de posicionamiento tiene que ver con el imaginario, la representación mental en la cual aún se ve al niño en “formación para” y, cuestionar en formación para qué. Qué lugar ocupa la sexualidad en este asunto, donde el niño es visto como un sujeto inacabado, despojado de poseer sexualidad. Por otro lado, qué lugar ocupa hoy en día la religión en nuestra sociedad y el peso que tiene, en una cultura atravesada por la Iglesia Católica. Desde el lugar de las disciplinas, también se visualiza que se ha puesto el foco a partir de la adolescencia, dejando de lado la primera infancia.

Se coincide con Bedregal y Pardo (2004), quienes siguiendo la CDN plantean que el lugar que ocupan las familias en el desarrollo, crianza y cuidado de los niños, habilita a plantear estrategias colectivas. Muchas veces se cuestiona quién es el responsable de educar, si es la familia o si es la escuela. Este hecho impacta profundamente en la práctica de los docentes y educadores en el aula. Así se puede ver en unas de las entrevistas realizadas, donde se menciona que el trabajo que se hace con las familias en primera infancia acerca de la salud sexual es muy poco. Si bien se plantea el hecho de que existe “mucho vínculo” con las familias,



reconociendo, que “es una etapa de la vida donde la familia participa mucho más que en otra etapa de la vida, porque son muy pequeños” (Anexo 1, Julio, 2017). Se hace énfasis además, que el centro educativo de inicial tiene mayores posibilidades de enfocar el trabajo con las familias que una escuela o liceo; y se manifiesta el malestar de que “en realidad hay mucho miedo con las familias” (Anexo 2, Julio, 2017), a pesar de reconocer que “hay mucho vínculo y la familia está muy metida en el aula” (Anexo 2, Julio, 2017).

En cuanto a la Propuesta didáctica (2017), surge una nueva propuesta por parte de la Iglesia Católica, como de “un grupo de padres, nucleados en grupo Red de padres responsables” (Padres presentarán propuesta alternativa de educación sexual, 3 de Agosto de 2017, El Observador), y surge a partir de esto, el cuestionarse qué pasaría si todos estos actores trabajaran en conjunto para potenciarse, a partir de sus puntos de encuentros y desencuentros.

Se entiende que es una temática que atraviesa a lo subjetivo de cada persona. Sin embargo, esta postura, donde no se habilita a un trabajo cooperativo, socava al desarrollo integral del niño. No se puede formar ciudadanos, ni una sociedad que viva una sexualidad plena en la medida que no se contemple el valor y la importancia de abordar la salud sexual de forma conjunta e integral en un tipo de población que posee características por demás que justificables para hacer foco en su abordaje.

### **¿Cuál es la relevancia de trabajar la salud sexual en la primera infancia?**

Como sugiere el marco teórico, el crecimiento y el desarrollo del niño están condicionados por múltiples factores que, dependiendo de las condiciones en las que viva el niño, van a potenciarlo o no. Se cree que el poder trabajar la salud sexual en la primera infancia contribuye de forma positiva a un mejor desarrollo y crecimiento. Tomando los postulados de Vigotsky (1931) que se vieron anteriormente, es de destacar que la “cultura origina formas especiales de conducta”. Se sabe, por lo ya expuesto, que la sexualidad atraviesa a las personas de forma transversalmente a lo largo de toda la vida, no siendo la excepción la primera infancia. Se cree que uno de los motivos principales que hacen a la relevancia de trabajar la salud sexual en la primera infancia, es el hecho de considerar esta etapa evolutiva como un momento clave a nivel tanto individual como social, donde, como se mencionó anteriormente, se originan las formas de conductas.

Por otro lado, se considera que trabajar la salud sexual en la primera infancia, contribuye a la formación de ciudadanos capaces de vivir una sexualidad plena y libre, explorándola en su más amplio sentido. Un aspecto relevante es la autonomía de los sujetos. Se coincide plenamente con Habe Chokler (s/a) en que hablar de autonomía en primera infancia implica reconocer al niño como “sujeto de acción”, en un ida y vuelta con el medio.

Desde los determinantes sociales de la salud, se hace inferencia que la salud sexual está contemplada como uno de ellos. A nivel de desarrollo del país, parece fundamental la relevancia de abordar la salud sexual desde la primera infancia, dado que contribuye a un mejor desarrollo desde varios puntos de vista, tanto a nivel económico, como a la salud, educación, cultural, social.

Se considera de especial relevancia el abordaje de la salud sexual para propiciar a la calidad de vida de los ciudadanos.

Lo que corresponde al *Programa Prioritario de Salud en la Niñez* del MSP, se visualizó que la salud sexual se contempla como un eje a trabajar. Se concibe que existe un doble discurso desde lo teórico y lo práctico. Es necesario tomar en cuenta que el plan se basa en un modelo de atención integral, en el que se sitúa al niño como protagonista y en el que se hace énfasis en un abordaje transversal. Por otra parte, aún cuesta bajar esto a la práctica. Así, pareciera que se acerca más a un modelo de atención sanitario del tipo biologicista, donde se contempla la natalidad, la mortalidad, la nutrición y en el que se deja de lado aspectos como la salud sexual, fundamental para un desarrollo saludable.

Este trabajo sugiere el abordaje de la salud sexual desde un enfoque integral y de género en la primera infancia. Como se hizo mención acerca de los aspectos que hacen a una persona adulta “sexualmente sana” en OPS-OMS (2000), se intentará una aproximación que dé cuenta de estos aspectos llevados a la primera infancia. Cabe destacar que un adecuado abordaje del tema implica posicionar al niño en el centro, a partir de un modelo de atención integral, donde la familia, los centros educativos, los agentes de salud, adquieran un papel protagónico. Por tal motivo, se considera que hablar de salud sexual en la primera infancia, implica educar a los niños para que valoren su propio cuerpo, así como el cuerpo del otro. La importancia de interactuar con ambos géneros de una manera respetuosa y adecuada, a base de la igualdad de géneros, sin la sobrevaloración de uno sobre el otro, también es un aspecto que contribuye a dicho tema.

En cuanto a dialogar sobre la temática con los niños y niñas, se considera que habilita a las expresiones de amor e intimidad de forma apropiada. Asimismo, establecer y mantener

relaciones significativas, como establecer vínculos que no estén basados en la explotación y manipulación, coopera en tal cuestión.

Por otro lado, se considera necesario educar en valores y promover la identificación con éstos, así como expresar la sexualidad de forma coherente con ellos. Hablar de salud sexual en la primera infancia implica educar a niños responsables de sus propios actos. Se estimula una comunicación clara, abierta y directa, tanto con su familia como con su entorno. El abordaje del tema promueve el disfrute y las expresiones libres de la sexualidad, así como el respeto por el derecho de los demás. De igual forma, educar para reconocer los comportamientos sexualmente sanos y los que perjudican la salud, tanto como hablar de salud sexual en primera infancia, implica promover hábitos de tolerancia hacia el otro. Para la formación de niños que vivan una sexualidad plena, es importante asumir la responsabilidad que atañe como adultos, dado que es a través de un mayor referente que se van a establecer los modelos identificatorios, los vínculos, y demás, que promoverán o no el goce del ejercicio de una sexualidad plena en esa etapa.

### **¿Qué lugar ocupa en la agenda educativa la salud sexual en primera infancia?**

La escuela adquiere un lugar central para trabajar todo aquello referido a la salud sexual. Se entiende la educación como:

El lugar de relación, del encuentro con el otro (...) Se hace urgente pensar (y vivir) la educación desde las propias palabras de “experiencia” y “alteridad” (...) plantearla como un encuentro, sin convertir al otro en objeto de nuestra programación, pero a la vez, asumiendo la responsabilidad, el deseo educativo de ese encuentro, esto es, la aspiración, la apertura que este sea formativo, una experiencia nueva de ser y de saber. (Contreras, J, 2009, p. 9)

Como se contempla a lo largo del trabajo, se considera que la escuela es un lugar clave para trabajar este tipo de contenidos. Se coincide con uno de los informantes calificados (Anexo 1, Julio de 2017), que la educación formal y no formal adquiere un lugar importante para plantear estos asuntos al tener mayor alcance en la población, dado que ha bajado la edad de escolarización.

Como se vio con anterioridad, el Programa de Educación Inicial y Primaria de ANEP, contempla la educación sexual como un eje a trabajar, sin hacerse explícito la salud sexual. Igualmente no se observa que se realice un abordaje transversal del tema.

Se coincide con una de las entrevistadas (informante calificado 1, Julio de 2017), quien plantea en cuanto al abordaje de las escuelas que:

Es bien importante que sea algo que se pueda incorporar de forma permanente, en todo el accionar cotidiano del centro educativo, donde estas cosas se transmiten desde cómo son los baños, desde qué color es la túnica, desde a qué tipo de juego juegan los gurises. Que si bien hay experiencias interesantes, no quiere decir que no se haya hecho cosas que se consideren un avance, pero no es una cuestión sistemática y sostenida, sino que es más al impulso de determinados actores (Anexo 1).

Se está de acuerdo en el hecho que la salud sexual, debe ser algo que se contemple a nivel del centro educativo en general, propuesto como una línea de trabajo central, que no quede vinculado únicamente al abordaje del maestro en el aula. Atendiendo a estas consideraciones, resulta válido lo que plantea una de las entrevistadas, quien nos dice que el lugar que se da desde las escuelas es “el mismo lugar que las políticas educativas le están dando” (Anexo 2, Julio de 2017), en efecto, considera que las supervisiones vienen dadas desde el abordaje a Lenguas y Matemáticas, y al ser la salud sexual un aspecto transversal, queda invisibilizada (Anexo 2, Julio 2017).

Siguiendo la línea de las escuelas promotoras de salud, se considera que este modelo habilita a trabajar de forma transversal e integradora dicha temática. Pero en Uruguay, estos tipos de abordajes recién comienzan a gestarse de forma muy lenta y progresiva. Así nos asegura una de las entrevistadas, quien nos dice que:

Desde el lugar de la prevención de salud hay esfuerzos, hay campañas, hay algún material que se ha creado. Y hay capacitaciones que se han hecho. (...) Como el problema está tan arraigado y cambiar la cultura y que los educadores adquieran herramientas, que es un proceso más a largo plazo, esas iniciativas que se hacen en una campaña, un material, una capacitación, ayudan sin duda, pero no logran revertir el proceso ya instalado de cómo éstos técnicas trabajan cotidianamente. No es que hay un programa que se dedica a promover estas cosas, a supervisarlas, a tener diálogos con los equipos. (Anexo 1, Julio, 2017)

En este sentido, sale a la luz en otra de las entrevistas, el hecho que la sexualidad no se visualiza como un componente que tenga que ver con salud de las personas lo que lleva que desde el nivel programático en la educación no se contemple como un hecho fundamental a trabajar, y a que no se realicen inspecciones donde este sea un aspecto importante. Es decir

que la escuela no lo aborda desde una mirada integral (Anexo 1 y 2). Ante la pregunta de si cree relevante trabajar la salud sexual en primera infancia, se hace inferencia en que, aún no se sabe abordar de forma clara lo concerniente a educación sexual, aún menos lo que corresponde a la salud (Anexo 2, Julio de 2017). Eso lleva a que el abordaje del tema de forma intencionada, quede librado a la postura de cada maestro. Cabe cuestionarse de qué forma repercute entonces el hecho de dejar invisibilizado este aspecto, tanto en los sujetos como en la sociedad

Como se ha visto previamente, trabajar la salud sexual implica considerar una variedad de disciplinas, que convergen cada una desde su especificidad, para potenciar un mejor abordaje. De este modo, parece fundamental divisar el trabajo interinstitucional que se hace en dicho tema. Desde las entrevistas realizadas se puede inferir que la aproximación que se hace a nivel inter-institucional es escasa. Si bien existen, estos quedan en planteamientos puntuales, sin una continuidad en el tiempo. Lo que hace que el trabajo se desdibuje. Así se sugiere por parte de una de las entrevistadas el hecho que:

A nivel inter-institucional hoy por hoy hay esfuerzos de trabajo en conjunto. Creo que el instituto Nacional de las Mujeres tiene un lugar a jugar como organismo rector de las políticas de género (...) Yo creo que hay un espíritu de articular y trabajar conjuntamente desde los distintos organismos del Estado que están involucrados donde la salud es un actor central, la educación es un actor central y el INMujeres como organismo rector. Creo que muchas veces hay una instancia entre la definición de la política pública y su ejecución concreta y como en los distintos espacios de trabajo, así sea en las escuelas, en una comunidad, en un barrio, en un centro educativo, en un CAIF, como de alguna manera esas decisiones que se toman llegan con herramientas concretas a los lugares en donde los gurises en definitiva van (...) Y también me parece que se activa la articulación inter-institucional cuando surgen problemas nuevamente (Anexo 1, Julio, 2017)

Se considera de gran relevancia el trabajo a nivel interinstitucional, donde se esté abordando el tema desde cada una de las disciplinas que hacen al ser humano.

### **Consideraciones finales**

Teniendo en cuenta que el trabajo se basa desde una perspectiva de salud positiva, se plantean algunas consideraciones en relación a esto, que argumentan porqué es importante

atender el tema desde la salud. De este modo, contemplar la salud sexual como un determinante social, ubica la temática en cierto nivel de jerarquía.

El presente estudio da cuenta de la importancia de abordar la salud sexual desde la primera infancia. Se deja en evidencia que abordar el tema desde la más temprana edad, contribuye a formar sujetos capaces de vivir una sexualidad plena, lo que implica mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas y la sociedad.

Poner el foco desde una perspectiva de derechos humanos y de género, habilita el hecho de cuestionarnos el abordaje que existe en la actualidad y los modelos que nos encontramos reproduciendo hoy en día. De este modo, el lugar que se le da desde el Programa de MSP, resulta escueto.

En términos generales, se considera que se cumplen con los objetivos planteados. Se hace inferencia, que el abordaje de la salud sexual en la primera infancia, está muy poco visualizado como un aspecto a trabajar, en tanto la educación sexual es un tema que sí se tiene en cuenta, pero faltan herramientas para potenciarlo.

Por otra parte, la formación de los maestros en el asunto aún es muy débil y no hay un programa educativo que respalde tal cuestión.

Se propone que para que haya avances sustantivos, se debe plantear el abordaje de la salud sexual en la primera infancia, a partir una política pública que dé cuenta de un trabajo inter-institucional, donde cada organismo, se visualice en el escenario, ejerciendo un trabajo complementario.

Es de destacar, que el lugar que se le asigne al tema dentro de la institución escolar tendrá repercusión tanto positiva como negativa, dependiendo de cuál sea. El centro educativo, propicia como un lugar clave para potenciar el trabajo dentro de la comunidad, como con la familia.

Es clave el trabajo que se realice en conjunto con las familias, debido que es con ellos, con quien más horas del día pasa el niño. Si se plantea un abordaje integral, es necesario contemplar que las familias juegan un rol de suma importancia, y debe complementarse el trabajo entre éstos.

En cuanto a la producción académica, se ha podido visualizar que existe una diversidad de material. Esto da cuenta de un trabajo por profesionales en el asunto, que sustenta las prácticas realizadas. Sin embargo, se considera que, para que las líneas a trabajar tengan mayor impacto en la sociedad, resultan insuficientes.

Podríamos concluir, que a través de un trabajo sostenido en el tiempo, con una solidez teórica y un abordaje transversal, se lograría posicionar la salud sexual como un aspecto importante a trabajar.

Para finalizar, se considera que esta temática es por demás que compleja, entendiendo que lo expuesto es una aproximación sobre el abordaje de la salud sexual en la primera infancia. Reflexionar sobre el asunto, pone en evidencia que es un tema que no se agota en lo manifiesto, y que lo planteado son apenas disparadores por donde comenzar a cuestionarse.

## Bibliografía

- Abello, R., Acosta, C., y Amar, J. (2003). Factores protectores: Un aporte investigativo desde la psicología comunitaria de la salud. *Psicología desde el Caribe*, (11) 107- 121
- Acosta, A y Mielles, M. (2012). Calidad de vida y derechos de la infancia: un desafío presente. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (1), pp. 205-217.
- AECID e INMujeres. (2008). *Primeros pasos: Inclusión del enfoque de género en educación inicial*
- Aguirre, M (2011). *Factores determinantes de la salud: importancia de la prevención*. Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s1728-59172011000400011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s1728-59172011000400011&script=sci_arttext)
- ALAMES. (2008). *La sexualidad como determinante social de la salud y su consideración en las políticas públicas*.
- ALAMES y CEBES. (2011). *El debate y la acción frente a los determinantes sociales de la salud*. Río de Janeiro.
- Allegue, R, Badel, C, Carril, E, Cordano, B, Dondo, G, Mendy, A, Muníz, A, Puyesky, G, Quirici, T, y Vaeza, R. (2000). *El género en la construcción de la subjetividad. Un enfoque psicoanalítico*. Montevideo
- Álvarez, C., Sosa, A., Vacarezza., Sosa, A., y Vignolo, J. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33 (1), 11- 14
- Álvarez, F, Hernández, M, Martinelli, R, Ramallo, J, Sarasúa, G y Sempol, D. (2014). *Educación y diversidad sexual*.
- Amorin, D. (2012). *Apuntes para una posible Psicología Evolutiva*. Montevideo: Psicolibros-Waslala
- Amorín, D. (2011). *Introducción a los métodos y técnicas para la investigación en Psicología Evolutiva*. Montevideo, Psicolibros- Waslala



- ANEP. (2008). *Educación sexual: su incorporación en el sistema educativo*. Montevideo, Editorial Nordan- Comunidad del Sur
- ANEP. (2008). *Programa de Educación Inicial y Primaria*. Montevideo
- ANEP, CDC, CES, PES. (2012). *La educación sexual en Uruguay*. Montevideo
- ANEP, PE, PES, y UNFPA. (2014). *Está bueno conversar*. Montevideo
- Artía, A., Cambón, V., De León, D., Duarte, A., Etchebehere, G., Silva, F., y Silva, P. (2011). *Sistema de cuidados, 2011. Documentos Base/Esquema de documentos base por la población/infancia*. Montevideo
- Ashton, J & Seymour, H. (1990). *Las bases de la nueva salud pública*. En: La nueva Salud Pública. Barcelona, Masson.
- Bedregal, P y Pardo, M. (2004). *Desarrollo infantil temprano y derechos del niño*. Chile.
- Benaim, D y Mucci, M. (s/a) *Psicología y salud. Calidoscopio de prácticas diversas*.
- Bonder, G. (1999). *Género y subjetividad: Avatares de una relación no evidente*.
- Borgia, F. (2005) ¿Cuál es la relación entre salud y los derechos humanos? En Derechos Humanos en el Uruguay. SERPAJ
- Bruner, J & Greenfield, P. (1966). Culture and Cognitive Growth. En: *International Journal of Psychology*. Nº 2
- Caballero, S. (2007). *Un recorrido sobre el concepto de salud*.
- CAIF, INAU y PNUD (2007). *Compartiendo experiencias*. Montevideo
- Card Sturla: guía de educación sexual “plantea dificultades graves” (28 de Julio de 2017). *Iglesia Católica Montevideo*. Recuperado de: <http://icm.org.uy/card-sturla-guia-educacion-sexual-plantea-dificultades-graves/>
- Carta de Ottawa para la promoción de salud (1986). Recuperado de: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>
- Castro, R. (2010). *Teoría social y salud*. México. El lugar editorial

- Casullo, M y Góngora, V. (2009). *Factores protectores de la salud mental: un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general*. Buenos Aires.
- Caqueo, A y Urzúa, A. (2012). *Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto*. Chile.
- CCEPI. (s/a). *Salud y educación en la primera infancia*. Montevideo
- CEIP, Gurises Unidos y UNFPA. (2017). *Propuesta didáctica para el abordaje de la educación sexual en Educación Inicial y Primaria*. Montevideo,
- CENSEX (2010) *Sexualidad, salud sexual y determinantes sociales de la salud: notas para el debate*. La Habana.
- Código de la niñez y la adolescencia. Recuperado de: [http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/URY/Anexo%201\\_18840\\_S.pdf](http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/URY/Anexo%201_18840_S.pdf)
- Cole, M, Griffin, P & Nweman, D. (1989). *Conceptos básicos para analizar el cambio cognitivo*. En: *La zona de construcción de conocimiento*. Madrid
- Coll, C, Marchesi, A y Palacios, J. (2014). *Desarrollo psicológico y educación*. Madrid, Alianza Editorial, SA
- Constitución de la República* Vigente (1967). Recuperado de: <https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/constitucion>
- Contandriopoulos, A. (1999). *La salud entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales*.
- Contreras, J. (2009). Prologo. En: *Experiencia y alteridad en educación*. Argentina, HomoSapiens Ediciones
- Correa, S. (2002). *Los derechos sexuales y reproductivos en la arena política*. Montevideo
- Czeresnia, D. (2008). *El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción*. En: *Promoción de la Salud: conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires, Lugar Editorial.

- De Ávila, N. (s/a). *Concepciones de desarrollo y calidad de vida*. Curso Niveles de atención en salud. Área de Salud. Facultad de Psicología.
- Declaración de Alma Ata. (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. URSS
- Eulalio, M, Fernandes, R y Jiménez, S. (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los Psicólogos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61 (2) 1- 12
- Flavell, J. (1987). *La psicología evolutiva de Jean Piaget*. Buenos Aires, Ediciones PAIDOS
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. En: Obras Completas. Amorrortu Editores
- García, C y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana Med Gen Integr*, 16 (6) 586- 592
- García, I. (1998). *Promoción de salud en el medio escolar*
- Gavidia, V. (2001). La transversalidad y la escuela promotora de salud. *Revista Española de Salud Pública*, 75 (6) 505- 515. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v75n6/a03v75n6.pdf>
- Gimenez, M y Mariscal, S. (2008) *Psicología del desarrollo. Desde el nacimiento a la primer infancia*. Madrid
- Gúida, C y López, A. (2000). *Aportes de los estudios de género en la conceptualización sobre masculinidad*.
- Habe Chokler, M. (s/a) *El concepto de autonomía en el desarrollo infantil temprano, coherencia entre teoría y práctica*.
- Iglesias, S. (1996). *El desarrollo del concepto de infancia*. Recuperado de <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/concepto.pdf>
- Jaramillo, L. (2007). Concepción de infancia. *Revista del Instituto de Estudios Superiores en Educación Universidad del Norte*. N°8. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/zona/article/viewFile/1687/1096>

- La Iglesia propone curso alternativo y "laico" para la educación sexual. (Viernes 4 de Agosto de 2017) *El País*. Recuperado de: <http://www.elpais.com.uy/informacion/iglesia-propone-guia-alternativa-laica.html>
- Lamas, M. (1999). Género, diferencia de sexo y diferencia sexual.
- Leopold, S. (2002). *Tratos y destratos: Políticas públicas de atención a la infancia en el Uruguay (1934 – 1973)*. (Tesis de Maestría). Brasil: Universidad Federal de Río de Janeiro.
- Lewin, K. (1978). *La teoría del campo en la ciencia social*. Buenos Aires. Paidós.
- Ley N° 18.426. Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. Recuperado de: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp4233521.htm>
- Ley N° 18.437. General de Educación. Recuperado de: [http://www2.ohchr.org/english/bodies/cat/docs/AnexoXIV\\_Ley18437.pdf](http://www2.ohchr.org/english/bodies/cat/docs/AnexoXIV_Ley18437.pdf)
- Lillo, V. (2014). *Salud y educación: Dos vocaciones al servicio de los derechos humanos*. Santiago de Chile
- López, A. (2013). *Conferencia inaugural actividades académicas 2013. Salud sexual y reproductiva en la agenda de investigación y formación en Psicología en Uruguay*. Montevideo.
- López, P. y Ferrari, F. (2008). *Apuntes para el trabajo en sexualidad desde los enfoques de género, derechos y diversidad*. Montevideo.
- López, A y Quesada, S. (2002). *Material de apoyo en salud sexual y reproductiva con enfoque de género a equipos técnicos de los Centros CAIF*. Uruguay
- Machado de Freitas, C. (2008). *La vigilancia de la salud para la promoción de la salud*. En: Promoción de la Salud: conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar, Editorial.
- Marchiori Buss, P. (2008). *Una introducción al concepto de promoción de la salud*. En: Promoción de la Salud: conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires, Lugar Editorial

Menéndez, E. (1985) *El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos.*

Méndez, F., Rivero, A., y Toledo. (2014). *Inequidades en salud y sus determinantes sociales en Uruguay.* Sistema de vigilancia de la equidad de salud. Documento N° 1. MSP.

Montti, O. (2011). *Cuidados en primera infancia. Análisis descriptivo de los datos del censo 2011.* Montevideo

Morales Calatayud, F. (2009). *Psicología en la atención primaria de la salud.* En: Introducción a la Psicología de la Salud Buenos Aires, Koyatun.

Morales Calatayud, F. (2009). *Una mirada al campo de la salud y la enfermedad.* En: Introducción a la Psicología de la Salud Buenos Aires, Koyatun.

MSP. (2010). *Guía Nacional para la vigilancia del desarrollo del niño y de la niña menores de 5 años.* Recuperado de: [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/Guia%20vigilancia%20desarrollo%20del%20nino\\_1.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Guia%20vigilancia%20desarrollo%20del%20nino_1.pdf)

MSP. (s/a) *Inequidades en salud y sus determinantes sociales en Uruguay.* Recuperado de: [http://www.otu.opp.gub.uy/sites/default/files/docsBiblioteca/MSP\\_Determinantes%20sociales\\_Documento%201.pdf](http://www.otu.opp.gub.uy/sites/default/files/docsBiblioteca/MSP_Determinantes%20sociales_Documento%201.pdf)

MSP. (2006) *Programa prioritario de atención a la salud en la niñez.*

OMS (s/a) *Diez datos acerca del desarrollo en la primera infancia como determinante social de la salud.* Recuperado de: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/child/development/10facts/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/10facts/es/)

OMS (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación.*

- OMS-OPS. (2016). *Acerca de las escuelas promotoras de salud*. Recuperado de: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4563%3Aabout-health-promoting-schools&catid=7783%3Aabout&Itemid=41717&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4563%3Aabout-health-promoting-schools&catid=7783%3Aabout&Itemid=41717&lang=es)
- OPS-OMS. (s/a). *Escuelas promotoras de salud*. Recuperado de: [http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=889:escuelas-promotoras-de-salud&Itemid=227](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=889:escuelas-promotoras-de-salud&Itemid=227)
- OPS-OMS. (1993). *Manual de crecimiento y desarrollo del niño*. Serie Paltex, N° 33
- OPS-OMS. (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Guatemala
- Padres presentarán propuesta alternativa de educación sexual. (3 de Agosto de 2017). El Observador. Recuperado de: <http://www.elobservador.com.uy/padres-presentaran-propuesta-alternativa-educacion-sexual-n1104672>
- Paternain, R. (s/a). Inseguridad y sujetos peligrosos. En: *Ciudadanía, niñez y adolescencia*. ILESUR y Gurises Unidos. (pp. 30-37). Uruguay
- Perea, J. (s/a). Atención Primaria en Salud. Fichas temáticas de apoyo a la Modalidad Semi-presencial. Área de Salud- Facultad de Psicología
- PNUD. (1990). *Desarrollo humano 1990*. Colombia. Tercer Mundo Editores
- PNUD. (2000). *Informe sobre desarrollo humano 2000*. EE.UU. Mundi-Prensa
- PNUD. (2016). *Informe sobre desarrollo humano 2016*. EE.UU. Recuperado de: [http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016\\_SP\\_Overview\\_Web.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016_SP_Overview_Web.pdf)
- Real Academia Española. (s/a) Recuperado de: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=7HZdnLt>
- Remplein, H. (1997). *Tratado de psicología evolutiva*. Ed. Labor, S
- Rodríguez, P. (2010). *Sexualidad en los niños: la asignatura pendiente*. España

- Rosales, A y Salinas, F. (2016). *La agenda pendiente de la educación inicial y preescolar en México: Sexualidad integral*
- Saforcada, E. (1999) *El sistema total de salud*. En: Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de salud. Paidós
- Saforcada, E. (2012). *Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad*.
- Umayahara, M. (s/a). *En búsqueda de la equidad y calidad de la educación de la primera infancia en América Latina*. UNESCO- ORLEAC
- UNESCO. (s/a). *Atención y educación de la primera infancia*. UNESCO: Temas de Educación. Recuperado de <http://www.unesco.org/new/es/education/themes/strengthening-education-systems/early-childhood/>
- UNESCO. (2008). *Declaración universal de los derechos humanos*. Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001790/179018m.pdf>
- UNICEF. (2005). Definición de infancia. Recuperado de: <https://www.unicef.org/spanish/sowc05/childhooddefined.html>
- UNICEF. (2009). *La convención sobre los derechos del niño. 20 años*. Montevideo
- UNICEF. (2015). *Determinantes sociales y ambientales para el desarrollo de los niños y niñas desde el período del embarazo hasta los 5 años de edad*
- Vázquez, R. (2008). *Determinantes de la salud*. En: Temas de Salud Pública
- Vigotsky, L (1931). *El problema del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. En: Obras Escogidas: Tomo III
- Vigotsky, L. (s/a). *Estudio del desarrollo de los conceptos científicos en la edad infantil*. En: Obras Escogidas: Tomo II.
- Vivas, P. (2007). *Educación sexual y salud en la infancia*.
- WAS (2009). *Salud sexual para el milenio. Declaración y documento técnico*. EE.UU

Weinstein, L. (1978). *Salud y autogestión*. Buenos Aires: Nordan- Comunidad



### Consentimiento Informado

La Srta. María José González CI: 4.867663-7 en su calidad de estudiante, otorga por este medio su consentimiento para la inclusión de las informaciones aportadas en el marco de la elaboración del trabajo final de grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. Autoriza el procesamiento del material recogido en el presente estudio bajo el marco de protección que otorgan las normas de confidencialidad vigentes en el Código de Ética Profesional del Psicólogo y en las normas científicas nacionales (Ley de Habeas Data (N° 18.331) y el Decreto N° 379-008) que regulan la investigación de los seres humanos.

El estudio no tiene sentido de lucro, buscando indagar sobre los abordajes en salud sexual en la primera infancia en Uruguay.

Al aceptar las condiciones y términos de participación en este estudio, ha podido preguntar libremente y pedir aclaración de todo lo relacionado con la participación en la presente monografía y habiendo comprendido todos los alcances de esta participación, da su consentimiento para que sus respuestas brindadas en la entrevista sean utilizadas de modo anónimo y con fines académicos en el marco de la elaboración del trabajo final de grado.

Asimismo está en consentimiento de que podrá retirarse avisando al entrevistador de esta decisión, sin que esto implique ningún perjuicio personal.

El entrevistador le agradece su tiempo y sus aportes.

Firma del participante:..... Solana Quesada

Aclaración:..... SOLANA QUESADA

C.I.:..... 1897449-3

Fecha:..... 7/7/17

## **Entrevista a trabajadora social referente del área de género de la IMM**

7 de Julio del 2017

Luego de la presentación personal y de la temática de la monografía se procede con la firma del consentimiento informado lo que da lugar al comienzo de la entrevista.

Yo: Bueno primero que nada conocer un poco cuál fue tu trayectoria académica y laboral, para saber cómo te vinculas con el tema en sí

T.S: Yo soy asistente social. Egresada de la Escuela Universitaria de Trabajo Social, en el marco de la Facultad de Ciencias Sociales, pero fue hace mucho tiempo. Después de eso académicamente hice un diploma en Género, Planificación y Desarrollo en la Universidad de Chile, en la facultad de Ciencias Sociales. Y después de eso hice una maestría en Género y Políticas Públicas del FLACSO Uruguay- México. Eso a nivel académico. A nivel de experiencia laboral, empecé a trabajar en área de género en el año 1995, desde distintas vertientes, y, específicamente, en derechos sexuales y reproductivos, trabaje por un lado en organizaciones de infancia en la ACJ. En la Asociación Cristiana de Jóvenes. Que tenía un área de desarrollo social, que trabajaba en comunidades. En aquel momento en Canelones, en Barros Blancos, La Paz, Las Piedras, Progreso; en la formación de agentes comunitarios, para trabajar en la promoción de derechos sexuales y reproductivos en el trabajo con adolescentes y jóvenes. Después trabaje en Gurises Unidos 10 años coordinando el área de sexualidad y género. Y ahí trabajamos también en temas vinculados en derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes, también con dispositivos comunitarios en todo el país, y trabajamos con el sector salud, con el sector de educación. En acuerdos con el Estado. Entre Salud Pública y CODICEN.

Yo: ¿Eso desde Gurises Unidos?

T.S: Eso desde Gurises Unidos. Y después también trabaje en, bueno, trabaje en el programa de Educación Sexual como docente, formando a docentes, en la formación de formadores, sobre sexualidad y género, y después trabajé en, bueno, cuando trabajaba en la ACJ, trabajaba en un programa de promoción de Derechos sexuales y reproductivos para adolescentes y jóvenes en Colón, que hay un libro que se llama “La sexualidad a flor de piel”, que contamos un poco la experiencia. Y después trabajé más asiduamente desde el movimiento de mujeres, en

realidad creé, fui fundadora de una red Caribeña de Jóvenes por los derechos sexuales y reproductivos que se llamaba DECIR. Trabajaba todo lo que es la incidencia política. O sea, como estos temas se incorporan en la agenda política, y entonces en ese marco conformé un grupo de jóvenes que no existe más, acá en Uruguay como referentes en el tema, que también formaban. Eso lo hice en el marco de la ACJ, pero porque yo estaba en esa red regional, que era un grupo de gente joven, sobretodo adolescentes que además de reflexionar, participar en marchas, cosas vinculadas a estos temas, era una época donde estas cosas no estaban en la agenda, y no había gente joven que se dedicara a hacer esto. Y a su vez en el desarrollo de actividades más educativas, desde la promoción de derechos en los grupos de gente que nos pedían. No me acuerdo si hice algo más. ¿Sabes lo que hice? Trabajé en el Ministerio de Salud Pública, en el programa Infamilia, era la supervisora de las agentes socio-comunitarias que trabajaban en la asistencia de los embarazos. Fui la supervisora del interior. Trabajé en los 18 departamentos. Estaba vinculado a los derechos sexuales y reproductivos. Y no me acuerdo, seguramente debo haber hecho alguna otra cosa más pero no me acuerdo.

Yo: ¿Y cómo caracterizarías vos el abordaje que se da en Uruguay sobre la salud sexual?

T.S: Vos lo focalizaste en primera infancia

Yo: Sí

T.S: Ta. Bueno, en primera infancia mis experiencias estuvieron vinculadas al programa Nuestros Niños, que es un programa de la intendencia. Ahora no es más de la intendencia, y en realidad lo que hacemos nosotros son capacitaciones específicas a los educadores del programa Nuestros Niños, para que incorporen aspectos de género y sexualidad en sus prácticas. Eso lo hice con distinta gente, de distintas maneras, siendo integrante de la intendencia y no. O sea, en distintos procesos. Y que es un programa que históricamente siempre estuvo preocupado por la incorporación del abordaje de estos temas. Y después, en el marco de Gurises Unidos, nosotros teníamos un proyecto con los CAIF. Entonces trabajábamos con CAIF y con la Secretaría Técnica también durante muchos años, también sobre como incorporar el tema de la salud sexual y reproductiva.

Yo: La Guía que hay...

T.S: Ahí hay una guía sí, ahí va. Después también desde Gurises Unidos, hicimos también el programa Primeros Pasos, un material que publica InMujeres, que es un material que también

lo hicimos pensando en un acercamiento sobre estas cosas, los CAIF, la guía que hicimos de INMujeres, y el programa Nuestros Niños. Y bueno yo en realidad creo que es un tema que está muy incipientemente incorporado, o sea que en realidad no es parte de la política de la atención en la primera infancia trabajar la igualdad de género y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

Yo: ¿Que es, o, que no es?

T.S: No, que no es. O sea, que hay experiencias que han sido aisladas, que no hay continuidad, que los profesionales que trabajan en esa área no tienen formación específica, que en realidad hay una disociación entre esto de que se piensa que los niños y las niñas no tienen sexualidad, entonces no es necesario trabajar con ellos la sexualidad. Que son muy chiquitos, que no son temas que tengan que manejar. La sexualidad está circunscripta de la adolescencia en adelante, entonces la primera infancia está como negada, invisibilizada. No se parte de la base de que la sexualidad está todo el tiempo en las cosas que hacemos y que no tiene que ver con las relaciones sexuales. Hay toda una concepción que sería importante profundizar, no hay mucho material adecuado, ni acorde. Se aborda este tema por la problemática, vinculado al abuso sexual, o a la violencia pero no se aborda desde el disfrute, el placer. La apropiación del cuerpo y el conocimiento, la exploración. Los adultos de referencia tanto de la familia como los educadores no tienen trabada su propia sexualidad, entonces también es difícil que puedan incorporarlo como una herramienta de trabajo. No hay acuerdos básicos conceptuales de qué estamos hablando, qué sí, que no, cómo, cuándo, y que es de alguna manera en la práctica con niños tan chicos. Es bien importante que sea algo que se pueda incorporar de forma permanente, en todo el accionar cotidiano del centro educativo, donde estas cosas se transmiten desde cómo son los baños, (...), desde de qué color es la túnica, desde a qué tipo de juego juegan los gurises. Que si bien hay experiencias interesantes, no quiere decir que no se haya hecho cosas que se consideran un avance, pero no es una cuestión sistemática y sostenida, sino que es más al impulso de determinados actores. Y que si bien, por ejemplo, en el tema violencia existe un protocolo o rutas de acción para primaria, secundaria, etc., pero para inicial no hay. Entonces eso también da cuenta que hay ahí en inicial un espacio que todavía queda mucho por definir en relación a cómo hacerlo.

Yo: Desde tú punto de vista, ¿ves avances?

T.S: Yo veo avances en el tema en general en la sociedad, que de alguna manera repercute que también se pueda avanzar en este tema o haya de alguna forma más gente formada o más claridad con que es un tema importante. Pero no veo avances sustantivos en materia de política pública en educación en estos temas. No lo veo.

Yo: ¿Por qué piensas que se puede dar?

T.S: Yo creo que en parte por eso, porque creo que la primer infancia no se ve como una población a la que estos temas le sean pertinentes. Que yo sepa no hay una definición en ese sentido, y, o sea, es como una tierra de nadie. Y después, los avances que ha tenido el CODICEN, a través de establecer un programa de educación sexual, es un avance, y que claramente eso está definido así, todavía no tiene el impacto suficiente. Todavía no se ha logrado que eso llegue efectivamente a los gurises en su experiencia educativa. O sea tanto en primaria, como secundaria y UTU los avances que han habido de formación a docentes, incluso cada subsistema ha definido una estrategia propia de cómo abordarlo, el referente de educación sexual en secundaria. En primaria me ha tocado más trabajar con directores e inspectores, que también tiene que ver con la cantidad que son, ¿no? Pero bueno eso como que de alguna manera todavía no derrama en el estudiantado. Y eso donde está definido el programa. En inicial me parece que eso aún es más carente. Me parece que también la formación de grado, no tengo idea si la formación de grado de magisterio existen estos temas en la currícula o no

Yo: Sí

T.S: ¿Existen en magisterio?

Yo: Sí, en el plan nuevo de maestra en inicial

T.S: Ah, bárbaro. Bien.

Yo: Sí, es de este año

T.S: Ah es de este año, bien. Y después esto otro que me parece importante que es la revisión de los materiales con los que se trabaja ¿no?

Yo: Claro

T.S: No solamente la creación de nuevos materiales específicos que incorporen estos temas, sino que los materiales en general que se utilizan que no sean reproductores de estereotipos, sino de los (...) que bueno que sabemos que ha estado... O sea, se ha hecho un esfuerzo de alguna manera, yo creo que ese esfuerzo que se ha hecho no permite a mi criterio todavía afirmar que existe una política pública sostenida en materia de promoción de derechos sexuales y reproductivos en el sistema educativo en general, menos aún en la educación inicial

Yo: Claro, incluso desde el programa de ANEP, en educación inicial se abarca desde la perspectiva de diferencia de género, como los caracteres sexuales, desde la anatomía. Más biológico y no desde otro lugar. Lo que se trabaja sobre diferencia de género no es mucho. No hay muchos avances tampoco. Quería preguntarte a nivel inter-institucional si se ha trabajado. Me dijiste que trabajaste en Salud Pública, cómo era. ¿Trabajaban con otras instituciones o eran más trabajos aislados?

T.S: Bueno, eso fue hace muchos años ¿no? Yo creo que a nivel inter-institucional hoy por hoy hay esfuerzos de trabajo en conjunto. Creo que el instituto Nacional de las Mujeres tiene un lugar a jugar como organismo rector de las políticas de género. Hay según tengo entendido una referencia a técnicas en temas de educación y género que se trabaja con el CODICEN que también eso se enmarca en lo que es la estrategia nacional para la igualdad de género y uno de los ejes del Consejo Nacional de Consultivo de Políticas de Género tiene que ver con la educación, el cambio cultural donde estos temas están arriba de la mesa. Yo creo que hay un espíritu de articular y trabajar conjuntamente desde los distintos organismos del Estado que están involucrados donde la salud es un actor central, la educación es un actor central y el INMujeres como organismo rector. Creo que muchas veces hay una instancia entre la definición de la política pública y su ejecución concreta y como en los distintos espacios de trabajo, así sea en las escuelas, en una comunidad, en un barrio, en un centro educativo, en un CAIF, como de alguna manera esas decisiones que se toman llegan con herramientas concretas a los lugares en donde los gurises en definitiva van. Tanto en capacitación como en materiales, como de alguna manera puedes supervisar que pase de verdad. Y también me parece que se activa la articulación inter-institucional cuando surgen problemas nuevamente ¿no? Cuando hay que dar respuestas a una situación que generalmente está relacionada a la violencia sexual, bueno, ahí se activa los dispositivos para poder articular y dar una respuesta conjunta.

Yo: Claro. Tampoco hay un trabajo de prevención de salud

T.S: O sea, yo creo que desde el lugar de la prevención de salud hay esfuerzos, hay campañas, hay algún material que se ha creado ¿no? Y hay capacitaciones que se han hecho, pero no es algo que... como el problema está tan arraigado y cambiar la cultura y que los educadores adquieran herramientas, que es un proceso más a largo plazo, esas iniciativas que se hacen en una campaña, un material, una capacitación, ayudan sin duda, pero no logran revertir el proceso ya instalado de cómo éstos técnicas trabajan cotidianamente ¿no? No es que hay un programa que se dedica a promover estas cosas, a supervisarlas, a tener diálogos con los equipos. Que tampoco sé si la solución es que haya un programa, pero también podría ser que en los distintos programas que trabajan con la primera infancia como ser CAIF, haya si algún área específica de alguna manera mire transversalmente esto en la interna de los centros. Yo la verdad que no estoy muy cerca de los programas de primera infancia ahora como para ver como son ahora, pero por el contacto que he tenido me da la sensación esa, que por los esfuerzos que ha habido, han sido esfuerzos que no logran impactar en el conjunto de los centros que ofrecen cosas.

Yo: A mí lo que me pasó haciendo este trabajo era que me encontraba con que no había nada escrito. Tenía que escribir y buscar información y no encontraba. Pensaba: “no puede ser que nadie haya hecho nada sobre salud sexual en primera infancia”. Y después cuando hablé con Pablo me dijo que no era así, no era como la idea que yo tenía, sino que se ha hecho mucho pero no existe un registro de lo que se ha hecho

T.S: Bueno, está la guía, ¿la guía la tenes? La guía metodológica. De Primeros pasos ¿tenes?

Yo: También

T.S: Lo que hay que no sé dónde lo podes encontrar es unas publicaciones del programa Nuestros Niños que eran llamados a concursos de experiencias que se llamaba Niños y Niñas creciendo en Igualdad. Capaz que acá. Acá hay una biblioteca, en este edificio, no me acuerdo que piso. Debe ser en el cuarto o en el quinto. En la biblioteca de la intendencia, tal vez podes conseguir ahí y sino yo tal vez tengo en mi casa alguno viejo. Bueno eso fue una línea de trabajo de la Intendencia de Montevideo en el marco del primer Plan de Igualdad, allá por el año 2005, que hacía un concurso de buenas prácticas de la incorporación de los temas de género en primera infancia. Y entonces la gente presentaba experiencias y se publicaba. Eso se hizo como tres o cuatro años.

Yo: Sí, Pablo me estuvo hablando de eso. Bueno más o menos ya me contestaste todas las preguntas

T.S: ¿Y tú tesis sobre qué es? O sea ¿qué estas estudiando?

Yo: Abordajes integrales sobre la salud sexual en la primera infancia y la identificación en el ámbito educativo, que se ha hecho, si hay avances. Por ese lado va.

T.S: Sí, yo creo que no hay un abordaje integral

Yo: Sí. Yo a las conclusiones que estoy llegando es que falta mucho por hacer

T.S: Sí, sí. Incluso que también hay una oportunidad en la medida que la educación formal está bajando la escolarización, que ahora nivel 3, nivel 4 son niveles mucho más frecuentes que antes. También el sistema educativo tiene un lugar interesante de cómo llegar con estos temas a una cantidad de gente que sino no estaría llegando. Y sí, la verdad que sería bien importante que pudiera haber un trabajo más sistemático. Tanto en la educación formal como la no formal ¿no?

Yo: Sí. La pregunta que me queda por hacerte es sobre las reflexiones tuyas sobre qué cambios propondrías para que haya más avances o desde cómo lo ves vos hoy en día

T.S: Y yo propondría que debería existir un programa o una línea de trabajo específica que se dedique a velar por esto. Si bien este es un tema transversal, que tiene que, como te decía, abordar todo los aspectos de lo que un centro educativo en primera infancia genere y promueve, y eso ponerlo en todas las áreas, tenga que ver con el conocimiento, tenga que ver con la estructura, tenga que ver con el trabajo con la comunidad educativa o con quien sea, claro, alguien que esté mirando esto. Que le esté aportando teórica y metodológicamente herramientas para los educadores y docentes para trabajar. Entonces creo que a nivel del programa de Educación Sexual debería haber un componente vinculado a primera infancia que hoy por hoy, que yo sepa, tal vez que está y yo no lo conozco, pero que no está como presente, que sino es imposible que se desarrolle. Y lo mismo me parece que habría que hacer con el programa de los CAIF.

Yo: Claro, y que haya una continuidad

T.S: Claro, pero que haya un equipo de gente que de alguna manera se dedique a generar esto, contenidos teóricos y metodológicos para los equipos y que por un lado nutra, así como,



yo que sé, la verdad que yo estoy lejos ahora de las prácticas pero me acuerdo cuando CAIF largaba cualquier programa, de Estimulación Oportuna o lo que fuera, había un equipo que generaba los materiales, que generaba una propuesta conceptual con sus herramientas, se formaba a todo el mundo, y después había algún referente técnico que, cuando CAIF tenía determinadas debilidades o cosas a consultar en relación a la implementación de ese programa, había un apoyo técnico, metodológico y conceptual en relación a eso. Y bueno, así como se hace eso con Estimulación Oportuna, nutrición o cualquier área que se quiera fomentar en relación a la educación inicial en niños y niñas, a mí criterio lo mismo debería haber en relación a los derechos sexuales y reproductivos en un sentido amplio, al género, a la igualdad de género y al ejercicio de la sexualidad, para una vida libre de violencia, un paquete que tenga todo eso. Que haya bueno, un equipo que lo promueva, y que a su vez lo supervise de alguna manera. Creo que no sería tan difícil. Creo que es una cosa que los centros CAIF lo necesitan. A mí cada tanto algún centro CAIF me llama y voy, me contratan personalmente y voy y hago talleres de género y trabajo con los equipos en cómo incorporar esto. Y si me llaman a mí, es porque no tienen en el programa la posibilidad de hacer estas cosas. Y hay mucha cosa para trabajar. Bueno también vinculada al tema de los cuidados, como la participación de los padres en la educación de sus hijos

Yo: Eso te iba a preguntar, el trabajo con las familias como era, desde tu trabajo, si se incluía a las familias también o era más a la formación de formadores

T.S: ¿En el trabajo que nosotros desarrollamos? Nosotros no trabajábamos directamente con las familias pero porque tampoco trabajábamos directamente con los niños. Nosotros trabajábamos con los equipos técnicos. Sí incluíamos como ellos trabajar con la familia. Entonces ahí sí. Primero que en general tienen la oportunidad y es una etapa de la vida donde la familia participa mucho más que en otra etapa de la vida, porque son niños muy pequeños, entonces en realidad un centro educativo inicial tiene mucho más posibilidades de enfocar a una familia que la escuela o el liceo, donde ahí la participación del adulto referente no es tan permanente. En cambio a una edad tan temprana existe mucho más vínculo entre la familia y el centro educativo. Y ahí hay pila de cosas a trabajar desde como el centro educativo considera a esa familia, si es una familia más tradicional, nuclear, mamá, papá y los nenes. Si tiene en cuenta que estas familias son de diversa conformación, si incorpora el tema de la diversidad sexual en el trabajo con las familias, si incorpora el tema de la violencia, si incorpora esto de cómo promovemos el tema del cuidado y la corresponsabilidad entre hombres y mujeres desde

el centro educativo inicial. Si cuando le pasa algo al chiquilín llamas a la madre o llamas al padre. Todas esas cosas que de alguna manera el centro educativo tiene una posibilidad de jugar un rol y de promover algo alternativo. Que yo creo que a nivel del Programa Nuestros Niños y de los centro CAIF, en las prácticas concretas, se ha hecho mucho y muchas veces las familias han reaccionado en contra de eso, ¿no? O sea, desde, me acuerdo de haber trabajado con CAIF, que tenían varones como educadores de niños bien chiquitos, donde las familias decían yo no quiero que a mi hija o mi hijo lo cambie un varón. Y ahí el centro educativo trabajaba un poco eso. O sea yo creo que hay buenas experiencias y buenas prácticas que se han realizado pero coincido contigo que esto no se ha sistematizado, no es necesariamente un lineamiento de una política pública. Es eso, como experiencias que se han desarrollado que tienen que ver con impulsos que sí ha habido pero que cuesta que se sostenga.

Yo: Muchas gracias por tu tiempo y por los aportes.



### Consentimiento Informado

La Srta. María José González CI: 4.867663-7 en su calidad de estudiante, otorga por este medio su consentimiento para la inclusión de las informaciones aportadas en el marco de la elaboración del trabajo final de grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. Autoriza el procesamiento del material recogido en el presente estudio bajo el marco de protección que otorgan las normas de confidencialidad vigentes en el Código de Ética Profesional del Psicólogo y en las normas científicas nacionales (Ley de Habeas Data (N° 18.331) y el Decreto N° 379-008) que regulan la investigación de los seres humanos.

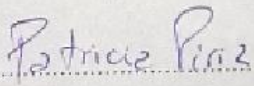
El estudio no tiene sentido de lucro, buscando indagar sobre los abordajes en salud sexual en la primera infancia en Uruguay.

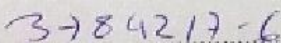
Al aceptar las condiciones y términos de participación en este estudio, ha podido preguntar libremente y pedir aclaración de todo lo relacionado con la participación en la presente monografía y habiendo comprendido todos los alcances de esta participación, da su consentimiento para que sus respuestas brindadas en la entrevista sean utilizadas de modo anónimo y con fines académicos en el marco de la elaboración del trabajo final de grado.

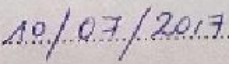
Asimismo está en consentimiento de que podrá retirarse avisando al entrevistador de esta decisión, sin que esto implique ningún perjuicio personal.

El entrevistador le agradece su tiempo y sus aportes.

Firma del participante:  .....

Aclaración:  .....

C.I.:  .....

Fecha:  .....

## **ENTREVISTA A MAESTRA REFERENTE DEL INSTITUTO FORMACIÓN DE SERVICIO DE MAGISTERIO DEL ÁREA EDUCACIÓN SEXUAL**

Luego de la presentación y la entrega del consentimiento informado se da lugar al inicio de la entrevista.

Yo: Bueno, primero que nada conocer un poco cuál fue tu trayectoria académica y laboral. Como te relacionas con el tema.

M: Bien. Primero que nada soy maestra, de formación maestra. Después en la vida decidí formarme en una ONG que se llamaba Espacio Salud como educadora sexual. Después de ahí estuve en otras formaciones como el Centro de Diversidad Sexual por ejemplo, con Rubén Campero, en CNS Mujeres, otras formaciones que estuviesen en relación a la temática de educación sexual para profundizar desde distintos puntos de vista. Ahora estoy haciendo el Diplomado de Políticas Públicas y Género en el FLACSO. Seguí ejerciendo como maestra de aula hasta el 2013. En estos tiempos desde, creo que desde que curse en Espacio Salud, desde el 2005 en adelante. Desde antes, del 2004, antes de Espacio Salud, estuve siempre trabajando en la salud sexual intencionalmente, pensada, planificada y concretada con los niños y niñas en el aula. En el 2013 estuve la posibilidad de trabajar con niños y niñas de inicial 4, a sexto año en una escuela de tiempo extendido. Trabajando en un espacio de taller en una escuela de tiempo extendido. Que había un espacio creado de educación sexual, entonces tuve la oportunidad de tener como la visión de todas las edades en la misma escuela, porque hasta ese año trabajaba expresamente en 6to que era mi clase. En 6to y algún año en 5to, pero en general siempre trabajé en 6to. Y después trabajé mucho desde el 2008 más o menos en coordinación con una compañera que trabajaba en inicial 5, en la misma escuela, que también era educadora sexual, entonces las dos locas, una trabajaba en la mitad de la escuela y la otra en la misma línea, y era un poco lo que trabajábamos. Y de ahí un poco eso lo que yo diría formación en servicio ¿no? Como esta formación en el mismo trabajo que una tiene. Y bueno ahora desde el 2014, estamos trabajando en esto donde estamos hoy que es el Instituto de Formación en Servicio, en el área de Educación Sexual. Este instituto se creó en el 2014 y hay distintas áreas que se encarga de la formación de las maestras en lengua, matemática, arte, ciencias naturales, ciencias sociales y educación sexual. Yo estoy a cargo de la coordinación de la formación en servicio de las maestras, tenemos un equipo de 12 formadoras, yo trabajo con ese equipo de docentes de formadoras, coordinamos juntas, trabajamos y pensamos los

cursos y dispositivos de formación con las maestras y después trabajamos a nivel país con ellas. Con muchas, alrededor de 800 maestras. Y eso es un poco hasta hoy.

Yo: ¿Cómo caracterizarías el abordaje de la salud sexual en la primera infancia?

M: Bien. Salud sexual. Poca cosa te diría. A ver. En la primera infancia yo lo que pueda tener de reconocimiento es en la educación formal. En los otros ámbitos tuve algunas inversiones en por ejemplo CAIF, de educación no formal, pero no puedo hablar porque desconozco. A nivel genérico. Puedo decir que hay muy buenas intervenciones en lo que llamaban en educación, en las salas que trabajaban con las familias y eso pero ta, ahí son meros juicios de valor de uno o dos CAIF, tres que conozco. En las escuelas en realidad, en los jardines de infante y en las escuelas de inicial, hay a nivel programático contenidos que habilitan para trabajar la salud sexual y la educación sexual. Pero hay mucha resistencia para trabajar algunas de las dimensiones. Todo lo que tenga que ver con genitalidad, y con el cuidado de su propio cuerpo en relación por ejemplo a los genitales, al conocimiento directamente de los genitales, la parte del erotismo que justo estábamos hablando, ese tipo de temáticas en general hay mucha resistencia de las compañeras para trabajarlo intencionalmente. Se trabaja mucho en inicial a través de emergentes. Entonces la niña o el niño, los besitos o la muestra de los genitales debajo de una mesa que es muy frecuente entre los niños, ahí habilita. Ahí las maestras en inicial, por general, lo toman. Y en general hay avances en tomarlo más desde lo esperable para la edad. Que antes tal vez que había mucho más castigo, más represión. Yo creo que ahora más desde el programa mismo, del cambio cultural que ha habido, creo que hay más desde la habilitación, del placer, del conocerse, creo que es mucho más habilitante las intervenciones que hacen las compañeras. Pero si creo que desde el emergente. Es decir si no surge nada de eso, no se toca el problema.

Yo: ¿Consideras que se aborda desde la problemática muchas veces o no siempre es así?

M: No, no siempre es así. En primera infancia no. Yo creo que en primera infancia el cuerpo está mucho más en juego. Desde una dimensión más integral, lo vincular y lo afectivo es mucho más fuerte, la presencia. El vínculo educativo que hay en el espacio educativo que hay en inicial es más habilitante, es menos desde el problema y es mucho más desde lo sano. Lo saludable en el vínculo. Pero no es en sí por una formación, por una cabeza intencionada para trabajar esto. Es más bien desde lo implícito y porque nace desde ese vínculo más afectivo que hay, más corporal, un juego más corporal que hay desde los niños, niñas y maestras a esta

altura. Sí hay algo que genera un ruido que esta bueno mirarlo, que no se si es una variable que has podido tomar, que es cuando el maestro es varón. Y ahí si es un problema, y no es represión. Sino el maestro varón trata más bien de evitar el tema. Porque hay una lectura también, hay un montón de mitos que le quedan a la masculinidad, de miedos y prejuicios que hay que pesan sobre el varón educador de primera infancia en general. El educador varón trata de esquivar el tema. Y si surge un emergente incluso no lo aborda el. Muy pocos he encontrado que lo aborde él. Generalmente buscan una compañera, que también es saludable por su parte.

Yo: ¿Y eso desde la formación como se trabaja?

M: Bien. Nosotros con las compañeras que vienen a la formación, que es voluntaria. Esta formación que nosotros ofrecemos es voluntaria. No es obligatoria. Se ofrecen los cursos y las maestras se anotan las que quieran venir. Igualmente nosotros lo trabajamos mucho. Primer lo trabajamos a nivel general, lo importante que es trabajar el tema intencionalmente, planificarlo, abordarlo. Y en segundo ayudamos a los compañeros varones a pensarse desde su rol y te diría que nosotros igual seguimos insistiendo de que esta bueno que ellos lo aborden como varones el emergente. También está bueno que como profesionales se ayuden con otras personas. Porque a veces se meten en líos, sin querer. Porque hay lecturas de la comunidad q hacen sobre el maestro, varón, que le caen ahí y como profesional corren un riesgo también y desmerezca toda su buena intervención o todas sus buenas ganas de trabajar. Entonces a veces no está mal el consejo tampoco de juntarse con alguien más. La otra paralela de 3. Trabájenlo juntos. Un trabajo que si se hace y me parece que está bueno, se hace muy poco, en lo que tiene que ver con la salud sexual, en la primera infancia, es con las familias. Eso en realidad hay mucho miedo con las familias, si bien en primera infancia mucho vínculo. La familia está muy metida en el aula. Pero trabajar estas temáticas es más o menos lo mismo lo que pasa con los niños, surge un emergente, una mamá o papá que se queja, en general se trabaja y se trabaja con algún profesional. Se llama a alguien que venga a ayudarme, porque con las familias no puedo. Y ahí si es más del problema, con las familias creo que es más desde el problema que desde la habilitación. Después cuando se aborda si, se recure a un profesional más o menos, con cabeza, surgirá una buena intervención y sino bueno, sale lo que sale. Pero ahí sí me parece que es más desde el problema.

Yo: ¿Consideras que hay una mirada integral?

M: No, estamos lejos todavía. Sí, estamos lejos sí. Tan lejos como la sociedad está. Claro. A ver, las maestras somos parte de la sociedad también. Y nosotras no tenemos una historia muy profunda de formación. Toda nuestra escuela, liceo, instituto, la salud sexual y en la primera infancia además que... Y la sexualidad que se asocia que te empieza cuando empiezas con las prácticas sexuales, y todas esas cosas que vos ya debes saber de la tesis. No, estamos lejos. En educación sexual específicamente nosotras estábamos viendo recién un poco los resultados del estudio a nivel país, lo que más se trabaja es género. Componente de género. Y en algunas cosas que tiene que ver con el trabajo, los roles, lo efectivo, lo que pasa en tu cuerpo. Con los mandatos de género tampoco.

Yo: ¿Eso no se trabaja?

M: No. No intencionalmente. Es más desde los roles. Mas desde los colores que no marcan el género ni la orientación sexual. Eso sí, los juguetes. Es eso. Los roles. Desde lo público y lo privado. Eso. Privado y público eso, roles. Es lo que más se trabaja. Y después como te decía componente de genitalidad, de cuerpo sexuado por emergente. Alguna compañera con más formación o alguna compañera que después en la formación como que lo ven y lo visualizan ahí empiezan como suavcito a trabajar en estas cosas y por lo menos empiezan a aparecer por lo menos dibujos de cuerpos con genital. Claro, deban de ser asexuados, que eso está bien. Empiezan como a vencer un poco los miedos de ellas y eso y ahí sí. Pero en general, como llegan antes en la formación, en general lo que más se trabaja es género, en primera infancia es género.

Yo: Claro, tampoco desde el lugar de la promoción de salud.

M: No, no, no. La sexualidad no forma parte de lo que tenga que ver con la salud. En la primera infancia ¿no? Es solamente en estas cuestiones de las conductas de autoerotismo, ahí, cuando surge el emergente de los juegos sexuales naturales de la edad.

Yo: Te iba a preguntar, que me quedo la duda. ¿Desde el programa en el que estas ahora, como es el abordaje que se hace, formando a formadores?

M: ¿El del instituto? Nosotros tenemos 12 formadoras, bueno ahora son 10. Tenemos un equipo de 12 personas, que se hizo un llamado, tienen formación en el área y antecedentes de haber formado maestras también. Porque acá no es solamente tener conocimientos de educación sexual, sino en poder ayudar a las maestras a enseñar. Entonces tenes como un



plus ¿no? Capaz que hay gente que sabe mucho de sexualidad pero no tiene ni idea del programa por ejemplo. O como trabajarlo con los niños en la escuela. Tenemos esas 12 compañeras con formación en esas dos cosas. Tenemos el equipo estable de 12 y nosotras como equipo vamos buscando nuestra propia formación también. Entonces viendo que va pasando con las maestras, que cosa podemos nosotras hacer para mejorar de como trabajamos nosotras con las maestras, para acompañar a las maestras que trabajen con los niños y las familias.

Yo: ¿Y qué evaluación harías del programa en sí?

M: Ah para nosotras es muy bueno. Primero que es la primera vez en Uruguay que se hace esa formación para maestras de forma presencial. Con continuidad en el tiempo, con una oferta diversa además porque ahora por ejemplo ya hacen tres años que estamos con cursos que son de profundización en diversidad sexual, con enseñanza del cuerpo sexuado, trabajo con familia y hacemos como profundizaciones, y dedicamos 5 jornadas de 8 horas más horas virtuales a trabajar solo en eso. Que lo que hay en Uruguay es lo primero, es la primera vez en la historia. Y que tenemos además un cuerpo estable de formadoras, que venimos trabajando y pensando en cómo hacer el trabajo de formación, es único el país.

Yo: ¿Y el alcance que tiene?

M: Y el alcance que tiene es a nivel nacional. Nosotros por semestre, ahora este semestre estamos por arrancar y llegamos a 5 departamentos, pero pasamos por 5 más, ya hemos llegado a todo el país por lo menos una vez y en algunos ya vamos por la tercera. Depende de la coordinación más o menos con las otras áreas pero a todo el país ya hemos ido por lo menos una vez. Que se ofrece para 100 personas cada vez que vamos. En forma voluntaria. Y además se le ayuda a las maestras con el pago de los pasajes y la alimentación del día. El día sábado. Entonces lo mejor de esto es que tenemos alrededor de 800, un promedio de 800 maestras por año, digo maestras, maestros, talleristas, profesores de educación física, directoras, directores, inspectores, todo el que sea trabajador de primaria, docente, que se quiera anotar y que tenga interés, pero nosotras llegamos a 100 personas por cada vez y tenemos 800 por año que más o menos estamos formando desde el 2014. Vamos en el tercero, son 2.400. Claro, estamos hablando de 20 mil maestros, 2.400 no es mucho. Pero bueno, en realidad antes había la posibilidad de hacerlo solo cursos virtuales, en el marco del programa de educación sexual y para 100 personas por año. Y solo virtuales que justo en

educación sexual no es lo ideal. Porque acá lo primero que hay que trabajar con las compañeras. Una puede decir mucha cosa de cómo trabajan las maestras, de cómo trabajan en la primera infancia, y podemos criticarlo y un montón de cosas, pero yo te quiero ver ahí. Hay que estar ahí. Con el peso que una tiene en la cultura, en tu rol de mujer. De mujer maestra. Y en esta cultura. Entonces: mujer, maestra y primera infancia además. Cosa más maternalizado no puede ser. Entonces tengo que bajar, sacarle todo las cuestiones subjetivas que las minas tienen en este rol, que la cultura espera de ellas y la familia y todo y que el mismo sistema reafirma. Entonces tengo que buscarla forma con las formadoras de ver como rascamos algo de ahí, para que pueda verse en otro lugar, para que pueda trabajar con los niños y niñas, en este sistema. Pero igualmente es necesaria la presencia.

Yo: Claro, hay que poner el cuerpo

M: Hay que poner el cuerpo, sino seguimos en lo discursivo. Que es lo que pasa en el abordaje. Se trabaja desde un lugar habilitante, pero es mucho del discurso.

Yo: Claro, es difícil llevarlo a la práctica

M: Es muy difícil. Hay un cambio cultural enorme. Una distancia gigante en la cultura, que necesitamos seguir trabajando. Nosotras estamos felices con el trayecto que estamos haciendo, pero es muy difícil.

Yo: ¿Vos ves avances entonces?

M: Sí, yo veo alcances. Nosotras estábamos compartiendo ahora algunas narrativas que las maestras hacían y algunos talleres y yo decía “¡ay qué suerte!”. Si bien hay resistencias grandes todavía, si bien justo en eso estábamos, con el erotismo no hay con que entrarle, algunos cambios de concepción, por ejemplo que los juegos sexuales en la primera infancia son esperables. ¡Vamos arriba! Eso lo hemos logrado. Pero creo que en los procesos se han... las compañeras están animándose a trabajar, intencionalmente, a planificar la enseñanza

Yo: ¿Y la escuela en sí que lugar le dan?

M: Lo que pasa que en realidad la escuela le da, creo que le da el mismo lugar que las políticas educativas le están dando. Poca cosa y nada, porque en realidad...

Yo: Desde lo discursivo también

M: Claro. Yo voy a las políticas educativas ¿en qué dice que trabajemos? Lengua y matemáticas. Las supervisiones te vienen desde ahí, las presiones políticas te vienen desde ahí, y la educación sexual es transversal además. Y transversal es igual a invisible. No existís. Siempre trabo la sexualidad, aparte yo me apoyo en el discurso y después digo pero no yo soy un ser sexuado y todo el tiempo trabajo sexualidad. Y ahí fuiste. Y ta, depende de la escuela. Mira los cursos hacen bien porque cuando las maestras están cursando, de alguna manera nosotras las obligamos a trabajar. Porque nuestra formación en realidad es de acompañamiento a las prácticas, por tanto ellas tiene que pensar una secuencia, tienen que armar una actividad, tienen que llevarla al aula, la traen con nosotros. Entonces quieras o no las obligamos a jugar. Después que se animan, abris la puertita y esperamos que sigan solas. Pero no tenemos tampoco evaluaciones posteriores. En eso estamos todavía el instituto en un debe. Que pasa con el impacto de los cursos después que nos vamos nosotros. Inferimos que cae el espíritu. En algunas quedará pero no debe ser tanto como cuando están cursando. Que es más o menos lo que pasa en las otras áreas. Pero cuando están cursando con nosotras trabajan. Las compañeras que tienen como interés, o más sensibilidad trabajan y lo mismo a pasa en las escuelas. Hay escuelas que tienen en primera infancia mucho proyecto, que tiene que ver con lo afectivo, con la convivencia donde la sexualidad entra. El arte estaba muy asociado también. Y ahí puede ser que la escuela y la primera infancia le den un lugar más. Pero después en general bueno, lo que hay. Creo que son más intervenciones de las maestras en sí que de la escuela en sí.

Yo: Claro, son más bien como trabajos aislados que se dan dentro de la escuela y no dentro de una línea de trabajo

M: No es una línea de trabajo, porque tampoco es una línea política. No hay una línea política educativa clara en esto. En esto hay que ser claro también porque si te vienen a evaluar lo que vos decís es bueno, trabajaste lengua y matemática. Chau. Es así. Sí hay un marco curricular en primaria en primera infancia. Viste que esta el marco curricular en primera infancia que capaz que abre un poquito más, es más amigable en lo que tiene que ver con estas temáticas, que el programa en sí. Pero tampoco, si buscas mucho, si miras el marco curricular tampoco habla mucho de educación sexual

Yo: Sí, desde el marco curricular hay muy poca cosa

M: Muy poca cosa, sí.

Yo: Me queda por preguntarte que cambios introducirías vos

M: Yo introduciría cambios en el programa, primero. Pondría, algo que nos falta es que en el programa aparezca la educación sexual como área transversal pero que se visibilice más claramente. Y que hubiese alguna información en la fundamentación por ejemplo que no existe. Existe alguna cosita de educación sexual en el programa pero no está... ni siquiera están claras. Lo único bueno, clarito es la definición de sexualidad. Pero después es tanto como el área transversal. Es tan transversal que se desdibuja. Incluso el enfoque de género en realidad no está claro. Lo único que está claro es lo de roles, y eso quieras o no hace a las prácticas. Porque hay un programa donde ya se posiciona y vos fijate que si yo te digo que es lo que más se trabaja: es género. Pero justo la fundamentación va de acuerdo a lo que pasa con las prácticas. Eso no es inocente. Es porque el programa marca. Es el currículo y marca. Ahí debería aparecer educación sexual en algún lado y que dijera cómo es un área transversal, que cosa implica hacer un área transversal, como poder transversalizarla, cual es el fundamento, cual es el enfoque de género en sí. Y después otra cosa que trabajaría más es desde la supervisión. Algo que nosotros estamos tratando de hacer pero es difícil de entrar. Desde el tipo de supervisoras, las inspectoras, las directoras, tendría que haber cómo... y también de las políticas educativas, pero bueno. Sobre todo desde la supervisión, tendría que haber como una visibilización desde su rol, de que cosas ellas desde su rol podrían hacer para impulsar la educación sexual. Porque a veces es una pregunta de ellas decir "bueno, ¿qué hiciste en educación sexual, que hiciste en salud sexual, cómo lo trabajaste?" simplemente con esa pregunta muchas veces impulsan una práctica que en realidad si no se supervisa... no es por el supervisar para obligarte, sino para hacerte ver que eso también lo tenes que dar. Porque es desde ese rol de acompañarte de alguna manera que estás haciendo vos como maestra. Entonces también, desde la supervisión tendría que haber mayor énfasis. Pero esto también implica que desde las políticas públicas hubiese algo que dijese que esto es importante. Y después otra cosa que haría sería mayor articulación. Mayor articulación interinstitucional. Hay como un montón de actores que están trabajando, en el mismo territorio a veces y desconectados. Y a veces el club de niños tiene un grupo que trabaja re lindo, pero la escuela en realidad no trabaja ni para atrás, o la escuela tiene un grupo re lindo, pero aquellos no saben, o salud pública está trabajando re lindo, pero en la cuadra de al lado y yo no me entere, y a veces con las redes barriales, y yo he visto lugares donde trabajan muy bien, muy bien, donde hay una red de trabajo. Porque la escuela no funciona sola. Entonces conozco algunos casos particulares que trabajan re lindo, donde trabajan tres o cuatro actores institucionales,

que trabajan con salud sexual, con toda la escuela y no es que venga alguien más a trabajar a la escuela. Es que a veces la escuela: “ah allá aquellos tienen una valija que me puede servir”, y voy y pido la valija. Y a veces la escuela sale a mostrar o sale a preguntar. Pero la articulación en territorio es fundamental.

Yo: Sí, eso te iba a preguntar, como era el trabajo interinstitucional

M: Por ahora la articulación es muy pobre. Muy pobre. Depende también como en cada escuela, en cada territorio de los actores que haya, de las personas. No hay como una línea clara de articulación. Yo sigo sintiendo que nosotros estamos como en varias redes pero sigo sintiendo que nos sentamos atrás de la mesa y conversamos y pensamos en cosas que cuando bajan a territorio después a las personas le llegan como... y lo tiran para un costado.

Yo: Sí, capaz que las resistencias...

M: Sí, claro. Porque a la gente le llega, le cae de arriba pero no está sensibilizado.

Yo: No está involucrado

M: Claro, no está a fin. Le llega algo más. “Ah mira hay una actividad en tal lado, mira qué lindo”. Y no están claras las ideas de articulación. Y no sé ni cómo. No se me ocurre ni cómo. Ni me preguntes como. Pero estamos lejos de trabajar en grupo en estas cosas. También son cosas muy históricas, que la escuela es como La escuela, y la policlínica es La policlínica, y está el ministerio de salud, y está el ministerio de educación, yo que sé, hay como una impronta, una idiosincrasia ahí que, necesitaría un cambio también. Hay lugares donde trabajan bien. Lugares que trabajan muy bien.

Yo: ¿Cómo cuáles?

M: Mira yo en la red de infancia del zonal 3, no en salud sexual, pero si en otras cosas trabajan muy bien como red. Después sé que en Cerro Largo, con unas cosas de algo rural, no me acuerdo el nombre, algo como socio educativo, trabajan referentes de sexualidad del PES, trabajan los profesores del liceo, articulan en la zona muy bien. Después en artigas sé que también trabajan muy bien. Pero conozco porque me encuentro las personas y te cuentan las compañeras.

Yo: Claro, como a mí me paso haciendo este trabajo es que me costaba encontrar cosas escritas de lo que se ha hecho en Uruguay

M: No hay.

Yo: Es muy poco lo que hay sistematizado

M: En Uruguay lo que tiene que ver con la producción del trabajo en educación sexual de las maestras no hay nada. Nosotros como equipo es una de las cosas que queremos empezar a mostrar de lo que se hace. Porque creo que mostrar lo que se hace también hace que otros hagan. Y bueno una de las cosas que tenemos como meta este año es empezar a producir, a mostrar las mismas producciones de las compañeras, lo que están haciendo las maestras.

Yo: Yo al principio pensaba no puede ser que nadie haya trabajado estos temas.

M: Sí, sí. Pero no, hay una cuestión de que no se produce.

Yo: Pensaba también si no hay ahí también una resistencia

M: Sí, pero yo no sé si con la temática en sí o las maestras que no somos de producir. Una cuestión muy también de la formación y de lo que implica ser maestra y de la maternidad. La subordinación que una siempre tiene. Las maestras siempre decimos que no sabemos nada. Vos hablas con las compañeras y “ay pero yo no sé de esto”, “a vos te parece que yo esto lo puedo decir” y nos sentimos siempre desde ese lugar y no por algo uno dice maestro y profesor, ya tiene una categoría diferente. Y eso uno también lo vive y lo hace carne. Y sentirte desde ese lugar de subordinación y que lo que lo que vos haces no vale es parte de nuestra carrera. Entonces también eso. Tienes que vencer esas resistencias que no tienen que ver solo con el tema, en general tienen que ver con tu propia autovaloración profesional. Es parte del juego. No es solo con el tema. Porque en general, para sacar las prácticas hacia afuera, para que se animen a escribirlo, es un tema, en cualquier área. Te lleva años producir algo. Años, años, años. Lo que vayas a hacer, de cualquier tema. Es una cuestión de convicción. El otro día estaba leyendo a Morgade justo en eso y hablaba de eso, de “una subordinación del saber académico” decía ella. Que en realidad tenía que ver con esto, que la escuela era como el centro donde estaban encerradas las mujeres y la infancia. Y tiene que ver con las mismas posiciones de subordinación. Y yo decía no está tan mal, estoy muy de acuerdo con lo que dice Morgade, porque es tal cual. Las compañeras no se convencen de lo que puedan hacer con los niños es valioso.

Yo: ¿Tampoco se cree que sea relevante trabajar la salud sexual en la primera infancia?

M: Claro, y ahora le sumamos, imagínate a eso, ahora le sumamos educación sexual. Y te digo que de educación sexual a salud sexual es como... si quieres bajarlo en niveles de importancia. Porque claro, si yo te digo educación sexual capaz que hay gente que no trabaja sexualidad, trabaja un componente, género y te dice "no, pero yo hice algo". Pero si les decís salud sexual es menos. Para qué, son muy chiquitos. Para esto que venga el médico. Pero ta. Estamos bien, bien. Estamos mejor. Estamos mejor porque tenemos un programa que habilita, una formación que ayuda y gente que esta con ganas. Capaz que no es mucha como una quisiera, pero hay mucha gente que esta sensibilizada y con ganas de trabajar y que trabaja.

Yo: Y pensando en esto

M: Y pensando en esto. Pensando cómo mejorarlo. Está bueno. Estamos mejor que antes.

Yo: Bueno. Muchas gracias

M: Pero por favor