

Salud, VIH-sida y sexualidad trans

Atención de la salud
de personas travestis y transexuales

Estudio de seroprevalencia
de VIH en personas trans



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación



Presidenta de la Nación
Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministra de Salud de la Nación
Lic. Graciela Ocaña

Secretario de Promoción y Programas Sanitarios
Dr. Juan Carlos Nadalich

Subsecretario de Salud Comunitaria
Dr. Aldo Marconetto

Subsecretario de Prevención y Control de Riesgos
Dr. Humberto Jure

Director de Sida y ETS
Dr. Claudio Bloch

Agosto 2008

Salud, VIH-sida y sexualidad trans

Atención de la salud de personas travestis¹ y transexuales

Estudio de seroprevalencia de VIH en personas trans

¹ En el contexto de este trabajo usaremos el término **travesti** para referirnos a las personas que nacieron con sexo biológico masculino y que asumen características del género femenino.

Agradecimientos

A la Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, que autorizó la reproducción de los artículos aparecidos originalmente en julio de 2007 en la publicación "Atención de la salud de personas travestis y transexuales".

A la oficina local de la Organización Panamericana de la Salud por su permanente apoyo al trabajo en prevención del VIH-sida en el país y, en particular, por el respaldo a las acciones orientadas a los colectivos más vulnerables ante la epidemia. Su apoyo fue fundamental para realizar esta versión –revisada y ampliada– de una publicación dirigida al equipo de salud para su trabajo con personas *trans*.

Índice

Agradecimientos	2
Presentación	5
Primera parte	
1. Nociones generales sobre sexualidad	9
2. Conociendo mejor a las personas travestis	18
3. La primera consulta con una trans	24
4. Consideraciones específicas sobre el tratamiento hormonal	29
5. Consideraciones específicas sobre la atención clínica	42
Segunda parte	
Estudio de seroprevalencia de VIH en personas trans	49
Los autores	57

Presentación

Por muchos motivos, la epidemia del VIH-sida puso en evidencia que la sociedad en la que vivimos es infinitamente más compleja de lo que creemos en general. En las últimas décadas llegaron a los medios masivos de comunicación realidades y noticias que antes sólo eran conocidas por sectores particulares.

En el terreno específico de la salud, lidiar con esta infección obligó a un importante número de científicos sociales y del campo de la biomedicina a mejorar la comprensión sobre la sexualidad, como requisito indispensable para llevar adelante políticas, programas y prácticas preventivas y asistenciales que pudieran detener y/o responder a los efectos de la epidemia. En este contexto las personas travestis, transexuales y transgénero (*trans*) cobraron una nueva visibilidad.

Y, entre otras cosas, vimos que desde hace muchos años las personas *trans* acceden a los hospitales públicos cuando ya es muy tarde, cuando están muy enfermas y su salud muy deteriorada. No lo hacen antes, en parte, porque el ingreso a un efector de salud significa la mayoría de las veces padecer diferentes tipos de agresión o maltrato. Aquí creemos, y es nuestra apuesta, que en muchos casos el maltrato está vinculado a una falta de conocimiento sobre cómo es este otro, cómo atenderlo, cómo tratarlo, qué necesita.

Las últimas dos décadas también han sido escenario de luchas de grupos de la sociedad civil y sectores del Estado por mejorar la calidad ciudadana de aquellas poblaciones marginadas, discriminadas y vulneradas en sus derechos más elementales. Estas luchas políticas planteadas desde la sociedad civil en defensa de los derechos sexuales han tendido a la visibilización de personas y problemáticas que eran estigmatizadas y/o ignoradas en sus necesidades y reclamos específicos.

En su momento, y buscando dar respuesta a estos legítimos reclamos, la Coordinación Sida del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires junto con profesionales aislados del sistema público de salud fueron generando respuestas parciales en dos direcciones complementarias tendientes a brindar una mayor accesibilidad de la población *trans* al

sistema público de salud: 1) contribuir desde el Estado en las acciones de visibilidad y *advocacy* a través de la difusión de las problemáticas en espacios de capacitación y encuentros con los equipos de salud; y 2) aparición de profesionales y equipos de salud “amigables” que brindan atención a las personas *trans*.

Producto de este esfuerzo, se publicó en julio de 2007 un documento de trabajo –“Atención de la salud de personas travestis y transexuales”– que, con algunas modificaciones, se reproduce en la primera parte de esta publicación y consta de cinco artículos. El primero es “Nociones generales sobre sexualidad”, en el que se presentan algunos conceptos básicos que, entendemos, permiten salir de una lectura “natural” de la sexualidad para poder pensarla como un hecho social y cultural. Entender la complejidad de cómo nos formamos como hombres o mujeres permite entender mejor por qué también podemos ser *trans*.

El segundo artículo –“Conociendo mejor a las personas *trans*”– apuesta a transmitir una visión que pueda comenzar a responder muchas preguntas que la mayoría de los profesionales se hacen con respecto a cómo son, cómo se sienten, qué necesitan, de qué sufren. Se considera también la relación entre personas *trans* y el ejercicio de la prostitución como modo de sustentarse económicamente.

En el tercer artículo, titulado “La primera consulta con una travesti”, se buscó hacer una transición que permita comprender cómo los aspectos sociales y culturales de las travestis pueden afectar su modo de presentarse en la consulta. El temor al rechazo –al que lamentablemente están acostumbradas– puede aumentar las conductas defensivas. Por esto en el apartado se brindan algunas pautas claras que pueden facilitar la construcción de un vínculo amigable profesional-paciente.

En el punto cuarto –“Consideraciones específicas sobre el tratamiento hormonal”– se aborda el tema de la autoadministración de hormonas por parte de las travestis, atendiendo a posibles efectos sobre su salud. Al mismo tiempo se ofrecen pautas para una atención adecuada desde el equipo de salud a esta práctica de “hormonarse”, habitual en las personas *trans*. Finalmente, en el quinto artículo –“Consideraciones específi-

cas sobre la atención clínica”– se ponen de manifiesto algunas consideraciones a tener en cuenta a la hora de realizar una consulta clínica con personas travestis.

Estos dos últimos artículos, elaborados en la primera versión por el doctor Ricardo Duranti, fueron escritos para esta edición por la doctora Martha Centurión, quien ya había colaborado en la revisión del documento original.

En la segunda parte de esta publicación, el licenciado Juan Sotelo resume algunos de los principales resultados del “Estudio sobre seroprevalencia de VIH en personas trans (travestis/transexuales/transgéneros) y su asociación a prácticas de riesgo” realizado entre los meses de agosto y diciembre de 2006 por el entonces Programa Nacional de Sida junto con la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina y la Fundación Buenos Aires Sida.

Se detallan, entre otros datos, los valores de seroprevalencia para VIH registrados en una muestra de personas *trans* (travestis/transexuales y transgéneros) con identidad de género femenina, así como algunas de sus características sociales, demográficas, culturales y de salud.

Algunas aclaraciones necesarias antes de pasar a la lectura del texto:

En primer lugar, el destinatario de este texto es el equipo de salud. Es difícil que alguien en forma individual (con excepciones, por supuesto) pueda comprender de modo exhaustivo la totalidad de los capítulos en la medida en que algunos son “más psicológicos y sociales” y otros “más médicos”. Si bien se ha hecho un esfuerzo por acercar los lenguajes, queremos reconocer los límites que la complejidad de los temas abordados nos impone para crear un texto que hoy por hoy pueda ser “leído por todos”.

En segundo lugar, somos conscientes de las imperfecciones de diferente orden que puede tener el texto; el mismo es un comienzo, una manera de “entrar” al tema, una “excusa” para empezar a conversar e ir armando un lenguaje común y una legitimidad a la inexcusable necesidad de atender a las personas *trans*.

Primera parte

1. Nociones generales sobre sexualidad

Dr. Ricardo Duranti

"Si hemos de pronunciarnos respecto a la cuestión de la identidad, hemos de partir de nuestra condición de seres únicos. Las relaciones que debemos trabar con nosotros mismos no son de identidad, sino más bien de diferenciación, creación e innovación. Es un fastidio ser siempre el mismo. No debemos descartar la identidad si a través de ella obtenemos placer, pero nunca debemos erigir esa identidad en norma ética universal."

Michel Foucault

Sea propia o ajena, amigable o extraña, la sexualidad es, sin duda, uno de los temas sobre los que más se habla, piensa o escribe. Sin embargo, continúa siendo un asunto conflictivo no sólo para los "expertos" sino para la población en general, en la que estamos incluidos los profesionales y el equipo de salud. Es un enigma que presenta una gran confusión terminológica en lo que hace a su discurso descriptivo (¿técnico?). O, como bien aclara Joan Copjec, "el sexo no tiene otra función que la de limitar la razón, eliminar al sujeto de la esfera de la experiencia posible o el entendimiento puro". Dicho en otras palabras: el sexo es una experiencia no razonable.

De todas formas, todos, finalmente, hablamos de sexo y un punto de partida para intentar un diálogo común puede ser establecer un vocabulario básico para reducir al mínimo la sobreinterpretación que suele arrastrar el uso de los términos *sexo* y *sexualidad*. Claro que teniendo siempre presente que es imposible evitar la ambigüedad en un tema ambiguo de por sí, ya que las ideas que tenemos sobre el sexo y la sexualidad dependen de muchas variables: la cultura en que vivimos, las enseñanzas que recibimos, la forma en que fuimos educados, la relación que nuestras personas significativas tuvieron (o no) con su propia sexualidad, los conflictos o problemas propios que tengamos tanto si se refieren directamente a nuestra sexualidad como a las sexualidades de otros/as, etc.

De ahí lo interesante de destacar la pluralidad de significaciones que aparecen asociadas a algunas palabras, no siendo nuestra intención zanjar el conflicto entre diferentes interpretaciones conceptuales –generalmente vinculadas a la ideología del que interpreta–, sino establecer un criterio mínimo de uso a los fines de este trabajo.

La palabra *sexo* –de la que ya hay referencias en el idioma castellano en el siglo XV– remite a la división de los seres orgánicos en *macho* y *hembra*, sentido que, en parte, se conserva hasta hoy, aunque también se suele aplicar a las cualidades que los distinguen. Es una palabra que en sus orígenes remitía exclusivamente a la **reproducción**, pero que luego se fue extendiendo a otras áreas tales como las **prácticas sexuales** y algunas formas de vinculación. Por esto, los múltiples contextos en que se la usa y sus derivados (*sexual*, *sexuado*, *sexos*) arrastra tantos significados que la palabra se ha vuelto imprecisa.

Pero podríamos limitar esta multiplicidad de significados a dos grandes grupos:

- **el sexo como característica biológica**, que remitiría a la diferencia sexual anatómica. Es el significado más restrictivo y que deriva de la significación original. En estos términos deberíamos hablar de macho y hembra en vez de hombre o mujer (y mucho menos de masculino o femenino). En este sentido nos limitamos a la genitalidad.
- **el sexo como comportamientos eróticos**, entendiendo como tales a aquellos actos en que se ponen en juego elementos ligados, en mayor o menor medida, con la genitalidad.

A pesar de que caracterizar al sexo como biológico puede parecer muy claro, no aislamos una entidad unívoca, ya que éste puede dividirse en varios componentes:

- **el sexo genético** (dado por el número y tipo de cromosomas)
- **el sexo cromatínico** (dado por la presencia o ausencia del cuerpo de Barr)
- **el sexo hormonal** (dado por el equilibrio entre andrógenos y estrógenos)

- **el sexo gonadal** (dado por la presencia de testículos u ovarios)
- **el sexo fenotípico** (constituido por la morfología del aparato reproductor tanto interno como externo)

A todo esto se puede agregar el *dimorfismo somático* que se establece definitivamente al final de la pubertad, incluyendo las *características sexuales secundarias*. Y para rizar el rizo, todavía podríamos pensar en un sexo cerebral dado por las diferencias anatómicas encontradas en el área preóptica del hipotálamo y que se conocen como núcleos sexualmente dimórficos y que, hasta ahora, nadie sabe a ciencia cierta cuál es su función en el ser humano a pesar de una enorme cantidad de estudios sobre sexualidad realizados en animales.

El **sexo biológico** supondrá, pues, una serie específica (y coherente) de todas estas características. No siempre estudiadas, no siempre concordantes.

Desafortunadamente, los diferentes aspectos del sexo biológico no nos aclaran quién es uno/a, y mucho menos cuál es o será el comportamiento sexual de quien posea tales rasgos. Muchísimo menos qué tipos de prácticas pueden esperarse de tal o cual persona. Podría ser un alto ejecutivo padre de muchos hijos que, en sus ratos libres, disfruta de prácticas sexuales llamadas "sado-masoquistas". Mientras que una buena ama de casa y amante esposa, en su fantasía podría verse como una bailarina topless.

Sexo de asignación, sexo legal, sexo de crianza

Imaginemos una sala de parto en plena actividad en la que una mujer está a punto de dar a luz. Puede haber un médico, una obstétrica o ambos. Tensión... llega el producto del embarazo. No es ni él ni ella porque falta un paso: el médico o la obstétrica deben examinar este producto y determinar el sexo usando un sentido muy común: la vista.

La determinación sexual está basada en la observación de los que asisten al parto; remite por lo tanto a la morfología externa. Sólo cuando ésta es muy ambigua, se investigan

otras variables (cromosomas, cromatina, etc.). A este sexo que se asigna "en la sala de partos" se lo conoce como **sexo de asignación**, ya que el sexo es atribuido por otros/as y será la base para establecer cuál será el sexo del o de la futuro/a ciudadano/a dentro de un marco legal. Una vez inscripto/a el niño o la niña como tal, el **sexo de asignación** pasa a ser el **sexo legal**, que constituye un salto cualitativo en el que pasamos de lo biológico (macho o hembra) a las atribuciones culturales de lo masculino y lo femenino.

Y este acto de legalización de lo asignado tendrá, a su vez, consecuencias psicológicas fundantes para nuestro desarrollo como personas que, llegado cierto punto, se volverán casi irreversibles, ya que confieren al niño o niña **una impronta que confundimos con algo natural, cuando en realidad se trata de una construcción.**

La forma en la que los padres (y el entorno social en general) objetivan al niño o niña dependerá del sexo legal (asignado), y así se establecerá un **sexo de crianza**, que estará dado por los parámetros culturales –masculinos o femeninos– que los padres y el entorno inculcan a sus hijos o hijas y que depende de ese sexo que les fue dicho. Como un piloto automático, será celeste para el niño y rosa para la niña, con todas las implicancias culturales que esto conlleva.

"Debemos entender el sexo mismo en su normatividad porque la materialidad del cuerpo no puede ser entendida sin la materialización de las normas regulatorias. Así, el sexo no es simplemente algo que se tiene, una descripción estática, sino aquello que califica al cuerpo de por vida y lo inscribe en un dominio de inteligibilidad cultural."

Judith Butler

Si pensamos lo dicho acerca del sexo biológico deberíamos suponer que, *sensu strictu*, debemos catalogar al producto del embarazo como macho o hembra, pero vemos que en ese mismo acto de asignación (del sexo) se establece un estatus sexual con una significación que trasciende la idea del sexo como algo puramente biológico y, por lo tanto, natural. O, siguiendo a Mónica Wittig, debemos tener en cuenta que cuando se demarca el "sexo" como tal ya se construyen y nor-

malizan ciertas formas de diferenciación, celeste o rosa, sin plantearse otras opciones como amarillo o violeta. Y con esta diferenciación entramos de lleno en el terreno de la **sexualidad** que, en un sentido muy amplio, sería el **discurso que se instaura sobre y alrededor del sexo**².

Esto es lo mismo que decir que la sexualidad sólo existe al materializársela en el cuerpo. No hay sexualidad en la naturaleza, no se nace con ella sino que se la construye discursivamente. La sexualidad es todo aquello que decimos del sexo, pero también será las normas con las que la cultura regula y normativiza el sexo (fidelidad, matrimonio, reglas de apareamiento como la edad de consentimiento, significado cultural de tener o no hijos, quién con quién, etc.).

Podemos pensar la sexualidad como un concepto que incluiría al menos tres dimensiones:

- 1 El sexo biológico.
- 2 Toda conducta o comportamiento que tenga su origen en estímulos sexuales (no necesariamente genitales), aunque estos no fueran visibles.
- 3 Los elementos interpersonales y emocionales relacionados con las fantasías dadas por aquellos estímulos y que pueden corresponderse o no con las pautas culturales dominantes de pertenencia.

En la sexualidad el elemento clave no está dado por el sexo biológico sino por el campo de las fantasías que cada persona elabora sobre sí misma y sobre los otros en tanto objetos sexuales.

Establecer el **sexo de asignación** como variable de la constitución del psiquismo humano llevó a buscar conceptos que permitieran pensar las interrelaciones de la sexualidad con la cultura sin excluir lo histórico de aquélla, puesto que la sexualidad, si bien es un invariante histórico –siempre hubo alguna forma de sexualidad–, no flota por encima de las personas en forma ahistórica como pretenden muchos/as al naturalizarla, sino que está fuertemente condicionada por las ideas acerca de lo femenino y lo masculino que existen en cada época.

Hasta aquí, hemos relativizado ciertos conceptos que situaban

² Es por este motivo que hablar de “sexualidad humana” es redundante, en la medida en que los discursos sobre el sexo sólo existen en el mundo humano.

al sexo y la sexualidad como procesos naturales y automáticos, apenas matizados por el medio en que les toca desarrollarse. Aparece así el concepto de **género**, para referirnos a los aspectos de la sexualidad relacionados con el universo socio-cultural masculino y femenino, y su intervención en la constitución del psiquismo³. Esta distinción entre sexo y género produce un corrimiento de sentido de modo tal que ser hembra ya no es condición para ser mujer o acceder a la feminidad (lo mismo se aplicaría para la masculinidad). El género, siempre según Butler, sería una interpretación cultural del uso de los cuerpos. Al ser el género una construcción histórica y social, no aparece en forma pura sino que está atravesado por otras variables, como la orientación sexual, la clase social o la raza.

Como definición operativa, podemos decir que **identidad genérica** es la íntima y subjetiva certeza que tiene cada persona de ser hombre o mujer. Siempre teniendo en cuenta que hombre y mujer no son términos absolutos sino tan sólo los extremos de un continuo que incluye muchas variantes y sin implicar orientación sexual alguna.

Se considera que esta certeza ya se ha establecido entre los dos o tres años (Stoller), cuando el/la niño/a reconoce el género de sus padres, no sobre la base de las diferencias fenotípicas, sino en términos de sus atributos culturales masculinos o femeninos.

De la **identidad de género** se desprende el concepto de **rol**, palabra que deriva del latín, y que se refería al libreto destinado a los actores. Para la sociología y la antropología, el rol es lo que uno representa y que es variable de acuerdo a la circunstancia particular del sujeto. Así, yo puedo ser médico en un lugar, y ser hijo o padre en otros. Algunos de estos roles definen la autopercepción así como la forma en que somos percibidos por otros. Es un punto de encuentro que relaciona lo individual con lo social.

Para J. Money, el rol de género es "todo lo que una persona dice o hace para comunicar a los demás o a sí misma el grado en el que es hombre o mujer. El género es la expresión privada del rol mientras que éste es la expresión pública del género".

³ Siguiendo a Butler (1990), podemos decir que el **género** es la variable cultural que interpreta al sexo, careciendo de fijeza y permite un fluir más dinámico de la identidad.

En el rol intervienen todos los elementos culturales que identifican lo masculino y lo femenino en una sociedad dada, desde la ropa hasta las actitudes culturales e incluso la forma en que pueden relacionarse con el otro sexo o expresar sus afectos. Estos elementos son extremadamente variables. Hace treinta años ningún hombre hubiera usado aros o maquillaje, por citar sólo un ejemplo. En nuestro país los hombres no usan polleras mientras que en Escocia el kilt es una prenda nacional y exclusivamente masculina. Muchos/as miran con sorpresa a una mujer conduciendo un colectivo o un taxi, ya que estamos habituados a pensar esos trabajos como roles típicamente masculinos.

Género, sexo de asignación y de crianza van de la mano en una compleja mezcla de procesos identificatorios. Esto permitirá el reconocimiento del otro como semejante o distinto, y así construir la imagen corporal –real o imaginaria– que marcará rumbos identitarios, estables, pero no necesariamente fijos, visto que la identidad (genérica, sexual) nunca es fija y cerrada en sí misma sino que la podemos entender como un devenir de identidades posibles. Y aun tomando todo esto en consideración, no podríamos predecir conductas, prácticas, elecciones, etc. Como vemos, una persona cualquiera es un complejo rompecabezas con final abierto a pesar de que los condicionantes culturales tiendan a que nos manejen con identidades más o menos estables.

Si pensáramos en armar una mujer heterosexual, por ejemplo, tendríamos que:

- Su **sexo biológico** es el de una hembra, donde deberían coincidir todas las variables consideradas (cromosomas, cromatina, etc.).
- Su **identidad de género** es femenina.
- Su **identidad de rol** se corresponderá con la identidad de género, aunque esto dependerá del medio en que esta mujer se mueva y de la permisividad de las pautas culturales en relación con sus roles sociales.
- Su **orientación sexual** será, obviamente, heterosexual. Y si pensáramos en armar a una mujer homosexual veríamos que todo sería igual salvo que su orientación sexual sería homosexual.

Para ir finalizando, ¿qué tan animales podemos ser?

Muchos/as podrían preguntarse cómo compaginar todo lo dicho con la gran cantidad de estudios sobre sexualidad que hay, hubo y habrá. Una primera respuesta es que esos estudios son realizados a partir de observaciones en animales cuyas conclusiones se extrapolan a la conducta humana. Otros toman en cuenta conductas o prácticas y tratan de encontrarles un basamento genético u hormonal.

La sexualidad –a diferencia de la genitalidad– es un comportamiento abierto por sus significados subjetivos y, al extrapolar conclusiones, se suele olvidar el gran componente de la afectividad y, a través de éste, las motivaciones inconscientes del deseo (sobra poner del deseo humano ya que sólo el ser humano es deseante).

Los modelos explicativos experimentales, desarrollados a partir de respuestas a estímulos en animales, no pueden extrapolarse simplemente a los seres humanos puesto que las manifestaciones inconscientes que subyacen al establecimiento de la identidad genérica, los roles y las elecciones de objeto nos alejaron fatalmente de la linealidad de los instintos. Un ejemplo de exceso es la suposición de Dörner, quien en 1988 publicó un estudio donde concluye que el andrógeno perinatal produce la homosexualidad por haber observado en ratas macho, neonatalmente castradas, comportamientos que él mismo suponía análogos a los de la homosexualidad masculina.

Finalmente alguien podrá pensar ¿por qué tanta vuelta si sexo hubo siempre? Sí, claro, pero no confundamos sexualidad con genitalidad, como primer paso, y digamos que en tanto hubo reglas que normativizaron el uso de la genitalidad (quién con quién, por cuánto tiempo, dónde, etc.), ésta dejó de ser natural para dar paso a una construcción sociocultural: la sexualidad. Lo nuevo fue pensar sexo y sexualidad como objetos de estudio, lo cual es un invento moderno, a tal punto que ya hay gente que dice que la sexualidad está por desaparecer.

Bibliografía

- Butler J., *Gender trouble, feminism and the subversión of identity*, New York, Routledge, 1990.
- Idem, *Bodies than matter, on the discursive limits of "sex"*, New York, Roulledge, 1993.
- Copjec J., *El sexo y la eutanasia de la razón*, Buenos Aires, Paidós, 2006.
- Dörner G., *Neuroendocrine response to estrogen and brain differentiation in heterosexuals, homosexuals and transsexuals*. Arch. Sex. Behav. 17: 57-75, 1988.
- Freud S., *Obras completas*. Buenos Aires, Amorrortu editores, 1ra reed, 1986.
- Money J., *Gendermaps, Social Constructionism, Feminism and Sexophical history*. New York, The Continuum Publishing Co, 1995.
- Money J., *Gay, Straight and in-Between: the sexology or erotic orientation*. New York, Oxford University Press, 1988.
- Stoller R., *Sex and gender: on the development of masculinity and feminity*. New York, Science House Eds, 1968.

2. Conociendo mejor a las personas travestis

Lic. Matías Hessling

¿Qué es una travesti?

"Las travestis son mujeres que no aceptan resignar el placer que permiten sus penes", postula la antropóloga Josefina Fernández (2004) después de haber indagado en la problemática del travestismo como cuestión identitaria.

Definir el travestismo es problemático. Muchos interpretan que el objetivo último del travestismo es la transformación total de su genitalidad en el sexo (biológico) opuesto al de nacimiento. Esta interpretación resulta de pensar en términos biológicos (hombre-mujer) y desde esta mirada es más tranquilizador situarlas en uno de los (dos) lugares conocidos.

Nos referiremos a las travestis utilizando el género gramatical femenino ante la falta de un tercer género gramatical; y por otro lado el femenino es el género que ellas prefieren para referirse a sí mismas. La travesti no es un "trasvestido", ya que esta categoría hace referencia a un "disfraz", a "hacer de" y no se corresponde con la identidad de el/la travesti, a la cual nos referíamos. Es por ello que se vuelve necesario hablar con más propiedad de *transgéneros*. En el proceso de transformación física, el/la protagonista experimenta con su cuerpo, se apropia del mismo y decide sobre él. El ideal de cuerpo travesti no está definido y, en el inicio, es una incertidumbre. Esta indecisión, que en realidad es una decisión de quedarse a mitad de camino entre el cuerpo biológico masculino y femenino, crea una nueva identidad de género (no así un nuevo sexo) imposible de ser nombrada, puesto que esta *terceridad* no existe en el lenguaje.

El travestismo es un proceso que no llega a estabilizarse ya que está en constante cambio y elimina las sustancias de los géneros establecidos. La travesti encarna un conflicto entre el género de origen y su deseo de pertenencia al otro género.

La imagen travesti: el cuerpo

Al no existir en el lenguaje un género que se adecue a la travesti (quizá porque nadie nace travesti) se dificulta su nominación. El travestismo no es reductible a un concepto, necesariamente debe ser descrito al mismo tiempo que explicado e interpretado para ser inteligible. Como sucede con su cuerpo, nombrarlas es crear nuevos conceptos que a su vez no acaban de definir las.

La travesti no intenta ser mujer, a diferencia de lo que ocurre con la transexual. La palabra "transexual" fue acuñada en 1949, y refiere a personas que dicen no sentir que su identidad de género se corresponda con su sexo anatómico, por lo que recurren a tratamientos hormonales e intervenciones quirúrgicas que les permitan "corregir" ese "desmadre de la naturaleza", y la intervención técnica de la construcción de ese cuerpo femenino tan deseado es determinante.

La travesti en la mayoría de los casos no accede al sistema de salud, por autoexclusión ante el temor a ser discriminada, o porque el mismo sistema la excluye. En cambio, un/a transexual, por su certidumbre, recurre a abogados para demandar ante la ley y el Estado el cambio de sexo, y a médicos y psicólogos que "admitan y corroboren" desde el lugar del saber esta corrección anatómica deseada.

El primer paso de una transgénero masculino a femenino (M-F) para feminizarse será travestirse de mujer. Este travestirse estará condicionado por lo que la sociedad dictamina qué es ser mujer, cómo se ve y cómo luce una mujer. En ese proceso de transgenerización, y en ese darse cuenta de que no son mujeres, ni que tampoco quieren serlo, las travestis se diferencian de las transexuales y ahí es donde emergerá esta *tercera identidad*. Ninguna travesti en estado de prostitución aspira a ser mujer "anatómica" (es decir, con vagina), pero tampoco quiere quedarse en una identidad masculina, enerrada en el ser hombre por tener pene.

"Soy consciente de que no soy una mina, tengo pene, soy una traba ¿me entendés? Y vivo de eso", explican muchas de las chicas travestis que trabajan en la calle.

En la travesti conviven lo masculino y lo femenino, lo anatómico intervenido y la imagen cultural sobre qué es una mujer para los ojos sociales. Estos elementos cristalizados en características naturalizadas se imponen al cuerpo biológico y configurarán el cuerpo travesti.

¿Las travestis se sienten mujeres?

El travestismo es la prueba viviente de que la biología y la genitalidad no determinan todo. Un hombre no es hombre sólo porque tiene un pene, ni una mujer es tal únicamente porque tiene vagina, sino que los géneros se construyen desde múltiples mediaciones culturales.

Lograr un cuerpo femenino requiere incorporar "marcadores corporales" de la feminidad, dice Fernández (2004), interpretando primero el "significado social de ser mujer, y adquiriendo gradualmente los símbolos de la feminidad en orden a construir su identidad genérica". En la construcción corporal, la travesti debe borrar las marcas corporales masculinas modelando el "proyecto" de cuerpo a partir del ideal social que erotiza al "hombre".

Los pechos femeninos serán la marca definitiva que permitirá leer que el cuerpo ha sido intervenido. Las travestis crean su cuerpo, construyen lo que como resultado será una ambigüedad, puesto que no quedarán adscriptas a ninguno de los géneros más que sólo en apariencia.

Prácticas sexuales y prostitución

Uno de los orígenes de la prostitución de la travesti está directamente relacionado con el desarraigo social. Siendo, en muchos casos, nativas de pueblos chicos, migran a puntos altamente urbanizados, puesto que las ciudades, por su complejidad, ofrecen más posibilidades de inserción. Las travestis quedan afuera del circuito laboral al no saber cómo insertarse y manejarse en el mercado por lo cual tampoco logran tener una perspectiva de futuro. Sin embargo no escapan del todo al circuito económico, pues sus vidas están regidas por el principio económico de ascenso social, y su cuerpo es el objeto, al decir de Bataille, "transformable en dinero que vale más que el sujeto, el cual, desde que pasa a depender de

los objetos, ya no existe para sí mismo ni posee dignidad real alguna".

Este "ascenso social", si bien económicamente posible, cae fácilmente por transgredir la matriz heterosexista que opera sobre todas las clases sociales. Tener dinero no basta, una travesti sigue siendo ilegítima; por ejemplo, respecto a los implantes de siliconas. En Argentina no existen leyes que legislen sobre la colocación de prótesis de siliconas, pero las competencias culturales que condicionan a la travesti no permiten que ésta se realice una intervención quirúrgica legal. En las clases bajas el asesoramiento con respecto a la colocación de prótesis se da entre pares, a diferencia de lo que puede llegar a suceder en las clases medias o altas, donde es posible recurrir al médico de la familia puesto que en estas clases el estatus socioeconómico lo permite. Si bien se permite un asesoramiento pago, éste nunca es legítimo por la situación cultural del travestismo. Sólo las personas transexuales pueden pasar por un proceso judicial para intervenir su cuerpo biológico; pero para realizarlo deben declararse construidas como mujeres culturales desde una perspectiva psicologista, para recién construirse "técnicamente" como mujeres anatómicas. Es mucho más factible una transexualización por vía judicial que un cambio de género en un documento nacional de identidad de una persona travesti.

Una travesti y una transexual no son lo mismo por la manera de construcción de una identidad transgenérica: en una prima la indeterminación, en la otra una lucha por la determinación.

Es por esta cuestión de la "indeterminación travesti" que la intervención médica en el tratamiento hormonal debe ser personalizada, tomando cada caso en particular, puesto que no todas las travestis querrán el mismo cuerpo ni querrán darle los mismos usos a éste. Así como una medicación no actúa de manera similar en todas las personas, una prescripción hormonal pensada desde lo cultural, lo simbólico, las identidades, las significaciones, las interpretaciones y valores sociales variará para cada una de las travestis tratadas, por lo que el profesional médico deberá tener presentes estas variables al momento de asesorarla médicamente.

Muchas travestis empiezan a tomar hormonas para que les deje de salir vello en la cara, en el cuerpo, para que tomen forma los pechos, y entonces un "hombre" en proceso feminizante se "cree mujer". Sin embargo, ellas conocen el efecto de las hormonas consumidas sin asesoramiento médico, que llevan en muchos casos a trastornos psíquicos irreversibles; además, para las travestis en estado de prostitución, que no les funcione el pene no es rentable ya que la mayoría de sus clientes no buscan una vagina.

Un perfil de grupo:

(Datos tomados del libro *La gesta del nombre propio. Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina* (Ed. Madres de Plaza de Mayo), trabajo coordinado por Lohana Berkins y Josefina Fernández.)

Sobre una muestra de alrededor de 300 travestis, encontraron que:

El 46% tiene entre 22 y 31 años.

El 25%, entre 32 y 41.

Sólo el 1% tiene 62 o más años.

Son mayoría las que tienen secundaria completa (32%), casi tantas como las que han abandonado la primaria o el secundario (24 y 19%), aunque una abrumadora mayoría (el 70%) desea seguir estudiando y no lo hace, entre otras causas, por miedo a la discriminación (el 40%) y la falta de dinero (31%). Viven solas casi tantas como las que viven con amigos/as (el 34 y el 30%), menos lo hacen con su pareja (el 22%) y menos aún con sus familiares (el 14%).

Un 79% vive de la prostitución, y muchas de ellas, su mayoría, comenzaron a hacerlo cuando "asumieron su identidad de género" (el 61% de las travestis de entre 14 y 18 años, el 50% de las mayores de 18, el 72% hasta los 13).

Más de la mitad de ellas controla regularmente su estado de salud (59%), pero poco menos (40%) no lo hace, por una serie de motivos que incluyen, en orden de importancia, la discriminación y el miedo.

Una amplia mayoría modificó su cuerpo (el 88%), fundamentalmente con tratamientos hormonales e inyecciones de siliconas (la mayoría se ha realizado las dos modificaciones) hechos en sus domicilios particulares (97,7% en el caso de las siliconas y 92,9 en el caso de las hormonas).

El 91% de ellas declara haber sufrido violencia: el 86% por parte de policías (burlas e insultos, agresiones físicas, discriminación y

abuso sexual), por igual en la comisaría y en la calle (69%), pero también en las escuelas (39,9 %) y los hospitales (28,3%). Finalmente, podemos decir que en la actualidad las travestis están transitando una situación que va desde el lugar de una "desviación sexual" (en tanto práctica no reconocida) hacia una forma de "cultura" o "subcultura", politizándose, tratando de ganar un espacio propio y desarrollando un discurso también propio.

Bibliografía consultada y de referencia

- AA.VV, "Trans", *Dossier Grupo Nexo Asociación Civil*, Año 13 N° 109, Buenos Aires, marzo de 2005 .
- Bataille, George, "La noción de gasto". En *La parte maldita*, Icaria, Barcelona, 1987.
- Bourdieu, Pierre, "La elección de lo necesario". En *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*, Ed. Taurus, Madrid, 1979.
- Bourdieu, Pierre, *El sentido Práctico*, Taurus Humanidades, Madrid, 1990.
- Butler, Judith, *El Género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*, Paidós, México, 2001.
- Castoriadis, Cornelius, "Las significaciones imaginarias sociales". En *La institución imaginaria de la sociedad*, Tusquets, Buenos Aires, 1993.
- Deleuze, Gilles, "Los estratos o formaciones históricas: lo visible y lo enunciable (saber)". En *Foucault*, Paidós, Buenos Aires, 1986.
- Fernández, Josefina, *Cuerpos desobedientes: travestismo e identidad de género*, Edhasa, Buenos Aires, 2004.
- Hall, Stuart, "El problema de la ideología: marxismo sin garantías", En Revista *DOXA*, Año IX, N° 18, Buenos Aires, 1998.
- Le Breton, David, *Antropología del cuerpo y la modernidad*, Nueva visión, Buenos Aires, 2002.
- Maffía, Diana , compiladora, *Sexualidades Migrantes. Género y transgénero*, Feminaria, Buenos Aires, 2003.
- O'Donnell, Guillermo, "¿Democracia delegativa?". En *Contrapuntos. Ensayos escogidos sobre autoritarismo y democratización*, Paidós, Buenos Aires, 1995.
- Zizek, Slavoj, "Che vuoi?" y "Cómo inventó Marx el Síntoma". En *El sublime objeto de la ideología*, Siglo XXI, México, 1992.

3. La primera consulta con una trans⁴ Lic. Guillermo Leone

"Una es más auténtica cuanto más se parece a aquello que ha soñado para sí misma."

Agrado, Pedro Almodóvar.

El travestismo fue históricamente considerado un delito comprendido dentro de las denominadas *desviaciones sexuales* (con la homosexualidad y la pedofilia) y, por lo tanto, criminalizado. No se lo caracterizaba en forma específica y se lo confundía con la homosexualidad y el transexualismo, todas conductas definidas como antisociales, antinaturales y vinculadas al delito.

Hace más de treinta años (1974) que la homosexualidad dejó de ser considerada una patología en los estándares internacionales (DSM III y actual DSM IV). Si bien en Buenos Aires no estaba tipificada como delito, durante la última dictadura, la policía estaba habilitada para *reprimir actos no previstos en el Código Penal*, por lo tanto se detenía a las personas que se conocían en la vía pública por contravención del edicto "2H" (oferta de sexo en la vía pública) y a travestis por contravenir el "2G" (usar vestimentas del otro sexo en la vía pública); hasta que Buenos Aires cobró autonomía como ciudad en el año 1997 y al año siguiente los mencionados edictos fueron dejados sin efecto.

"Pecado", "vicio", "delito", "perversión", "patología"; con estos estigmas a cuestas llega la trans hoy a la consulta. Desde el momento en que entra en la sala de espera es muy posible que las miradas se vuelvan hacia ella, incluidas las de los profesionales que la atiendan. La trans sabe que despierta curiosidad, que sale de lo usual, que rompe con las reglas a las que la mayoría adscribe y esto la coloca en un lugar de mucha exposición.

La trans se constituye a sí misma a partir de un "acto transgresor", no porque lo elija, sino porque no tiene opción. Se siente a disgusto con su cuerpo y se vuelve necesario modificarlo. Así, su existencia auténtica comienza cuando decide *contrariar* el "orden dado" adecuando su aspecto y la morfo-

⁴ Existen dos variantes de trans: "las trans" que nacen varones y asumen las características del género femenino (M-F), y "los trans" que nacen mujeres y hacen cambios en dirección al género masculino (F-M). Se les nombra como eligen nombrarse, con el género de destino y no con el que corresponde a su sexo de nacimiento. En este trabajo nos referimos específicamente a las trans (M-F), el tipo más vulnerable al VIH.

logía de su cuerpo a lo que ella siente. Esta será la primera, mas no la única transgresión. También el dictamen: "el hombre, hombre y la mujer, mujer" (*binarismo cultural*) será transgredido y deberá soportar las consecuentes sanciones sociales (discriminación, exclusión de la *red social*, ilegalidad, pérdida de oportunidades, etc.)

La trans tendrá entonces una particular relación con los límites y por necesidad se hará capaz de *sostenerse en la transgresión*. Es éste un rasgo de identidad presente en la mayoría de ellas que se expresa a veces en forma de lucha por sus derechos, o en el –necesario– desafío y cuestionamiento de las prescripciones culturales de género; otras veces simplemente quebrarán las normas y las leyes que las excluyen y se limitarán a *resistir*.

Relación profesional-paciente

Con este recorrido llegan las trans a la consulta. Esperando el "cachetazo" al que están acostumbradas; así que vendrán preparadas para devolver el favor si es necesario. Casi siempre acompañadas por alguna amiga que eventualmente les dé soporte para que no abandonen el consultorio sin hacer la consulta, cosa que suele ocurrir, por ejemplo, si son llamadas por el nombre de varón que figura en sus documentos. El miedo a la discriminación y la poco desarrollada capacidad de autocuidado las hacen llegar muchas veces en forma tardía con las consecuentes complicaciones.

En las universidades no se estudia ni se entrevista a esta población, por lo que los profesionales necesitamos aprender de ellas antes de poder actuar. Para los médicos se dificulta establecer un vínculo que responda a los estándares médico-paciente pues no tienen en este caso un saber específico acerca de estas pacientes. La anatomía y la fisiología de la trans han sido intervenidas, modificadas por hormonas, siliconas y sustancias varias, y esto será diferente en cada una de ellas. La trans llega buscando ayuda, a veces de urgencia, y es difícil decidir cómo actuar cuando no se sabe a ciencia cierta en qué forma ha sido intervenido ese cuerpo; por ejemplo si se trata de efectos secundarios de las siliconas o de las hor-

monas o de alguna intervención casera. Es preciso pedir la información necesaria intentando hacerlo en la forma más amigable posible. Recordemos que la travesti creció en un ambiente en el que mentir le permitía evitar el castigo, por lo tanto quien use con ella un tono autoritario, crítico o punitivo, además de maltratarla, puede obtener información falsa o parcializada.

Algunos profesionales, movidos por su curiosidad, solicitan información innecesaria, invaden la intimidad de la paciente, u observan su cuerpo como si se tratara de un fenómeno. Algunas trans narran el dolor que les provoca que levanten la sábana para ver sus genitales, sobre todo cuando no se las está examinando⁵. Al percibir sorna, ironía o actitudes no compatibles con el rol del médico, suelen responder defendiéndose en forma hostil o incluso exhibicionista-agresiva, pues muchas de ellas están entrenadas para defenderse. Esto posiblemente explique por qué muchas trans no asumen el rol esperado por el profesional, sino que muestran comportamientos desconcertantes, como por ejemplo una abierta actitud de seducción o una franca agresividad o reticencia a cooperar.

A menos que tengamos años de entrenamiento y hayamos lidiado con muchas situaciones inesperadas, estas actitudes pueden sacarnos del rol, podemos quedar inhibidos para dar una respuesta profesional y comprometer nuestras emociones experimentando, por ejemplo, temor, enojo, desconcierto, sorpresa, angustia, etc.

Todos queremos hacer nuestro trabajo y esperamos que los pacientes colaboren, pero lo cierto es que no todos lo hacen y es bueno considerar que esto es parte del trabajo. No siempre las/los pacientes se sitúan en el "rol de buen/a paciente"; en particular desde el advenimiento del sida el empoderamiento de los pacientes ha tornado frecuentes los cuestionamientos e interpelaciones a los profesionales quienes, a su vez, se ven obligados a rever sus prácticas. En condiciones ideales el rol profesional será flexible para permitir adaptarse a diversos contextos y modalidades de vínculo. "Salirse del rol" tiene para los profesionales un alto costo en estrés y no podemos eno-

⁵ Los párrafos en los que hago una descripción de lo que sienten las travestis se basan en los relatos de integrantes de la Asociación de Travestis Transexuales y Transgénero Argentinas (ATTA).

jarnos o angustiarnos a cada momento porque no podríamos pensar con claridad y actuar con eficacia.

Antes que nada es preciso que el profesional que trabaje con trans sepa "de qué se trata" una trans (ver capítulos I y II) y que, aunque eventualmente desacuerde con su forma de vivir, se sienta capaz de respetar su humanidad. Será necesario aprender desde cómo dirigirse a ellas, a qué son vulnerables tanto en lo orgánico como en lo psicológico, y también conocer qué problemas las llevan con frecuencia a la consulta. No se puede prever todo, y es posible que igual nos sorprendan hechos o síntomas inesperados. Sin embargo, si nuestra actitud es respetuosa, no debería haber mayores inconvenientes.

Para cualquier persona, ver a un médico implica un cierto grado de exposición. La respuesta más normal frente a una exposición (sobre todo si hay temor al rechazo) es la vergüenza. La propia intimidad corporal está en juego y esto es perturbador en sí, y lo es mucho más para alguien que ha intervenido su propio cuerpo. A veces los problemas que las llevan a la consulta justamente son las consecuencias de dichas intervenciones. Por lo tanto es necesario evitar avergonzarlas reduciendo a lo estrictamente necesario su exposición corporal.

Nombrarlas hace la diferencia

¿Qué es lo que espera una trans de los profesionales que la atiendan? Respeto por lo que ella es. ¿Cómo instrumentar esto? Aunque en el documento figure un nombre masculino, es importante preguntarle cómo quiere ser llamada y que respetemos su deseo de ser nombrada por su "verdadero nombre"⁶. Acostumbrarnos a llamarlas por el apellido sería suficiente, pero si fuera posible usar el nombre que ellas eligieron sería mucho mejor. Jamás deberíamos llamarlas por su nombre y apellido legal porque esto constituye para ellas un agravio. Si fuera necesario llenar un formulario, sería bueno explicarles, por ejemplo, que sólo por esa vez se les pedirán estos datos porque la ley lo exige, y dejar constancia en la historia clí-

⁶ *Claudia Pía, Trabajadora Social y militante de ATTTA, comentaba lo doloroso que era ver que en el velatorio de una amiga travesti no aceptaban poner su verdadero nombre, que es el nombre por el que ella se nombraba a sí misma, el mismo con que la nombraban sus afectos y no el de los documentos.*

nica la sensibilidad a ser tratadas en masculino y si es posible agregar el nombre por el que quieren que se las llame.

La vergüenza es un regulador del contacto en las relaciones y retrae a la persona para preservar su intimidad. Si alguien se retrae, se dificulta la comunicación necesaria en la consulta. La forma de contrarrestar la retracción es dando mayor soporte relacional, es decir, aceptándola como es, registrándola en su individualidad, escuchándola y respetándola. Gran parte de esto se logra con sólo nombrarlas como desean ser nombradas.

Trabajar con estas pacientes implica tener disponibilidad para orientarlas sin juzgarlas por las intervenciones que hayan podido hacer en sus cuerpos. Tengamos en cuenta que el asesoramiento que han tenido generalmente no es calificado y llega de sus propias pares.

La pregunta es si los profesionales seremos capaces de dejar de lado lo que hemos aprendido antes de ser profesionales: a ver el mundo en dos colores (rosa y celeste), y si toleraremos la incertidumbre de dejar el terreno conocido y consensuado. Nadie puede empatizar con lo que no comprende, entonces: ¿seremos capaces de abrirnos a comprenderlas aunque con ello caigan las "verdades" que nos enseñaron? No es fácil trasponer esa línea y nadie está obligado a hacerlo, pero sepamos que, si lo hacemos, el mundo ya no será el mismo para nosotros, y ciertamente, tampoco para ellas.

4. Consideraciones específicas sobre el tratamiento hormonal

Dra. Martha Centurión

Así como es difícil definir el travestismo, también es difícil comprender que las travestis no desean convertirse totalmente en mujeres anatómicas, sino modificar su aspecto para verse como tales, sin intervenir quirúrgicamente sus genitales en la mayoría de los casos.

Las hormonas juegan un rol protagónico en este proceso de transición anatómica y psicológica (Meyer et. al, 2001).

El objetivo específico del tratamiento hormonal, en este caso, es suprimir o minimizar los caracteres sexuales secundarios originales e inducir ciertas características del sexo sentido.

Debemos aclarar que no existen en nuestro país trabajos publicados específicamente acerca del tratamiento de reemplazo hormonal en travestis, y que los protocolos utilizados se basan en experiencias de otros países donde, desde lo social y jurídico este aspecto de la salud está contemplado.

Esta información proviene del tratamiento para la feminización en **transexuales M-F** (de masculino a femenino), campo en el que se han establecido esquemas terapéuticos, tipos de principios activos utilizados, estudios pretratamiento y patrones de controles a largo plazo.

Las travestis suelen esperar y demandar cambios rápidos y completos pero deben saber que los efectos hormonales son progresivos y a veces limitados, que dependen de varios factores como la edad de inicio del tratamiento (Duranti, 2007) y la respuesta individual.

Por eso es importante dar una información amplia y personalizada acerca de los posibles beneficios, riesgos y complicaciones que pueden resultar de esta terapéutica, para no crear falsas expectativas.

Es habitual que quienes consultan por terapia hormonal ya estén automedicadas, lo cual nos obliga a tomar todas las

medidas necesarias para que la continuidad del tratamiento se realice en la forma más segura.

El deseo y la ansiedad de modificar su fenotipo muchas veces las lleva a intentar maximizar las dosis hormonales y/o a recurrir a tratamientos poco convencionales y nocivos para su salud.

Deberá explicarse claramente que las hormonas no eliminan por completo los rasgos del sexo original y que habrá cambios que una vez inducidos serán irreversibles.

Al respecto, en transexuales M-F no habrá modificaciones en cuanto a sus características óseas (talla, tamaño de la mandíbula, manos, pies, laringe), y respecto al aumento mamario y la eliminación del vello corporal, los resultados pueden ser variados y no siempre satisfactorios.

Este tratamiento, en cambio, sí producirá importantes alteraciones antropométricas, tales como: modificación cuantitativa de los compartimientos grasos y musculares, con variaciones en el índice de masa corporal. Se modificará la distribución de ese tejido adiposo, que en algunas ocasiones adoptará un aspecto ginecoide. También cambiará el índice cintura-cadera y el grosor de los pliegues cutáneos. Puede haber aumento del peso corporal y de los valores de tensión arterial. Estos parámetros deben ser determinados antes del inicio del tratamiento y es necesario un seguimiento en los sucesivos controles.

Además, el tratamiento cruzado con esteroides sexuales producirá, en teoría, una inversión del patrón de riesgo cardiovascular, no sólo por la modificación de parámetros antropométricos sino también bioquímicos (Sáez Sesma et. al, 2003).

Los estrógenos producen inhibición del estímulo hipofisario (FSH y LH) sobre las gónadas, y una cierta atrofia de las mismas (Sáez Sesma et. al, 2003).

El acmé en el crecimiento mamario habitualmente se observa a los dos años de iniciado el tratamiento y la máxima disminución testicular, al año. Por su parte, la longitud peneana no sufre modificaciones así como tampoco mejora la calvicie (Israel y Tarver, 1997).

Es importante aclarar que mayores dosis utilizadas no significan mejores resultados y sí en cambio pueden aumentar el riesgo de complicaciones cardiovasculares y también la depresión como efecto adverso (Israel y Tarver, 1997).

Asimismo, es preciso aclarar que la adquisición de los nuevos caracteres dependerá en gran medida de sus características individuales; por ejemplo, el desarrollo mamario dependerá de su carga genética y estará relacionado con el grado de volumen mamario que hayan alcanzado las otras mujeres de la familia (Israel y Tarver, 1997)

La preservación de la fertilidad es un punto importante a discutir con cada paciente. La posibilidad de criopreservación de espermatozoides debería ser explicada con anterioridad al inicio del tratamiento hormonal (Greenman, 2004).

Una vez recibida la información pertinente en forma clara, la paciente deberá firmar un consentimiento para aceptar el tratamiento que desee iniciar (ver modelo de consentimiento informado para tratamiento hormonal al final de este capítulo).

Por otra parte, las Guías Clínicas de la SEEN –Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición– (2002) requieren el cumplimiento de dos tipos de criterios previos al tratamiento:

Elegibilidad: son objetivos específicos e ineludibles.

- Ser mayor de 18 años
- Conocer riesgos y beneficios de las hormonas
- Contar con tres meses de experiencia de vida real (en la nueva identidad sexual) documentada, o tres meses de psicoterapia previa

Disposición: son criterios adicionales que apoyan la decisión de iniciar un tratamiento hormonal.

- Identidad sexual consolidada por experiencia de vida real o psicoterapia
- Mantener una salud mental estable (control satisfactorio de otros problemas: adicciones, sociopatías, etc.)
- Cumplimiento responsable del tratamiento

Como todo paciente que va a iniciar un protocolo terapéutico debe realizarse:

- Historia clínica completa (anamnesis, antecedentes personales y familiares, hábitos higiénico-dietéticos y tóxicos, examen físico, tensión arterial)
- Hemograma, perfil lipídico, glucemia, coagulograma
- Perfil renal y hepático
- Perfil hormonal (FSH, LH, Estradiol, prolactina, TSH, testosterona total y libre)
- PSA
- Serología para hepatitis A, B y C
- Serología para VIH (previo consentimiento)

Como vemos, además de los estudios habituales para el control de la salud solicitamos:

- Hepatograma: los esteroides sexuales tienen metabolismo hepático, y se ha observado un incremento de las enzimas hepáticas en los primeros meses.

- Prolactina: está demostrado que los estrógenos estimulan la liberación de prolactina (en trabajos sobre pacientes transsexuales se ha visto un incremento de hasta el cuádruplo de los valores basales normales) (Sáez Sesma et. al, 2003). Dicho dato será útil para compararlo con mediciones ulteriores de esta hormona. Eventualmente, en las sucesivas consultas será necesario realizar campo visual y resonancia nuclear magnética de hipófisis a fin de descartar un adenoma hipofisario si los valores de prolactina lo ameritaran.

- Testosterona total y libre. Las mediciones posteriores nos indicarán la inhibición ejercida por los estrógenos y eventualmente por los antiandrógenos sobre la síntesis de testosterona, la cual debería mantenerse en valores iguales o menores a 0.25 ng/ml.

- Mamografía: se deberá pedir anualmente a partir de los 40 años, aunque algunos autores refieren solicitarla a partir de los 50.

La incidencia de alteraciones en el cariotipo como estados intersexuales en esta población es desconocida, probablemente pequeña, y posiblemente irrelevante en la decisión de efec-

tuar un tratamiento. Por lo tanto, varios autores no recomiendan el análisis cromosómico sistemático, a no ser que la historia o el examen físico sean sugestivos de una anormalidad.

Regímenes hormonales

Si bien los estrógenos son la droga base para inducir los cambios fenotípicos deseados, los protocolos utilizados incluyen:

- Estrógenos
- Antiandrógenos
- Análogos del GnRH
- Progestágenos

• Estrógenos

No hay un estrógeno superior a otro, y la elección dependerá de la disponibilidad, accesibilidad y preferencia de cada uno. Las diferencias sustanciales dependerán, sobre todo, de la fórmula química y la vía de administración. Todos los estrógenos por vía oral se absorben en el intestino y sufren su primer paso hepático para después ejercer sus efectos sobre los lípidos, los factores de la coagulación y el sistema renina-angiotensina. También el metabolismo hepático se relaciona con la fórmula química. Así, mientras el etinil estradiol se metaboliza lentamente, el 17-beta estradiol lo hace mucho más rápidamente, lo que explica una diferencia de 10-20 veces en la dosis diaria (Sáez Sesma et. al, 2003). La vía de administración puede determinar diferencias en los efectos beneficiosos y adversos que se relatan más adelante.

La recomendación clásica en cuanto a dosis de estrógenos es utilizar el doble o triple de lo usualmente indicado en terapias de reemplazo hormonal para la mujer posmenopáusica.

La mayoría de los centros recomiendan estradiol oral y algunos, la forma transdérmica en mayores de 40 años por su menor frecuencia de eventos tromboembólicos en ese grupo etario (Asscheman et. al, 1989), (12% frente al 2,1% en más jóvenes (Sáez Sesma et. al, 2003; Israel y Tarver, 1997), o como forma de mantenimiento una vez conseguidos los efectos feminizantes a través de otras vías de administración (Sáez Sesma et. al, 2003).

Otros autores insisten en usar solamente la forma transdérmica en todos los grupos, ya que el tromboembolismo también aparece, aunque con menor incidencia, en individuos más jóvenes (Greenman, 2004).

Estrógenos conjugados equinos, etinil estradiol y 17 beta estradiol son los principios activos habitualmente más utilizados.

- **Etinil estradiol:** es un estrógeno sintético, el más potente de los tres, muy barato, fácilmente disponible combinado con progestágenos y utilizado habitualmente por vía oral como anticonceptivo. Las dosis utilizadas son muy variables: desde 20 a 100 mcg/día (Moore et. al, 2003).

- **Estrógenos conjugados:** son una mezcla de 65% de sulfato de estrona (estrógeno natural) y un conjunto de otras sustancias –equilín, equilenín– denominadas estrógenos equinos; la dosis activa en transexuales va de 1.25 mg./día como mantenimiento (Futterweit, 1998) hasta 5 mg/día vía oral, por períodos cortos e iniciales (Sáez Sesma et. al, 2003; Prior et. al, 1989).

- **17β-estradiol:** es el más potente de las tres formas naturales de estrógenos (estradiol, estrona y estriol). Puede administrarse por vía oral (2 a 8 mg./día) (Sáez Sesma et. al, 2003; Schlatterer et. al, 1996; Gooren et. al, 2007) o transdérmica, en dosis de uno o dos parches de 100mg/semana (Sáez Sesma et. al, 2003; Gooren et. al, 2007). La vía intramuscular “depot” no debe usarse por rutina porque en caso de efectos adversos puede tardar semanas hasta que se normalicen en sangre los valores de estradiol. Además, en caso de abuso, esta dosis es mucho mayor

- **Antiandrógenos**

Suprimen los efectos de la testosterona potenciando los efectos estrogénicos. Tienen efecto sinérgico en cuanto a cambios físicos y emocionales. Actúan por medio de dos mecanismos.

- **Ciproterona:** prohibida por la FDA en Estados Unidos por provocar alteraciones hepáticas, es un progestágeno con propiedades antigonadotrópicas y un efecto importante en el bloqueo de los receptores androgénicos a nivel de tejidos blandos. Se describen dosis de 50 a 100 mg/día (Schlatterer et. al, 1996) por

períodos de hasta un año, hasta la disminución de los niveles de testosterona (Moore et. al, 2003; Schlatterer et. al, 1996). Si bien no contamos con tal experiencia, sólo la utilizamos en dosis sensiblemente más bajas y asociada a etinil estradiol en un preparado utilizado habitualmente como anticonceptivo.

- Espironolactona: disminuye la síntesis de andrógenos por inhibición de la 17-alfahidroxilasa. Tiene efecto progestativo y se liga en forma competitiva al receptor androgénico. Se usa en dosis oral diaria de 100 a 200 mg/día, y por su efecto diurético evita la retención hidrosalina (Moore et. al, 2003).

- Drospirenona: nuevo progestágeno con molécula similar a la espironolactona, tiene acción antialdosterona, con el consiguiente efecto positivo sobre la tensión arterial. Produce bloqueo competitivo del receptor androgénico e inhibición de la síntesis de gonadotropinas. Lo utilizamos en dosis de 3mg/día asociado a etinil estradiol en un compuesto que se comercializa como anticonceptivo.

- Flutamida: menos utilizada que otros antiandrógenos, disminuye la DHEA-S por inhibición de la 17-hidroxilasa, 17-20 lyasa o por disminución del *clearance* de cortisol, lo que produce un aumento del cortisol que frena la ACTH. En consecuencia, se inhibe la síntesis androgénica de la reticular suprarrenal. Sus dosis habituales son de 250 mg. dos o tres veces al día. Presenta tuforadas, disminución de la libido, diarrea, náuseas y debe controlarse estrictamente el funcionamiento hepático durante su uso (Israel y Tarver, 1997).

- **Análogos del GnRH**

Producen inhibición de las gonadotropinas (LH y FSH hipofisarias), que son las que estimulan la producción gonadal de hormonas. Entre ellos se destacan los análogos de LHRH, con precio prohibitivo. Como efecto adverso mayor, cabe destacar los sofocos, muy parecidos a los de la mujer posmenopáusica.

- **Progestágenos**

Algunos los adicionan al estrógeno aduciendo una mejor respuesta en el aumento del volumen mamario y mimetizando la cronología histológica de la mama femenina, por lo cual a veces se lo indica en los primeros seis meses de tratamiento junto con

los estrógenos. También se observó efecto en la disminución de la irritabilidad y la sensibilidad mamaria. Sin embargo, deberá tenerse en cuenta su limitación, registrada por los hallazgos clínicos en el *Women's Health Initiative Study* (sobre todo tratándose de acetato de medroxiprogesterona), ya que la combinación de estrógenos más progestágenos incrementó el riesgo de eventos cardiovasculares y de cáncer de mama.

En síntesis, se debe señalar que existe una multiplicidad de esteroides sexuales sintéticos y semisintéticos y que no se ha demostrado que determinadas drogas sean más eficaces que otras. Su elección depende de la disponibilidad, tradición local, efectos adversos, vía de administración y costo. Las dosis óptimas tampoco han sido bien establecidas.

Los primeros efectos del tratamiento hormonal empiezan a aparecer ya a las 6-8 semanas: por ejemplo, el desarrollo de nódulos mamarios dolorosos como primeras manifestaciones visibles (Sáez Sesma et. al, 2003), aunque en nuestra experiencia no lo hemos observado ya que todas nuestras pacientes recibían tratamiento antes de la primera consulta.

Los cambios pueden completarse en un período de 6 a 24 meses. Se deberán realizar controles trimestrales durante el primer año y luego semestrales, atendiendo sobre todo a los posibles efectos adversos o complicaciones cardiovasculares, hipertensión, tromboembolismo e hiperprolactinemia y ajustando las dosis y esquemas hormonales de acuerdo a los resultados clínicos y de los estudios.

Contraindicaciones para el tratamiento hormonal

Absolutas:

- Enfermedad tromboembólica
- Obesidad mórbida
- Cardiopatía isquémica
- Enfermedad cerebrovascular
- Hepatopatía crónica
- Hipertrigliceridemia

Relativas:

- Hipertensión arterial grave
- Diabetes mellitas

- Antecedentes familiares de cáncer de mama
- Hiperprolactinemia

Efectos adversos y complicaciones

- Trombosis venosa profunda
- Tromboembolismo pulmonar
- Infarto de miocardio
- Accidente cerebrovascular
- Hipertensión
- Depresión o cambios de humor depresivo
- Colelitiasis
- Hiperprolactinemia con mayor tendencia a desarrollar un adenoma hipofisario (Greenman, 2004)
- Aumento de enzimas hepáticas
- Elevación del colesterol y triglicéridos
- Cáncer de mama: se han reportado tres casos en la literatura (Moore et. al, 2003)
- Disminución de la sensibilidad a la insulina
- Disminución de los valores de hemoglobina

Debemos destacar que la mayoría de los efectos adversos y complicaciones son semejantes a los observados en pacientes mujeres sometidas a tratamiento anticonceptivo o a terapia hormonal de reemplazo durante la postmenopausia.

Interacciones medicamentosas

Debe recordarse que pueden existir interacciones medicamentosas en pacientes que estén recibiendo otras drogas tales como psicofármacos, antiaritmicos, antibióticos (rifampicina, eritromicina), antimicóticos (azoles), anticonvulsivantes (fenitoína), compuestos para tratar la disfunción eréctil (sildenafil, vardenafil y tadalafil), etcétera. Asimismo, algunas son inductoras y otras inhibidoras de las enzimas hepáticas (CYP 450 y CYP3A4, ambas isoenzimas participantes en el metabolismo hepático de los estrógenos) (Highleyman, 2005).

Lo mismo ocurre con la toma concurrente de antirretrovirales en pacientes con VIH, lo que potencia o disminuye el efecto hormonal (Highleyman, 2005).

Los inhibidores de la proteasa (IP), como clase, son los que suscitan más preocupación sobre las interacciones medicamentosas. Todos los IP aprobados se metabolizan mediante la isoenzima CYP3A4 y son inhibidores de la misma, pero algunos lo son más que otros y provocan efectos adicionales. En pacientes que toman anticonceptivos orales con etinilestradiol u otras formas de estrógeno, el uso de nelfinavir, ritonavir o lopinavir puede reducir los niveles hormonales, ya que utilizan la enzima CYP3A4, disminuyendo la concentración estrogénica. El indinavir, según distintos autores, no altera (Imaz Pérez et. al, 1999) o aumenta la disponibilidad estrogénica (Duranti, 2007) (ver Tabla 1).

Tabla 1. (Duranti, 2007)

Compuesto	Efecto sobre etinil estradiol
Ritonavir	Reduce biodisponibilidad hasta en un 40%
Nelfinavir	Reduce biodisponibilidad hasta en un 47%
Lopinavir	Reduce biodisponibilidad hasta en un 42%
Nevirapina	Reduce biodisponibilidad hasta en un 18%
Indinavir	Aumenta biodisponibilidad hasta en un 24%

Los INNTI aprobados alteran el sistema del CYP450: la nevirapina es un inductor de la isoenzima CYP3A4; la delavirdina es un inhibidor de la CYP3A4; y el efavirenz combina ambos efectos. La nevirapina acelera la transformación estrogénica y reduce su concentración en plasma. El efecto del efavirenz varía según distintos autores.

En cuanto al efecto de los estrógenos sobre el tratamiento para el VIH, algunos autores no han hallado una evidencia sustancial de que el uso de estas hormonas afecte la eficacia de la terapia antirretroviral (Chu et. al, 2005). Se estudió la respuesta al tratamiento antirretroviral de un grupo de mujeres con VIH que recibieron anticonceptivos conteniendo estrógenos comparado con un grupo control sin hormonas. El incremento en la población de linfocitos CD4 y la carga viral indetectable hallada por igual en ambos grupos confirmó que tanto la respuesta inmunológica como virológica no se vio afectada por las hormonas (Chu et. al, 2005).

Modelo de consentimiento informado para tratamiento hormonal

El empleo de hormonas femeninas (estrógenos) en personas de sexo biológico masculino tiene efectos, algunos de ellos irreversibles. Estos efectos incluyen: aumento de volumen y sensibilidad de las mamas, cambios en el peso corporal, disminución de la masa muscular, disminución del tamaño de los testículos, infertilidad, libido disminuida, y cambios en el humor y en la personalidad.

También con el uso de estas hormonas pueden producirse: retención de líquidos, náuseas, ictericia (piel amarilla), dolor de cabeza, vértigo, depresión, cambios en la visión y tolerancia a la glucosa disminuida.

El empleo de estrógenos en personas con sexo biológico masculino puede aumentar el riesgo de alteraciones hepáticas (incluyendo tumores benignos y malignos). También puede asociarse con: tensión arterial elevada, enfermedades de la vesícula; galactorrea (secreción láctea en las mamas); tumores benignos de hipófisis; coágulos de sangre en las venas y/o en los pulmones; infarto de miocardio; muy raras veces (poco probable) pueden causar la muerte.

He leído este documento y he tenido la oportunidad de hablar de los efectos, riesgos y reacciones adversas del empleo de hormonas femeninas con el/la doctor/a o los/las doctores/as.....

Habiendo aclarado mis dudas y entendiendo perfectamente lo que me ha sido explicado, voluntariamente doy mi consentimiento para usar hormonas femeninas con el propósito de minimizar mis caracteres sexuales secundarios originales e inducir ciertos cambios deseados en mi cuerpo.

Estoy de acuerdo en realizar un control clínico regular y exámenes de laboratorio según requiera mi médico tratante, y en no cambiar dosificaciones hormonales sin la consulta previa con el mismo.

Firma

Fecha

Bibliografía

- Meyer, Walter, M.D. Chairperson, W. O. Bockting, "The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's Standards of Care for Gender Identity Disorders", Sixth Version, febrero de 2001.
- Duranti, Ricardo, "Consideraciones específicas sobre el tratamiento hormonal". En *Atención de la salud de personas travestis y transexuales*. Publicación de la Coordinación Sida, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Ministerio de Salud-ONUSIDA, 2007.
- Sáez Sesma, Silverio, R. Rullán Bertson, S. Luengo Matos, V. Bataller, O. Cambasani, A. Casanova, A. Becerra Fernández, R. Abenoza, C. Antonelli. Coordinación: Mercedes García Ruiz, *Guía Transexualidad*, Zaragoza, 2003.
- Israel, G. y D. Tarver, "Transgender Care-Recommended guidelines, practical information and personal accounts", Temple University Press, Philadelphia 19122, 1997.
- Greenman, Yona, "The Endocrine Care of Transsexual People", Institute of Endocrinology, Metabolism, and Hypertension". En *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Vol. 89, No. 2 1014, 2004.
- "Trastornos de Identidad". En *Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento*, Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Grupo de trabajo sobre trastornos de Identidad de Género, mayo de 2002.
- Moore, Eva, A. Wisniewski, A. Dobs, "Endocrine Treatment of Transsexual People: A Review of Treatment Regimens, Outcomes, and Adverse Effects". En *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Vol. 88: 3467-3473, 2003.
- Dobs, Adrian, E. Moore, "Letter to the editor Authors' Response: The Endocrine Care of Transsexual People". En *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Vol. 89, No. 21015, 2004.
- Asscheman, H, L. Gooren, P. Eklund, "Mortality and morbidity in transsexual patients with cross-gender hormone treatment". En *Metabolism*, Vol. 38:869, 1989.
- Futterweit, W, "Endocrine Therapy of Transsexualism and Potential Complications of Longterm Treatment". En *Arch Sex Behav*. Vol. 27: 209-226, Nueva York, abril de 1998.
- Prior, J., Y. Vigna, D. Watson, "Spironolactone with physiological female steroids for presurgical therapy of male-

to female transsexualism". En *Arch. Sex. Behav.*, Vol. 18: 49-57, Vancouver, febrero de 1989.

- Schlatterer, K., K. von Werder, G. Stalla, "Multistep treatment concept of transsexual patients", Munich, 1996.
- Gooren, Louis, E. Giltay, M. Bunck, "Long-Term Treatment of Transsexuals with Cross-Sex Hormones: Extensive Personal Experience". En *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Vol. 93: 119-125, 2007.
- Highleyman, Liz, *The Body. The complete HIV/AIDS Resorce*, 2005.
- Imaz Pérez, F, S. López Ortiz, S. Otero Acedo, *Terapéutica en APS -Interacciones farmacológicas de los anticonceptivos*, Madrid, 1999.
- Chu, Jaclyn, S. Gange, K. Anastos, H. Minkoff, H. Cejtin, M. Bacon, A. Levine, R. Greenblatt, "Original contribution-Hormonal Contraceptive Use and the Effectiveness of Highly Active Antiretroviral Therapy". En *American Journal of Epidemiology*, Vol. 161: 881-890, 2005.

5. Consideraciones específicas sobre la atención clínica

Dra. Martha Centurión

En este apartado se resaltan algunos aspectos para tener en cuenta en la consulta médica con población transexual.

Si bien la consulta clínica básicamente no difiere de un control habitual, debemos tener en cuenta algunos aspectos singulares. El médico clínico deberá estar entrenado para realizar el diagnóstico de las patologías más prevalentes en esta población, y dentro de éstas:

- Las infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Las complicaciones debidas a determinadas prácticas sexuales (lesiones traumáticas, uso de juguetes sexuales, etcétera)
- Los efectos nocivos derivados de modificaciones anatómicas tendientes a la feminización de su cuerpo (colocación de implantes en partes blandas, inyecciones de sustancias oleosas, cirugías estéticas en general)

Es conveniente que la consulta incluya:

1. Historia clínica completa (antecedentes patológicos personales y familiares, genograma, condiciones de vivienda, escolarización, ocupación, actividad física, proyectos personales). También es necesario indagar acerca de trastornos psicosociales como depresión, violencia, adicciones, etcétera.

2. Examen físico general

3. Examen de piel y mucosas, en búsqueda de lesiones (máculas, pápulas, úlceras, ampollas o verrugas producidas por ITS)

4. Examen de genitales externos y región perianal a fin de orientarnos acerca de lesiones por determinadas prácticas sexuales o como signos de ITS (fisuras anales, verrugas por HPV, chancro luético, vesículas o úlceras herpéticas, secreciones uretrales dadas por uretritis gonocócicas y no gonocócicas, orina oscura, etcétera)

5. Exámenes de laboratorio a solicitar:

a) Rutina de laboratorio

b) Serologías: VIH, HBV (antiHVBc y HBsAg), VDRL, HCV (IgG antiHVC), HAV (IgG antiHVA)

La frecuencia con la que se debe realizar el testeo no está definida. Algunos expertos recomiendan realizar serología de VIH y VDRL cada seis meses, y serología para HCV anual, pero esto se debería adaptar según la vulnerabilidad de cada paciente.

Al momento actual no hallamos evidencia disponible que avale el rastreo sistemático en población de alto riesgo para gonococo y clamidia.

Prevención, educación y consejería

a) Vacunación: es conveniente indicar vacunación contra hepatitis A y B previa serología, ya que en este caso la detección es costo efectiva

b) Información acerca de:

1) ITS. Se debe reforzar el asesoramiento y las medidas de prevención de:

- Sífilis primaria
- Sífilis secundaria
- Sífilis latente precoz
- Gonorrea
- Uretritis no gonocócica
- Herpes genital (brote clínico)
- Condiloma acuminado-HPV
- Infección por VIH

2) Buen uso del preservativo y lubricantes (no usar lubricantes con base de aceite como vaselina o crema para cutis)

3) Uso de objetos seguros para juegos eróticos (no utilizar botellas ni objetos de vidrio; si se utilizan objetos plásticos, perforarlos para que no produzcan vacío, correcta higiene de los juguetes utilizados y compartidos, etcétera)

4) Consulta urgente si se produce rotura u otro tipo de accidente con el preservativo

5) Consulta rápida ante cada episodio de ITS para permitir el tratamiento oportuno y disminuir la duración media del período de contagio

6) Riesgos acerca de prótesis y materiales de implantes que no cumplan con condiciones de biocompatibilidad (ver a continuación el apartado sobre implante de sustancias oleosas)

Implante de sustancias oleosas para modelado corporal

Merece un comentario aparte la observación de los daños y secuelas producidos por la inyección de materiales oleosos para modelado corporal en esta población de pacientes.

La infiltración de sustancias para realizar cambios en determinadas zonas anatómicas es una práctica observada con frecuencia en la población *trans*.

Los materiales utilizados para este propósito son múltiples: silicona líquida (dimetilpolisiloxano) (Ellenbogen et. al, 1975; Hage et. al, 2001); aceites minerales, aceites vegetales comestibles (de soja o girasol), aceites de uso industrial (incluso para uso automotriz) (Ellenbogen et. al, 1975; Hage et. al, 2001). En muchos casos, también se emplean sustancias desconocidas (Gutiérrez Salgado y Durán Vega, 2003; Behar et. al, 1993; Di Benedetto et. al, 2002; Ortiz-Monasterio y Trigos, 1972). Obviamente, esta modalidad es más económica y accesible que una cirugía plástica convencional y, en general, es realizada por personal no médico.

La mayoría de los materiales infiltrados son considerados de alto riesgo, dado que no cumplen con ninguna norma de bioseguridad.

Las partes del cuerpo donde se realiza esta práctica con mayor frecuencia son: cara, mamas y glúteos.

Los compuestos inyectados afectan toda la región anatómica y están muy diseminados, debido a que, con el tiempo y por acción de la fuerza de gravedad, tienden a migrar y afectar zonas adyacentes (Gutiérrez Salgado y Durán Vega, 2003; Behar et. al, 1993).

La presentación clínica puede ser variable tanto en sintomatología como en gravedad. El examen físico muchas veces confirma la aparición de masas palpables sólidas (nódulos únicos o múltiples), con sensación dolorosa importante, cambios locales cíclicos de duración variable consistentes en eritema, edema, hiperpigmentación, drenaje crónico del material inyectado, abscesos o fístulas de difícil solución, diseminación linfática, y necrosis de los tejidos involucrados (Behar et. al, 1993; Di Benedetto et. al, 2002; Pérez Cerezo y Rincón Lozano, 2008).

Es importante mencionar que también pueden desarrollarse trastornos inmunológicos sistémicos graves (enfermedad humana por adyuvantes) (Pérez Cerezo y Rincón Lozano, 2008; Baldwin et. al, 1983); granulomas hepáticos (Ellenbogen et. al, 1975); neumonitis crónica (Chastre et. al, 1987) y alteraciones psicológicas severas. Incluso, puede producirse la muerte de la persona. (Ortiz-Monasterio y Trigos, 1972; Baldwin et. al, 1983; Price et. al, 2006).

El tiempo para la presentación de los síntomas puede darse de inmediato con presencia de neumonitis aguda por siliconas (Chastre et. al, 1987), o bien, muerte por inyección intravascular (Price et. al, 2006; Sanz Herrero et. al, 2006), aunque esto no es lo más frecuente.

Existe un rango de tiempo en el que pueden aparecer las complicaciones a largo plazo (3 a 7 años después de la infiltración), y se han reportado períodos de latencia de hasta 25 años (Pérez Cerezo y Rincón Lozano, 2008). De todas maneras, no existe una verdadera denominación para este fenómeno crónico.

En ocasiones se le ha nombrado con el prefijo del material identificado, y con la terminación *oma*, para referirse a una tumoración de características benignas o no relacionada con cáncer –por ejemplo, siliconoma (Jansen et. al, 1993)–, aunque en la bibliografía también se menciona como lipogranuloma esclerosante por modelantes (LEM), para describir tanto el problema patológico como el etiológico.

Los hallazgos histopatológicos son predecibles. Se observa

que los tejidos normales están ocupados por quistes y tejido fibroso denso, con cambios inflamatorios crónicos. Es común la formación de granulomas que, al combinarse con calcio, producen calcificación del tejido graso y esclerosis hialina (Behar et. al, 1993; Di Benedetto et. al, 2002).

La solución quirúrgica del LEM se vuelve un reto por la dificultad que encierra la extracción del material y la reconstrucción del área.

En la mayoría de los casos, la resección del tejido afectado requiere injertos o colgajos de diversos tamaños, por lo general con resultado estético muy pobre o decepcionante (Gutiérrez Salgado y Durán Vega, 2003).

Por todo esto, insistimos en la prevención de esta práctica nociva, muy frecuente en la población *trans*. También consideramos que es necesario informar acerca de los riesgos y aconsejar el uso de materiales biocompatibles cuando el acceso a ellos fuese posible.

Bibliografía

- Ellenbogen, R., L. Rubin, L. Jama, "Injectable fluid silicone therapy". En *Human morbidity and mortality*, vol. 234: 308-309, octubre de 1975.
- Hage, J., R. Kanhai, A. Oen, P. van Diese, R. Karim, "The devastating out-come of massive subcutaneous injection of highly viscous fluids in male-to-female transsexuals". En *Plast. Reconstr. Surg.*, vol. 107: 734-741, marzo de 2001.
- Gutiérrez Salgado, Eduardo, H. Durán Vega, "Mastectomía y reconstrucción inmediata bilateral en lipogranuloma esclerosante mamario causado por inyección de modelantes. Reporte de un caso". En *Cirugía Plástica*, vol. 13: 123-127, México, 2003.
- Behar, T., E. Anderson, W. Barwick, J. Mohier, "Lipogranulomatosis: A case report of scrotal injection of automobile transmission fluid and literature review of subcutaneous injection of oils". En *Sclerosing Plast. Reconstr. Surg.*, vol 91: 352-361, 1993.
- Di Benedetto G, M. Pierangel, A. Scalise, A. Bertani,

"Paraffin oil injection in the body: an obsolete and destructive procedure". En *Ann. Plast. Surg.*, vol. 49: 391-396, 2002.

- Ortiz-Monasterio F, I. Trigos, "Management of patients with complications from injections of foreign material into the breast". En *Plast. Reconstr. Surg.*, vol. 50:42, 1972.
- Pérez Cerezo, Raúl, R. Rincón Lozano, "Enfermedad Humana por adyuvantes. Análisis de sustancias y efectos en el organismo", México, 2008.
- Baldwin, C.M, E Kaplan, "Silicone-induced human adjuvant disease?". En *Ann Plast Surg.*, vol. 4: 270-273, abril de 1983.
- Chastre, J., P. Brun, P. Soler, F. Basset, J. Trouillet, J. Fagon, C. Gibert, A. Hance, "Acute and latent pneumonitis after subcutaneous injections of silicone in transsexual men". En *Am Rev Respir Dis.*, vol 135: 236-240, enero de 1987
- Price, E., A. Schueler, P. Harold, J. Perper, "Massive Systemic Silicone Embolism: A Case Report and Review of Literatura". En *American Journal of Forensic Medicine & Pathology*, vol. 27: 97-102, junio de 2006.
- Sanz Herrero, F., Casimiro-Calabuig, E, López-Miguel, P; "Acute Pneumonitis After Subcutaneous Injection of Liquid Silicone as a Breast Implant in a Male-to-Female Transsexual". En *Arch Bronconeumol*, vol.42: 205-206, 2006.
- Jansen, T, E. Kossmann, G. Plewig, "Siliconoma. An interdisciplinary problema". En *Hautarzt.*, vol. 44: 636-643, octubre de 1993.

Segunda parte

Estudio de seroprevalencia de VIH en personas trans Lic. Juan Sotelo⁷

Presentación

En este artículo se presentan algunos de los resultados del *Estudio sobre seroprevalencia de VIH en personas trans (travestis/transexuales/transgéneros)* y su asociación a prácticas de riesgo realizado entre los meses de agosto y diciembre de 2006, en el marco del proyecto de fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica del Programa Nacional de Sida (PNS)⁸, en colaboración con la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina (ATTTA) y la Fundación Buenos Aires Sida (FBAS). Estas dos organizaciones cuentan con un alto conocimiento y llegada a la población-objetivo de la investigación.

Los **objetivos** del estudio fueron: a) determinar la seroprevalencia del VIH en personas *trans* (travestis/transexuales y transgéneros) con identidad de género femenina y su asociación a prácticas de riesgo; b) describir y analizar las características sociales, demográficas, culturales y de salud que corresponden al segmento denominado personas *trans*; c) contribuir a acciones preventivas futuras conjuntamente con los organismos y asociaciones de personas *trans* para fortalecer las líneas de acción de dichas instituciones y la población *trans* en general.

Metodología

Se trató de una investigación compleja que incluyó tres dimensiones complementarias: un estudio cuantitativo basado en una encuesta; un estudio cualitativo realizado a través de entrevistas etnográficas a algunas de las personas encuestadas; y un estudio propiamente epidemiológico de seroprevalencia. Esto implicó un dispositivo especial para extraer y analizar muestras serológicas.

Los lugares seleccionados para las entrevistas y la realización

⁷ El autor es antropólogo y fue investigador principal del estudio que aquí se resume. Dicho estudio se realizó con apoyo financiero del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (UBATEC S.A. Receptor principal. Proyecto "Actividades de Apoyo para la Prevención y Control del VIH-sida en Argentina"). Fue coordinado técnicamente por la licenciada María Delia Pené (PNS) con la importante colaboración de Marcela Romero y Claudia Pia Baudracco (ATTTA) y Alejandro Freyre (FBAS). El resto del equipo de investigación lo conformaron la Dra. Marina Claudia Khoury y el licenciado Roberto Muiños. El doctor Alejandro Oscar Chiera (PNS) estuvo a cargo del área de laboratorio y procesamiento de muestras serológicas, tarea en la que fue apoyado por Claudia Bonacita y Germán Larrañaga. La diagramación de la encuesta en el Sistema Epi Info 6 y la entrada de datos fue realizada por la técnica Andrea Aymá. El apoyo logístico durante el desarrollo de la investigación fue brindado por Nelson Sombra (PNS).

⁸ Ahora Dirección de Sida y ETS.

de las extracciones fueron las trece áreas geográficas de alta concentración de población urbana, lugares donde ATTTA y FBAS cuentan con desarrollo organizativo: Ciudad de Buenos Aires, Gran Buenos Aires, Mar del Plata, Santiago del Estero, Córdoba, Mendoza, Río Negro, Neuquén, Chaco, Corrientes, Tucumán, Santa Fe y Jujuy.

El trabajo involucró las siguientes actividades:

a) Elaboración conjunta (PNS, ATTTA y FBAS) de un cuestionario base de la investigación cuantitativa, testeado en terreno antes de ser aplicado a la población total, con las siguientes dimensiones: Aspectos sociodemográficos, calidad de vida y vida, identidad de género y derechos ciudadanos; Experiencia con la policía; Prácticas sexuales; Exposición a situaciones de riesgo para la transmisión del VIH; Conocimiento sobre VIH-sida e ITS; Acceso al sistema de salud; y Diagnóstico de VIH.

b) Elaboración conjunta (PNS, ATTTA y FBAS) de la guía de preguntas para las entrevistas en profundidad.

c) Trabajo de campo, extracción de muestras serológicas y estudios de laboratorio.

c.1. Condiciones de la encuesta

Las encuestadoras, integrantes de ATTTA y de la Fundación Buenos Aires Sida, recibieron una capacitación para la aplicación del instrumento y los investigadores del proyecto monitorearon el trabajo de campo.

c.2. Extracción de muestras

Las muestras fueron obtenidas mayoritariamente por extraccionistas profesionales de los laboratorios de los hospitales donde funcionan los programas provinciales de sida, previo acuerdo con los directores de dichos programas respecto de fechas y horarios.

c.3. Recolección de datos

El trabajo de campo se realizó en lugares, cerrados o abier-

tos, generalmente en los hogares de las referentes locales. El momento de lectura del acuerdo para la realización de la encuesta fue aprovechado para responder las preguntas de las encuestadas y aclarar sus dudas respecto a los objetivos del estudio y la confidencialidad de los datos. Luego, una encuestadora aplicaba el cuestionario estructurado.

El siguiente paso, tras el asesoramiento pre test y la firma del consentimiento informado (del cual se entregaba copia a las entrevistadas), era el de las extracciones. El proceso fue chequeado por el responsable de campo y la coordinación general del proyecto.

En paralelo a las encuestas, se realizaron diez entrevistas etnográficas semiestructuradas de final abierto. Estas entrevistas no fueron grabadas. Se optó por la toma de “notas de campo” y posteriormente se reconstruyó el diálogo de la situación de entrevista del modo más literal posible.

Tanto la encuesta como la extracción de sangre fueron anónimas y se usaron códigos de barras para ambos instrumentos. En cuanto a las entrevistas etnográficas, como es habitual, se utilizaron nombres ficticios. En ambas instancias (cuantitativa y cualitativa), se procuró mantener el máximo nivel de privacidad.

Algunos resultados

Se analizaron los datos de 455 encuestas. En la Tabla 1 se presenta el modo en que quedó conformada la población en función del lugar donde fueron tomadas las encuestas.

Tabla 1. Distribución de la muestra por región (n: 455)

Región	Región Argentina	n	Porcentaje (%)
1	CENTRO	276	60,66
2	NEA	24	5,27
3	NOA	103	22,64
4	SUR	32	7,03
5	CUYO	20	4,39

Fuente: *Estudio sobre seroprevalencia de VIH en personas trans y su asociación a prácticas de riesgo.*

El 60,66% correspondió a la región Central del país, que quedó representada por: la Ciudad de Buenos Aires (barrios de Constitución, Flores y Palermo); Conurbano bonaerense (General Pacheco, Tigre, Quilmes, Berazategui y Lomas de Zamora); ciudad de Mar del Plata; ciudad de Santa Fe y ciudad de Córdoba. La región del NOA se vio reflejada en un 22,64% por las ciudades capitales de las provincias de Tucumán, Santiago del Estero y Jujuy. La región patagónica (Sur) aportó el 7,03% de las entrevistadas en las ciudades capitales de Neuquén y Río Negro. Un 5,27% de la muestra correspondió a la región del NEA, integrada por las ciudades capitales de las provincias de Chaco y Corrientes. Finalmente, la región de Cuyo expresó un 4,39% del total, y las entrevistas fueron tomadas en las ciudades capitales de las provincias de Mendoza y San Luis.

1. Características sociodemográficas

El 93,19% de las personas refirió haber nacido en la República Argentina.

Edad

- Las entrevistadas tenían entre 14 y 65 años.
- La mayor concentración de encuestadas se dio en el grupo de entre 20 y 29 años (39,37%), seguido por el grupo de 20 a 39 años (33,10%).
- El 9% (40 personas) eran adolescentes que tenían entre 14 y 19 años.

Escolaridad formal

- El 9% no terminó la primaria.
- El 22% alcanzó a terminar la primaria.
- Las demás personas refirieron haber comenzado la secundaria, y un 33% (148) la completó.

Trabajo y vivienda

- El 75% de las encuestadas tenía el trabajo sexual (en la calle y/o en la ruta) como principal actividad para generar ingresos económicos. El 25% restante hacía trabajos por cuenta propia tales como costura y peluquería.
- El 50% de las personas que realizan o realizaron trabajo sexual comenzaron a ejercerlo entre los 15 y los 19 años.

- La mayoría de las encuestadas (64,22%) declaró que su lugar de residencia difería de su lugar de nacimiento.
- El 52,31% de las encuestadas refirió vivir en una "casa", mientras que el 47,69% restante se distribuye de la siguiente manera: "hotel" (19,78%), "departamento" (13,85%), "pensión" (7,47%). Hay un 7% que vivía en situaciones absolutamente precarias ("en una casilla"; "en casa tomada"; "en una fábrica abandonada"; "en la villa" y "vivo en la calle").

2. Situación de pareja y familia

- El 40% (182) refirió vivir sola.
- La mayoría de las encuestadas (266 personas) no vivía sola. Un 29% (76) vivía con la pareja, otro 29% lo hacía con su familia de origen y el 43% con otras personas que no correspondían a la familia consanguínea, sino con un grupo de pares ("vivo con una/s amiga/s", "vivo con la familia adoptiva o de elección") que ocupaban diversos roles familiares, como las y los hermanos, padre, madre, tíos, tías, primos y primas, entre los más frecuentes.
- Se observó que el 7,25% de las entrevistadas (n=33) refirió estar criando hijos adoptivos en un rango de uno a siete hijos. En once casos los niños eran sobrinos de la encuestada, cinco casos eran hermanos y tres casos eran hijos de una pareja anterior.
- Tomando como base a las 455 encuestadas, merece destacarse que el 80% de las personas trans refirió mantener contacto con sus familiares consanguíneos (los padres y los hermanos entre las menciones más sobresalientes). En cierta medida, estos datos contradicen algunas formulaciones y discursos que señalan una ruptura total con la familia de origen luego de manifestar su identidad sexual y de género a los familiares.
- Entre aquellas personas que no visitaban a sus familiares (18,2%), casi la totalidad respondió no hacerlo pues "no me aceptan", "no me entienden", "me echaron de mi casa" como motivo principal por el que no tenía contacto cercano a sus familiares. Una minoría, en cambio, refirió que el principal impedimento para visitar a su familia era "no tener dinero para viajar".

3. Problemas jurídico-legales

- Un total de 408 encuestadas (89,67%) declaró haber sido

“detenida alguna vez” (ver Tabla 2). Su condición genérica de persona trans y su relación directa con el trabajo sexual fueron los motivos mayoritariamente referidos por las encuestadas

- El 70% refirió tener antecedentes policiales (contravencionales) vinculados a “desorden en la vía pública”, la “resistencia a la autoridad”, o a la “averiguación de antecedentes” (ver recuadro).
- El 81,12% de las encuestadas refirió haber sufrido situaciones violentas por parte de la policía. Entre los principales abusos policiales sufridos se indican las detenciones ilegales, el hostigamiento verbal en el ámbito público (insultos tales como “travuco”, “travesaño”, “trava”, o bien, el uso de un nombre masculino, entre algunos de los calificativos despectivos más usuales o amenazas, especialmente vinculadas al ejercicio del trabajo sexual).
- El 95% de las encuestadas reflejaron que la situación más común para evitar ser detenidas por parte de la policía respecto a su condición de *trans* y trabajadora sexual era mediante el pago de una “coima”.

Tabla 2. Antecedentes y relación con la policía por región

Aspectos (jurídicos, legales, policiales)	Centro (n=276)	NEA (n=24)	NOA (n=103)	Sur (n=32)	Cuyo (n=20)	Total (n=455)
Antecedentes contravencionales	201 (72,82%)	17 (70,83%)	49 (47,57%)	28 (87,50%)	18 (90,00%)	313 (68,79%)
Pagar para evitar detención	200 (72,46%)	15 (62,50%)	64 (62,13%)	25 (78,12%)	15 (75,00%)	319 (70,10%)
¿Alguna vez fue detenida?	257 (93,11%)	19 (79,16%)	88 (85,43%)	26 (81,25%)	18 (90,00%)	408 (89,67%)
Violencia policial cuando fue detenida	205/257 (74,27%)	16/19 (84,21%)	76/88 (86,36%)	20/26 (76,92%)	14/18 (77,77%)	331/408 (81,12%)
Antecedentes penales	20 (7,24%)	0 (0,00%)	3 (2,91%)	11 (34,37%)	3 (15,00%)	37 (8,13%)

Fuente: *Estudio sobre seroprevalencia de VIH en personas trans y su asociación a prácticas de riesgo.*

Base: total de encuestas.

4. Prevalencia

- De 455 personas encuestadas, 441 accedieron a realizarse el test del VIH. Hubo 152 casos positivos confirmados por Western Blot. La **prevalencia fue de 34,47%**.
- Del total de personas testeadas que refirieron ser trabajadoras sexuales en la actualidad, o que “alguna vez” fueron trabajadoras sexuales (332), 127 tuvieron serología positiva y 205 serología negativa, lo que equivale a una **prevalencia del 38%**.
- En el caso de quienes referían no ser trabajadoras sexuales (96), 25 tuvieron serología positiva y 71 serología negativa. La **prevalencia en este subgrupo fue del 26%**.

5. Conclusiones generales

La carencia de datos irrefutables sobre número y distribución geográfica de personas *trans* a nivel nacional, sumada a la dificultad para obtenerlos en el tiempo y con los recursos disponibles, llevaron a que la muestra se confeccionara sobre la base de estimaciones proporcionadas por informantes clave (personas y ONG que trabajan con este sector de población en las grandes ciudades argentinas). Teniendo en cuenta este aspecto, se trata de un muestreo no probabilístico y los resultados del relevamiento describen particularmente las características correspondientes a ese grupo de encuestadas.

Se destacan a continuación algunas de las vulnerabilidades específicas de la población *trans* en las que persiste una situación de desconocimiento y necesidades de salud de esta población:

- Mayor prevalencia de VIH que en otros grupos sociales.
- Vulnerabilidad relacionada con la mayor tasa de discriminación social y violencia policial hacia ellas.

Asimismo, se considera que las trabajadoras sexuales se beneficiarían de programas de promoción y prevención de sexo más seguro que tomaran en cuenta tanto su vida profesional como privada. Con relación a este último aspecto, las estrategias que se propongan deberían orientarse hacia:

- Brindar información general que permita compartir conocimientos sobre VIH-sida e ITS y aclarar las dudas que puedan surgir.

- Promover el uso del preservativo en relaciones a largo plazo (de pareja o comerciales).
- Promover el uso consistente del "campo de látex" en todas las relaciones sexuales (de pareja o comerciales).

Se espera que los resultados obtenidos proporcionen elementos útiles para profundizar la investigación en el futuro y mejorar las acciones que se desarrollen para la prevención de la transmisión del VIH en la población *trans*.

Edictos, reglamentos, códigos, etcétera...

En la República Argentina existen diferentes instrumentos de variada procedencia que son utilizados por las fuerzas de seguridad para realizar arrestos: la detención por averiguación de antecedentes; los edictos, leyes orgánicas y reglamentos de la Policía Federal y las policías provinciales; los códigos contravencionales y de faltas municipales y provinciales.

Los códigos contravencionales y de faltas vienen siendo cuestionados en el ámbito nacional e internacional tanto desde la doctrina penal como desde el campo de los derechos humanos y aquel que se orienta a combatir la discriminación. Entre ellos, hay artículos del Código Contravencional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de los códigos provinciales que habilitan detenciones por identidad de género, orientación sexual o prácticas sexuales no normativas; más específicamente, aquellos artículos que hacen expresa mención en términos discriminatorios a la homosexualidad o al travestismo, como es el caso de los códigos de las provincias de Buenos Aires, Formosa, La Rioja, Mendoza, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Santa Fe y Santiago del Estero.

Además, muchos códigos judicializan la salud de las personas e intervienen en cuestiones sanitarias al establecer penas para quienes ejerzan la prostitución estando afectados/as por enfermedades de transmisión sexual. Algunas leyes incluso disponen exámenes médicos compulsivos y ordenan internaciones y tratamientos forzosos (art. 86 del Código de Faltas de Catamarca; art. 44 del Código de Faltas de Córdoba; art. 42 del Código de Faltas de Corrientes; art. 65 y 66 del Código de Faltas de Chaco; art. 62 y 63 del Código de Faltas de La Rioja; art. 55 y 55 bis del Código de Faltas de Mendoza; art. 125 del Código Contravencional de San Juan).

*Material extraído del Informe realizado por Juan Pablo Parchuc.
Área Queer de la Universidad de Buenos Aires.*

Los autores

Dra. Martha L. Centurión

Médica (UBA).

Especialista en Ginecología (Ministerio Salud Pública).

Especialista en Endocrinología Ginecológica y de la Reproducción (Fundación Universitaria Dr. René G. Favaloro y Ministerio de Salud Pública de la Nación).

Ginecóloga de Planta, Cesac N° 15, Hospital C. Argerich.

Ginecóloga del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Ministerio de Salud.

Asistente a la Sección de Endocrinología y Reproducción del Servicio de Ginecología del Hospital Bernardino Rivadavia (tareas docentes, asistenciales y de investigación clínica)

Actuación en Sociedades Científicas

- Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires: miembro adherente
- Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva: miembro titular
- Asociación Médica Argentina: miembro titular

Dr. Ricardo E. Duranti

Médico Psiquiatra (UBA); Magíster en Psicoimmunoneuroendocrinología; Psicoanalista.

Médico Psiquiatra del Departamento de Emergencias del Hospital F. J. Muñiz, Buenos Aires.

Coordinador del Comité de Bioética del citado hospital.

Coordinador de proyectos de investigación en sexualidad y VIH sida y del área de psicoterapia de la Asociación Civil Nexo desde 1997 hasta 2004.

Director del dossier sobre VIH sida, homofobia y derechos, editado por Asoc. Civil Nexo durante los años 2003 y 2004.

Algunos de los trabajos en que participó:

HIV prevalence and incidence in men who have sex with men in Buenos Aires, Argentina, 2000-2002.

II Foro en VIH/SIDA/ITS de América latina y el Caribe. La Habana, Cuba, 2003.

Ávila María Mercedes, Pando María de los Ángeles, Maulen

Sergio, Marone Rubén, Duranti Ricardo, Russell Kevin, Sánchez José L, and Weissenbacher Mercedes.

"Orientación (counseling) y testeo en travestis y varones gays y bisexuales de la Ciudad de Buenos Aires" - Póster.

"Uso del profiláctico durante el sexo oral y anal de una muestra de varones gays y bisexuales en pareja y practicando el sexo casual" - Póster. V Congreso Argentino de Sida. Mendoza, 2002.

"Estudio de prácticas sexuales y conciencia de riesgo de infección de VIH-sida en un grupo de varones gays y bisexuales" – Ponencia presentada en las IV Jornadas Interdisciplinarias de Salud y Población, IIGG, 2001.

Lic. Matías Marcelo Hessling

Ciencias de la Comunicación, UBA (2006).

Tesis de Licenciatura "Travestismo: una (práctica) crítica o (una crítica práctica) a la sexualidad burguesa".

Expuso trabajos académicos en el Instituto de Investigación Gino Germani-UBA (2005), y en Jornadas de Investigación en Comunicación en la UNSa (Universidad Nacional de Salta - 2003). Realizó durante 2004 un programa de radio sobre Sexualidad, Derechos Humanos y salud en FM La Tribu, y fue redactor de la revista NX de la Ciudad de Bs As.

Actualmente participa de dos proyectos de investigación como Investigador Estudiante:

Proyecto CONICET-PIP 6409/05, 2005-2006, Cultura Popular, "Aguante" y Política: prácticas y representaciones de las clases populares urbanas.

Proyecto UBACyT "Políticas de comunicación. Estructura y concentración de las industrias culturales en la Argentina post 1989".

Lic. Guillermo D. Leone

Psicólogo

Posgrado en Psicoterapia gestáltica en la Asociación Gestáltica de Buenos Aires, AGBA.

Posgrado en Constelaciones Familiares Sistémicas en Centro Bert Hellinger de Buenos Aires.

Posgrado en Comunicación en las Organizaciones Complejas, FLACSO.

Integrante del equipo de Diversidad Sexual en el área de Prevención de Coordinación Sida dependiente del Ministerio de Salud del GCBA (2005-2007). Psicoterapeuta. Profesor del posgrado en Instituto Gestáltico de São Paulo, Asociación gestáltica de Buenos Aires; Profesor Invitado Instituto Gestalt Mediterráneo (Mallorca, España). Coordinó el servicio de Psicoterapias de Nexo A.C.; coordinó cursos y seminarios sobre homosexualidad, VIH-sida, sexualidad.

Lic. Juan Sotelo

Antropólogo (UBA)

Posgrado en Antropología Social y Política de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO); Ciudad de Buenos Aires (2006-2007).

Docente de escuelas de Nivel Medio y Terciario.

En el Programa Nacional de Lucha contra los RH, SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Nación ha desarrollado actividades de investigación, coordinación y capacitación con poblaciones específicas –aborígenes, adolescentes, trabajadoras/es sexuales y personas trans– en el marco del “Proyecto Actividades de Apoyo para la Prevención y Control del VIH/sida en Argentina” (2005-2007).

Actualmente, forma parte de los equipos de Diversidad Sexual y Atención a Personas con VIH en el área de Prevención de la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación.

Fue miembro del Comité Evaluador Local del Foro 2007, integrante del Proceso de Planificación Estratégica 2008-2011 y miembro integrante del Proceso e Informe Final UNGASS 2008.

