

El presente material surge de los contenidos trabajados en los Cursos sobre “Salud y Diversidad Sexual” dirigidos a estudiantes universitarios y profesionales del área de la salud, implementados desde 2013 por las Facultades de Medicina y Psicología de la Universidad de la República, el Colectivo Ovejas Negras, la Administración de Servicios de Salud del Estado, el Ministerio de Salud Pública y el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Equipo a cargo de la sistematización de los contenidos:

- Ayud. Lic. Gonzalo Gelpi. Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades. Instituto Psicología de la Salud Facultad de Psicología. Udelar.
- Lic. Florencia Forrissi. Colectivo Ovejas Negras. Ministerio de Salud Pública (a partir de agosto de 2015).

Edición y compilación:

- Prof. Adj. Dr. Pablo López Gómez. Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades. Instituto Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Udelar.
- Lic. Florencia Forrissi. Colectivo Ovejas Negras y Ministerio de Salud Pública (a partir de agosto de 2015).
- Lic. Gonzalo Gelpi. Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades. Instituto Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Udelar.

Autores y agradecimientos por capítulo:

Capítulo 1: Nociones básicas sobre sexualidad, género y diversidad: Un lenguaje en común

- Mag. Valeria Ramos. Oficial de Programa Salud Sexual y Reproductiva. Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA.
- Lic. Florencia Forrissi. Colectivo Ovejas Negras. Área de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud Pública.
- Ayud. Lic. Gonzalo Gelpi. Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades. Instituto Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Udelar.

Capítulo 2: Normativas nacionales e internacionales vigentes sobre diversidad sexual

- Lic. Florencia Forrissi. Colectivo Ovejas Negras. Área de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud Pública.
- Ayud. Lic. Gonzalo Gelpi. Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades. Instituto Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Udelar.
- Agradecemos los aportes de la Dra. Michelle Suarez (Colectivo Ovejas Negras) y el Dr. Santiago Pérez (Administración de Servicios de Salud del Estado).

Capítulo 3: Salud y derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque de diversidad sexual

Primera parte

- Prof. Agda. Dra. Alicia Sosa. Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Udelar.
- Dra. Karina Roselli. Colectivo Ovejas Negras.
- Lic. Florencia Forrissi. Colectivo Ovejas Negras. Área de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud Pública.

Segunda Parte

- Mag. Valeria Ramos. Oficial de Programa Salud Sexual y Reproductiva. Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA.
- Ayud. Lic. Gonzalo Gelpi. Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades. Instituto Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Udelar.

Capítulo 4: Profundizando en el abordaje de ITS y VIH desde una perspectiva de derechos y diversidad sexual

- Prof. Adj. Dra. Zaida Arteta. Cátedra Enfermedades Infecciosas. Departamento de Parasitología y Micología. Facultad de Medicina. Udelar.

Capítulo 5: Atención ginecológica de mujeres lesbianas y bisexuales

- Dra. Mónica Gorgoroso. Programa Salud de la Mujer y Género. Administración de Servicios de Salud del Estado.

Capítulo 6: Atención integral a personas trans

Primera Parte: Atención en el primer nivel

- As. Dr. Daniel Márquez. Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Udelar. Adjunto a la Presidencia Administración de Servicios de Salud del Estado.

- Prof. Agda. Dra. Clara Niz. Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. UdelaR.
- Prof. Adj. Dra. Mónica Olinisky. Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. UdelaR.

Segunda Parte: Abordaje gineco-quirúrgico a personas trans

- Asist. Dr. Sebastian Ben. Clínica Ginecotocológica "A". Facultad de Medicina. UdelaR.
- Resid. Dra. Rosina Silva Ledesma. Clínica Ginecotocológica "A". Facultad de Medicina. UdelaR.
- Resid. Dra. Gabriela Ramos. Clínica Ginecotocológica "A". Facultad de Medicina. UdelaR.
- Asist. Dra. Soledad Pérez. Clínica Ginecotocológica "A". Facultad de Medicina. UdelaR.
- Asist. Dra. Luciana Miranda. Clínica Ginecotocológica "A". Facultad de Medicina. UdelaR.
- Prof. Dr. Leonel Briozzo. Clínica Ginecotocológica "A". Facultad de Medicina. UdelaR.

Tercera parte: Enfoque quirúrgico plástico mamario en personas trans

- Dr. Carlos Arrué. Cirujano Plástico. Responsable del área Cirugía Plástica. Centro Hospitalario Pereira Rossel.

Capítulo 7: La atención psicológica desde una perspectiva de diversidad sexual

- Prof. Agda. Dra. Alejandra López Gómez. Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades. Instituto Psicología de la Salud. UdelaR.
- Ayud. Lic. Gonzalo Gelpi. Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades. Instituto Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. UdelaR.

Agradecemos los aportes tomados de las clases dictadas por la Prof. Adj. Ps. Elina Carril, y la revisión y comentarios del Lic. Néstor Rodríguez, el Lic. Mathías Freitas y la Lic. Camila Carro.

Equipo docente del curso "Salud y Diversidad Sexual":

- Prof. Agda. Dra. Alicia Sosa. Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. UdelaR.
- Prof. Adj. Dra. Zaida Arteta. Cátedra Enfermedades Infecciosas. Departamento de Parasitología y Micología. Facultad de Medicina. UdelaR.
- Prof. Agda. Dra. Alejandra López Gómez. Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades. Instituto Psicología de la Salud. UdelaR.
- Prof. Adj. Dr. Pablo López. Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades. Instituto Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. UdelaR.
- Prof. Adj. Lic. Elina Carril. Programa de Género, Salud Reproductiva y Sexualidades. Instituto Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. UdelaR.
- As. Dr. Daniel Márquez. Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. UdelaR. Adjunto a la Presidencia Administración de Servicios de Salud del Estado.
- Dra. Mónica Gorgoroso. Programa Salud de la Mujer y Género. Administración de Servicios de Salud del Estado.
- Lic. Florencia Forrís. Colectivo Ovejas Negras. Área de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud Pública.
- Dra. Karina Roselli. Colectivo Ovejas Negras.
- Lic. Néstor Rodríguez (Docente Invitado). Colectivo Ovejas Negras.
- Mag. Valeria Ramos. Oficial de Programa Salud Sexual y Reproductiva. Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA.
- Soc. Juan José Meré. Asesor en VIH Sida. Fondo de Población de las Naciones Unidad, UNFPA.

Uruguay, Diciembre 2015.

Diseño: Erika Díaz

Impresión:

ISBN.:

Los textos incluidos en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones de UNFPA, su Junta Directiva y los Estados miembros. Este documento es para distribución general. Se reservan los derechos de autoría y se autorizan las reproducciones y traducciones siempre que se cite la fuente. Queda prohibido todo uso de esta obra, de sus reproducciones o de sus traducciones con fines comerciales.

Índice

Prólogo.....	11
Presentación.....	13
Capítulo 1: Nociones básicas sobre sexualidad, género y diversidad: Un lenguaje en común...15	
Capítulo 2: Normativas nacionales e internacionales vigentes sobre diversidad sexual.....47	
Capítulo 3: Salud y derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque de diversidad sexual.....71	
Capítulo 4: Profundizando en el abordaje de ITS y VIH desde una perspectiva de derechos y diversidad sexual.....107	
Capítulo 5: Atención ginecológica de mujeres lesbianas y bisexuales.....133	
Capítulo 6: Atención integral a personas trans.....147	
Capítulo 7: La atención psicológica desde una perspectiva de diversidad sexual.....195	



Prólogo

Esta guía sintetiza el fruto de un trabajo conjunto entre las Facultades de Medicina y Psicología, el Ministerio de Salud Pública, la Administración de Servicios de Salud del Estado, el Colectivo Ovejas Negras y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. No es frecuente que iniciativas de este tipo -que involucran al Estado, la Sociedad Civil, la Academia y la Cooperación Internacional- trasciendan la acción puntual para transformarse en una verdadera estrategia intersectorial. Eso sucedió con los “Centros de Salud Libres de Homofobia”, que sirvieron como punto de partida para que tan diversos actores iniciaran un proceso que busca incluir la perspectiva de diversidad sexual en la atención de la salud en todos los niveles. En este camino se sumó la experiencia de atención a personas trans en la UDA del Primer Nivel de Atención/ ASSE Saint Bois y se han incluido intervenciones en policlínicas del primer nivel, formación de grado y posgrado en la Universidad, capacitación de equipos de salud y funcionarios en las Unidades Docente Asistenciales de ASSE. Asimismo se han tendido lazos con organizaciones y universidades del exterior, con el fin de intercambiar experiencias y avanzar en pos de una atención integral, de calidad, libre de discriminaciones homo-lesbo-transfóbicas.

En los últimos años, Uruguay ha vivido una revolución legislativa en el campo de la diversidad sexual, con la aprobación de leyes que reconocen los derechos de las personas que integran el colectivo de la diversidad sexual. La ley de Unión concubinaria (que incluye a parejas del mismo sexo), el matrimonio igualitario, la posibilidad de adopción para parejas homoparentales, el cambio de nombre y sexo registral, han hecho visibles los múltiples mecanismos de discriminación que estaban impuestos legislativamente a la comunidad de lesbianas, gays, bisuales y trans (LGBT). No obstante, si bien esto representa un gran avance, persisten barreras para el ejercicio pleno de derechos que se encarnan en las instituciones y organizaciones sociales. Las transformaciones legislativas, culturales y sociales deben generar cambios en las dinámicas y cotidaneidades de los servicios de salud, las instituciones educativas, los programas sociales, entre otros. Por eso es necesario incluir estas transformaciones en las políticas públicas, los currículos y prácticas profesionales.

En ese proceso de cambio hacia una sociedad libre de homo-lesbo-transfobia, la Universidad de la República tiene varios roles que asumir desde la integralidad de sus funciones: tiene la responsabilidad de formar a la mayor parte de los profesionales del país, incorporando el enfoque de diversidad sexual; tiene el mandato de generar conocimiento científico que permita generar políticas adecuadas para el colectivo LGBT; y debe emprender tareas en el territorio, junto con organizaciones de todo tipo, para hacer efectivo el ejercicio de derechos por parte de este colectivo. Lo que se ha hecho a lo largo de estos 5 años es asumir esos roles, lo que representa un gran avance que acompaña el desarrollo de esta temática en el país.

Desde el Área Ciencias de la Salud, la alianza estratégica entre Facultad de Medicina y Facultad de Psicología ha sido muy fructífera, y esperamos se amplíe en los próximos años con nuevos proyectos que incluyan investigación específica sobre salud y diversidad sexual. Y asimismo buscaremos nuevas alianzas con otras facultades que amplíen los campos de acción, entiendo que la perspectiva de diversidad sexual debe comenzar a integrarse en toda la institución, no sólo en los contenidos dictados o el conocimiento producido, sino también en la vida cotidiana de cada servicio.

Confiamos en que este material se convierta rápidamente en un texto de referencia para la formación de los estudiantes de grado y para la actualización permanente de los profesionales. A la vez, esperamos que sea apenas una primera edición, que seguramente pronto será ampliada con conocimientos nuevos producidos en Uruguay, y con un inventario mayor de prestaciones que se instalen en nuestro sistema de salud u otros espacios que brinden atención con perspectiva de diversidad sexual.

El compromiso de UdelaR es, antes que nada, con el bienestar de la ciudadanía, sin exclusiones. Integrar la perspectiva de diversidad sexual en la salud resulta imprescindible para que esta premisa se cumpla y la población LGBT pueda ejercer plenamente sus derechos.



Dr. Fernando Tomasina
Decano
Facultad de Medicina
Udelar



Dra. María José Bagnato
Decana
Facultad de Psicología
Udelar

“La meta es eliminar las barreras que impiden el acceso a los servicios de salud a colectivos que permanecen marginados de una real atención a la salud de calidad en condiciones de equidad. Para ello es imprescindible contar con recursos humanos comprometidos y capacitados. Es así que las alianzas con la Universidad de la República, con otros organismos estatales y con la sociedad civil cobran especial relevancia y se convierten en estratégicas”.

Dra. Susana Muñiz
Presidenta
Administración de Servicios de Salud del Estado

Presentación

Desde el año 2010 el Área de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública (MSP), la Red de Atención de Primer Nivel de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Colectivo Ovejas Negras, el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria y la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Udelar), han venido trabajando en forma conjunta en el campo de la salud y la diversidad sexual.

En el marco del llamado 2013 de la Comisión Sectorial de Enseñanza de la Udelar, para la financiación de propuestas de cursos para graduados, se integró al grupo interinstitucional el Programa de Género, Salud Reproductiva y Sexualidades del Instituto de Psicología de la Facultad de Psicología. Junto con la Facultad de Medicina se presentó el curso “Salud y Diversidad Sexual”, que contaba con el apoyo y participación de Ovejas Negras, MSP, ASSE y UNFPA. Este curso inaugural interfacultades es fruto de los impactos del Proyecto “Centros de Salud libres de Homofobia” desarrollado por estas mismas instituciones.

A partir de esa fecha se han continuado los cursos en dos modalidades: una materia optativa inter servicio para estudiantes de carreras del área de la salud, y un curso de formación permanente para egresados/as de carreras de esta área e integrantes de equipos del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), con énfasis en el primer nivel de atención. Dichos cursos han buscado ampliar los conocimientos de estudiantes, profesionales y técnicas/os sobre las necesidades de salud y dificultades en el acceso a los servicios de personas lesbianas, gays, bisexuales y trans (LGBT). Asimismo han promovido que sus participantes adquieran un rol de multiplicadores/as de estrategias de sensibilización y abordaje inclusivo a la interna de los centros de salud, en sus roles docentes, y con la población destinataria de los mismos. Su objetivo general es promover el desarrollo de capacidades de las/los estudiantes y egresados/as de los servicios del Área Salud de la Udelar, en el campo de la salud y la diversidad sexual, desde un enfoque de integralidad, género y derechos. Específicamente buscan proporcionar el desarrollo de competencias para la promoción y atención de la salud de todas las personas en relación a su orientación sexual e identidad de género. Así como aportar al fortalecimiento de la incorporación de los temas referidos a la diversidad sexual y salud en la formación brindada en la Udelar.

En 2014 se sumó a los cursos la participación de la experiencia de atención a personas trans de la Unidad Docente Asistencial del Primer Nivel de Atención/ASSE del Hospital del Norte “Gustavo Saint Bois”, y en 2015 la Clínica Ginecotocológica A de la Facultad de Medicina.

Todo este proceso dio lugar a que -en el corriente año- ASSE, en acuerdo con los actores antes mencionados, comenzara a implementar para su personal la formación planteada en estos cursos, en el marco del proceso de trabajo para la inclusión de la perspectiva de diversidad sexual en sus servicios de salud.

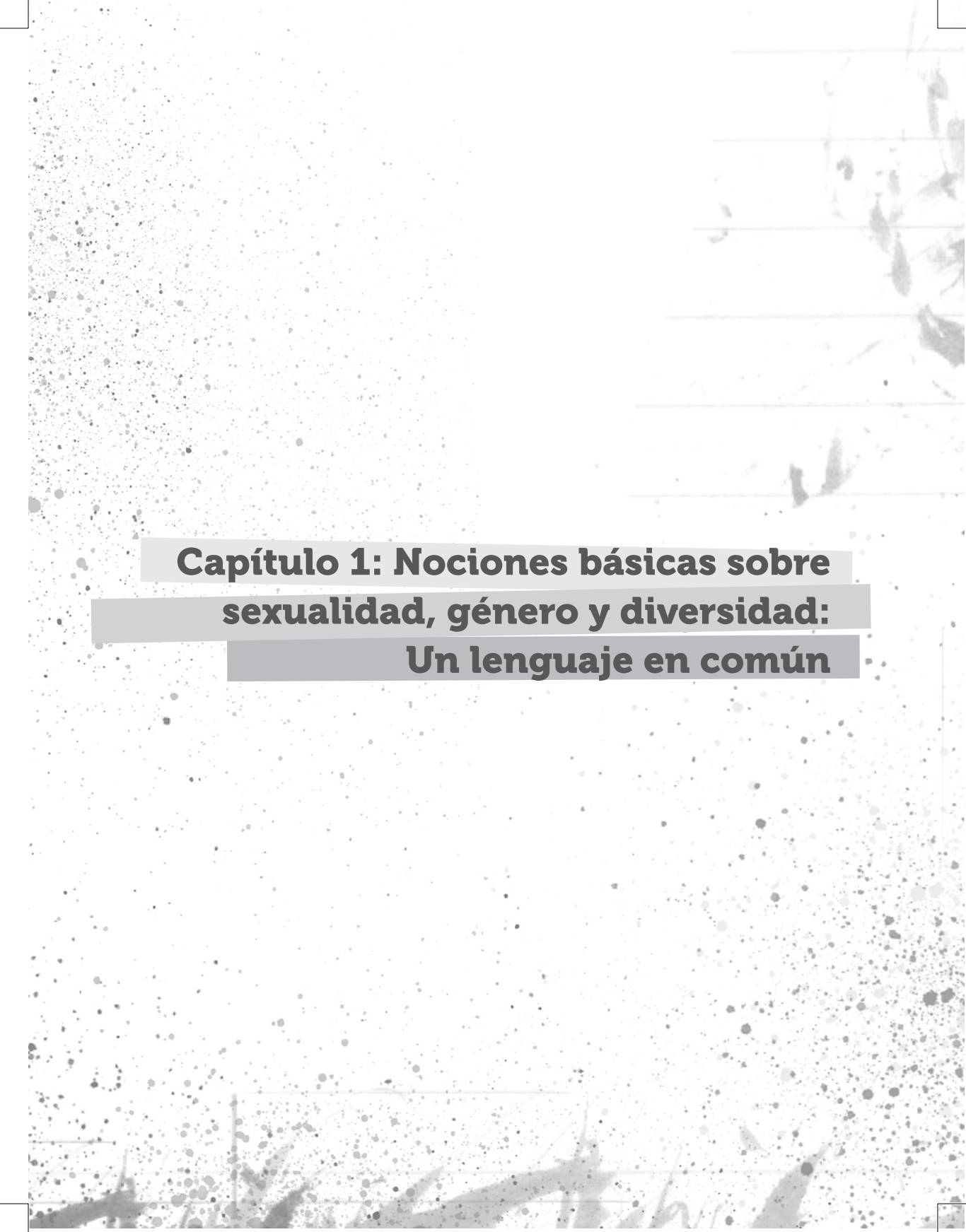
En todos los cursos ha sido una demanda constante de los/as participantes, y una necesidad del equipo docente, contar con material de apoyo que ampliara y profundizara los principales contenidos abordados. Es así que surge la idea de la elaboración, diseño e impresión de esta guía. El mismo fue realizado en base a la sistematización de los diferentes módulos y clases de los cursos, a lo que se sumaron los aportes del equipo docente, y de otros profesionales con quienes el equipo se vincula en su trabajo en Salud LGBT.

Este material tiene el objetivo de acercar los conocimientos y experiencias en esta área temática tanto a estudiantes de grado de la Udelar como a profesionales y técnicos en todo el territorio nacional que se encuentran insertos dentro del SNIS, en todos sus servicios.

Si bien está dirigido especialmente a equipos de salud que se desempeñan en el primer nivel de atención, los aportes que aquí se encontrarán deben ser vistos desde una perspectiva integral y tomando en cuenta que las necesidades de salud de las personas LGBT lo largo de sus ciclos vitales requieren, en ocasiones, intervenciones en otros niveles.

Por tratarse de un material elaborado en base a un curso, en él se recogen también algunas de las estrategias y recursos usados para abordar los distintos temas, que pueden ser replicados por quienes participan de los cursos en los lugares donde se desempeñan y con las poblaciones destinatarias de sus servicios.

Se espera que este trabajo contribuya a transversalizar la perspectiva de diversidad sexual en los servicios de salud, con un abordaje integral, que facilite el acceso de las personas LGBT a los servicios y les habilite el ejercicio pleno del derecho a la salud.



**Capítulo 1: Nociones básicas sobre
sexualidad, género y diversidad:
Un lenguaje en común**



Capítulo 1: Nociones básicas sobre sexualidad, género y diversidad: Un lenguaje en común

Valeria Ramos¹, Florencia Forrís² y Gonzalo Gelpi³

En este capítulo se realiza una aproximación a los términos y categorías más relevantes en esta materia, con el fin de construir una base conceptual común que facilite la lectura del resto del manual. El campo de la diversidad requiere construirse “entre-disciplinas”, tomando elementos de las diferentes áreas del conocimiento pero trascendiéndolas a todas.

Este marco teórico busca construir un lenguaje común para los profesionales que trabajan en la salud, en el entendido que, de forma consciente o no, todos trabajan con un universo de usuarios/as que es diverso por definición. Manejar este marco teórico y hacer uso del mismo en el ejercicio profesional habilita una práctica de mayor calidad y más respetuosa de los derechos de los usuarios/as.

Sexualidad

Como categoría conceptual, la palabra sexualidad es utilizada desde mediados del siglo XVIII. Es una dimensión constitutiva e inherente al ser humano, estando presente desde el nacimiento (o incluso desde la vida intrauterina) hasta la muerte. Las personas se construyen como sujetos sexuales a lo largo de sus trayectorias vitales, aprendiendo a vivir, sentir y ejercer su sexualidad desde los diferentes espacios de referencia, pertenencia y socialización. A lo largo del ciclo vital, la sexualidad presenta manifestaciones, intereses, expresiones, sentimientos y características diferentes. Las mismas son un producto socio histórico y no refieren exclusivamente a la biología.

Hay tres dimensiones fundamentales que aportan al análisis de la sexualidad: significaciones, discursos y prácticas. Su articulación se da de un modo complejo, por tanto esa interrelación debe contextualizarse en escenarios socio-políticos e históricos específicos. Esa tensión entre

1 Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA.

2 Colectivo Ovejas Negras / Área de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud Pública.

3 Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades. Facultad de Psicología. Universidad de la República.

las dimensiones, se evidencia cuando no existe una armonía entre lo que una persona desea hacer, hace y dice hacer. Eso que se puede leer a nivel individual, puede observarse a nivel social, cuando aquello que se dice sobre sexualidad no condice con los significados que se le otorga a las prácticas generándose, por ejemplo, regímenes de doble moral. La relación entre estas tres dimensiones debe ser analizada como producto de relaciones de poder: de clase, género, raza/etnia, generación, orientación sexual y otras variables (López et al. 2005).

El concepto de sexualidad está en constante construcción y transformación. En su repercusión concreta en la vida se manifiesta a través del deseo, del placer, del erotismo, de la atracción, de la necesidad de gustar, de sentirse atractivo/a e identificarse con algo y también, en ocasiones, en el deseo de reproducirse. La sexualidad siempre está atravesada por una o varias de estas motivaciones, generalmente vinculadas a uno de los dos fines de la sexualidad: el erótico placentero y/o el reproductivo. Estas manifestaciones están condicionadas por lo que cada sociedad va definiendo como lo permitido y lo prohibido, lo público y lo privado, reglas que estructuran toda organización social. Asimismo la sexualidad, como “parte constitutiva de la personalidad”, está expuesta a todos los avatares de la subjetividad y puede ser fuente de placer y/o de angustia. No obstante, esta posible angustia no debería ser generada nunca por la ausencia de garantías para el ejercicio de derechos.

En su momento, Freud (1905) produjo con sus teorizaciones psicoanalíticas un cambio de enfoque en las producciones sobre sexualidad: fue el primero en afirmar la existencia de una sexualidad infantil, cuando hasta ese momento se pensaba que la sexualidad era exclusiva del mundo adulto, principalmente de aquellos en edad reproductiva. Ese sesgo inicial se arrastra aún hoy en las sociedades contemporáneas. Sigue siendo mucho menor por ejemplo, la producción de conocimientos y políticas en relación a la sexualidad en la tercera edad.

Históricamente se ha reducido la sexualidad a prácticas sexuales asociadas a un fin meramente reproductivo, negando e invisibilizando la dimensión erótica -placentera. Como señala Foucault (1991), la sexualidad (en especial la sexualidad de los adolescentes y jóvenes) ha sido construida como una “amenaza a controlar” por los Estados, instaurándose como uno de los objetivos primordiales del sistema educativo y el sistema sanitario disciplinar los cuerpos, normalizar las conductas e inclusive controlar la reproducción. A lo largo de la historia las diferentes sociedades y culturas han regulado, controlado, ordenado y sancionado la sexualidad; cualquier espacio de circulación de poder, desde el Estado hasta las familias, forman parte de esta dinámica compleja.

El campo de la sexualidad es compartido por distintas disciplinas que producen discurso acerca de ella como son: la Medicina, la Psicología, la Antropología, la Sociología, la Historia y la Filosofía. También se han generado discursos desde la sociedad civil, la religión, el Estado, los partidos políticos, etc., que han tenido incidencia en la esfera pública.

[Por eso], se exige un trabajo de elucidación crítica, de de-construcción y reconstrucción a la interna de cada campo disciplinario, de cuáles son los supuestos ideológicos y éticos, y las condiciones socio-históricas que posibilitaron y sostienen sus producciones teóricas y sus dispositivos tecnológicos, en lo que al abordaje de la sexualidad se refiere (López et al, 2005, p.26).

La sexualidad es eje de las relaciones humanas, implica a las relaciones y procesos sociales, a las instituciones, a las políticas, así como a las concepciones del mundo y la subjetividad. Al mismo tiempo, se trata de una experiencia socio-histórica, y es una de las expresiones más íntimas, privadas y personales.

Enfoques de sexualidad

Existen dos grandes enfoques a la hora de entender y analizar la sexualidad. Los actuales debates (científicos, sociales, éticos) en este campo, están atravesados por las tensiones conflictivas entre estos dos enfoques. Estos a su vez se traducen en prácticas institucionales y profesionales.

Esencialista: Este enfoque considera la sexualidad como algo inmutable, producto de una esencia humana, cual impulso interior irrefrenable a ser reprimido o condicionado por la cultura. Desde esta perspectiva, las expresiones de la sexualidad no son producción social, sino que son moldeadas socialmente para ser encauzadas hacia una vida social aceptable (López et al. 2005). Cuando se piensa la sexualidad desde un determinismo biológico, no es posible concebir variantes, y las desigualdades sociales son justificadas desde la naturaleza.

Construccionista: Este enfoque, explica las actitudes, prácticas sociales en relación al cuerpo y la sexualidad como un hecho político, que depende de lo histórico y es influenciado por lo socio-cultural. Ubica las relaciones de poder (complejamente entramadas) en el eje de la producción de lo que será considerado normal o anormal, permitido o prohibido, aceptable o rechazable. También conforman este enfoque de la sexualidad lo simbólico y no racional. Foucault aportó al concebir la sexualidad como una construcción socio-histórico-cultural.

Para Foucault, la sexualidad era la relación de elementos, una serie de prácticas y actividades que producen significados, un aparato social que tenía una historia, con raíces complejas en el pasado precristiano y cristiano pero que logra una unidad conceptual moderna, con efectos diversos, sólo en el mundo moderno (Weeks, 1998, p.9).

Modelo hegemónico de sexualidad

Se trata de un modelo construido como el más válido, que opera en el imaginario social, aunque no necesariamente coincide con la realidad. El modelo es aprendido y aprehendido por las personas, éste produce y reproduce desigualdades, a su vez, es productor de subjetividad. Se trata de un modelo heterocentrado, reproductivo, falocéntrico, coitocéntrico, productivista, genitalizado y adultocéntrico. Este modelo regula y categoriza los vínculos afectivo – sexuales. Incluso las personas LGBTI, aun transgrediendo el modelo, muchas veces son permeadas por sus lógicas de funcionamiento, y terminan reproduciendo las pautas, estereotipos y roles del modelo hegemónico. En la construcción de esa hegemonía, el proceso de socialización tiene su peso de la mano con las distintas instituciones.

Heterocentrismo

Desde esta concepción, la heterosexualidad es la norma. Desde allí se piensa al mundo, y se determina que es lo esperable y deseable socialmente. La violencia heteronormativa incluye comportamientos tanto verbales, físicos y/o psicológicos, que atacan todo lo que escapa a las normas que regulan el comportamiento tradicional heterosexual (Schenck, 2014).

Heterosexualidad obligatoria

Adrienne Rich (1980) introdujo este concepto en tanto régimen social que plantea a la heterosexualidad como el modelo hegemónico de relacionamiento sexual y de parentesco, impuesto por el patriarcado mediante diversos mecanismos e instituciones.

Heteronormatividad

Concepto introducido por Michael Warner en 1991, refiere a una institución social, que no debe ser confundida con la heterosexualidad en tanto orientación erótico sexual. Según Butler (2001) es el poder normalizador de la heterosexualidad y las normativas que garantizan y fortalecen su legitimidad social. Este poder atraviesa tanto las representaciones sociales, como la subjetividad, el ámbito de lo jurídico y los reglamentos en las instituciones públicas y privadas.

Para Butler (2001), citada por Sempol (2014), la heteronormatividad opera como un poder normalizador:

Este poder normalizador hace vivir como no problemático y natural una construcción social que legitima simbólicamente y materialmente la heterosexualidad, y que condena a todos aquellos que escapan a esa norma (gays, lesbianas, trans, no heteroconformes, etc.) a un lugar de subordinación social, en donde se vuelven algo meramente abyecto y a lo sumo burdas copias de lo considerado natural, bueno, necesario y sano (p.16).

Desde hace unos años, la heteronormatividad es discutida públicamente, hecho que se ha traducido en avances legislativos en varios países sobre los derechos de las personas LGBT. Esto es fruto de la lucha de los colectivos de la sociedad civil, favorecida por los contextos políticos particulares.

Sexo

El concepto de sexo refiere a lo que nuestra sociedad ha dado en identificar como las diferencias biológicas y genéticas entre varones y mujeres; machos y hembras. Esto incluye las diferencias anatómicas y los caracteres sexuales primarios y secundarios. Hasta no hace mucho tiempo se pensaba que el sexo era innato, universal y no se podía cambiar. Actualmente, algunos autores afirman que el sexo también es una construcción social y no es universal. Esto se basa en que, de todas las variantes que tenemos para definir el sexo de un recién nacido, se opta por la observación de los genitales externos, aunque existen más de cinco modos para definir el sexo de una persona. En variadas comunidades y tribus de distintas regiones del planeta hay tres sexos o más variables a la interna de la cultura.

Thomas Laqueur (1994), a través de un minucioso estudio de fuentes históricas, explica cómo durante aproximadamente dieciocho siglos se mantuvo vigente la concepción de un cuerpo y sexo únicos, que no distinguía fisiológicamente entre varón y mujer. Lógicamente que existían especificidades que establecían una diferencia jerárquica, pero se basaban en el puesto que cada uno ocupaban en el orden de la Creación. Es decir, su diferencia obedecía a una distinción de grado en el contexto de un orden cósmico y social; en vez de estar divididos por su anatomía reproductiva, estaban vinculados por una anatomía común: un sexo/una carne. Esta visión era sesgada, toda la humanidad era pensada desde una lógica androcéntrica, las representaciones que se tenía de las mujeres las ubicaban en un lugar de subordinación. *El útero en la mujer era representado como el escroto en el varón.*

Constituía un órgano asexual de retención y era usado como depósito de desecho de flujos excedentes como también para el desarrollo del embrión. La vagina aparecía como un pene interior, y los labios como un prepucio gigante (Laqueur, 1994, p.22). El clítoris, denominado así por primera vez por Realdo Colombo, en 1559, era aún definido como una especie de miembro masculino. La palabra vagina y ovarios no aparecería en el discurso médico sino hasta el siglo XVIII. De esa fecha a esta parte, paulatinamente se empezó a concientizar de la existencia de dos sexos y organismos cada uno con sus variables, funcionamiento y diferencias pero no por ello jerarquizables.

Actualmente, y en el marco de este manual, se comienza a entender al sexo biológico no como dos categorías estancas sino como un continuo, con personas que nacen con genitales asignables a la categoría **macho, hembra, y personas intersexuales.**

Intersexualidad

El término intersexual o intersex hace referencia a personas cuyos cuerpos no coinciden con lo esperado para una de las categorías clásicamente descritas (macho o hembra), sino que tienen una o más características de uno u otro sexo biológico. Esto puede hacerse visible en el momento del nacimiento, o más adelante en la vida.

En el sitio de la Sociedad Intersex de Norte América (ISNA por su sigla en inglés) se mencionan algunos de las variaciones posibles dentro del **concepto de intersexualidad**, se amplía la información y su frecuencia en el número de nacimientos:

El cuerpo de una persona puede parecerse externamente al identificado con la categoría hembra, pero tener mayoritariamente anatomía sexual o reproductiva asimilable con la categoría macho. O una persona puede nacer con genitales que parecen ser ambiguos (por ejemplo, una mujer con un clítoris notablemente grande, o sin orificio vaginal, o puede haber un varón con un pene notablemente pequeño, o con un escroto dividido de tal modo que asemeje labios vaginales). También puede ser que la persona haya nacido con genes en mosaico, de forma tal que algunas de sus células tienen cromosomas XX y algunas tienen cromosomas XY (ISNA, 2015).

Términos como “hermafroditismo” o “hermafrodita incompleto” son considerados incorrectos, imprecisos e incluso insultantes para la comunidad intersexual. Dentro de sus recomendaciones para profesionales de la salud y familiares de personas intersexuales, se desaconseja intervenir quirúrgicamente los cuerpos de las personas con el fin de hacerlos “más normales”, hasta que ellas/os no tengan la edad suficiente para tomar la decisión.

Cabe mencionar que la intersexualidad en ocasiones es invisibilizada por distintos actores de la sociedad, no se registra en el momento de nacimiento, y tampoco en Uruguay existe una organización que los agrupe o nuclee. Por esto es difícil determinar el número de personas intersexuales en nuestro país.

Existen además síndromes que no llegan a configurar una intersexualidad, pero presentan elementos de una. Hay registro de varios tipos de intersexualidades, algunos se presentan con mayor frecuencia y otras raras veces. Dentro de las más conocidas se encuentran:

Intersexualidad 46, XX

La persona tiene los cromosomas de una mujer, los ovarios de una mujer, pero los genitales externos con apariencia masculina. Generalmente es el resultado de un feto femenino que ha estado expuesto a hormonas masculinas en exceso antes del nacimiento. Los labios mayores se fusionan y el clítoris se agranda para quedar con apariencia de pene. Estas personas generalmente tienen un útero y trompas de Falopio normales (Alventosa Del Río, 2008, p. 34). Puede ser conocida también como pseudohermafroditismo femenino.

Intersexualidad 46, XY

La persona tiene los cromosomas de un hombre, pero los genitales externos no se han formado completamente, son ambiguos o claramente femeninos. Internamente, los testículos pueden ser normales, estar malformados o ausentes.

Intersexualidad gonadal verdadera

La persona tiene tanto tejido ovárico como testicular. Incluso se podría producir en la misma gónada (un ovotesticulo) o podría tener un ovario y un testículo. Podría también presentar cromosoma XX, XY o ambos. Asimismo los genitales externos pueden ser ambiguos, apariencia masculina o femenina. Son conocidos popularmente como hermafroditas verdaderos. En la gran mayoría de casos la causa se desconoce, aunque en algunos estudios con animales ha sido ligada a la exposición a pesticidas comunes para la agricultura.

Intersexualidad compleja o indeterminada

La persona presenta muchas configuraciones de cromosomas distintos a las combinaciones simples 46, XX, ó 46, XY, que pueden ocasionar trastornos del desarrollo sexual y abarcan entre otros, 45, XO (Solamente un cromosoma X) y 47 XXY, 47 XXX, en que en ambos casos tienen un cromosoma sexual adicional, sea un X o un Y.

Género

Los primeros estudios vinculados a la masculinidad y feminidad en las culturas, proviene de la Antropología de siglo pasado. Posteriormente, en la década del 50 los estudios de Stoller y Money con niños/as intersexuales, llevaron a la introducción de los conceptos de género y de identidad de género dado el peso atribuido a la crianza. En los 60 los Estudios de la Mujer avanzaron en las reflexiones sobre la construcción de la feminidad y dieron paso a los Estudios de Género en los 70. Posteriormente se desarrollaron los Estudios de las Masculinidades. No existe un único significado sobre “género”, por el contrario se asiste a múltiples y variadas perspectivas y reflexiones teóricas, epistemológicas y políticas englobadas en este concepto.

Si bien es cierto que fue sobre todo a punto de partida de las luchas del feminismo que se desarrolló el campo del género, eso no significa que sea un asunto de mujeres o que sólo afecte a las mujeres. Los mandatos de género traen consecuencias negativas tanto para varones como para mujeres y el concepto sólo puede ser entendido de manera relacional.

De forma muy general podría decirse que el género es el conjunto de características, atributos, marcas, permisos, prohibiciones y prescripciones, asignados diferenciadamente a las personas, en función de su sexo. Es una construcción social que establece también, pautas de relacionamiento y ejercicio de poder diferenciado para varones y mujeres (De Barbieri, 1995; Scott, 1996; Lamas, 2002). En este marco, mientras el sexo refiere al dato biológico, el género se vincula a lo que se define socialmente como lo masculino y lo femenino respectivamente y a cómo desarrolla cada sujeto su propia masculinidad y femineidad.

La diferencia sexual se ha usado como el ejemplo de que la mujeres y los hombres tenemos “por naturaleza”, destinos diferenciados, habilidades distintas, necesidades dispares, aspiraciones diferentes. Como parece que los seres humanos no podemos aceptar la diferencia sin jerarquizarla, el cuerpo de hombre y el cuerpo de mujer se han convertido en un dato de la valencia del poder. Así, la desigualdad social, política y económica de las mujeres en relación con los hombres se ha justificado como resultado inevitable de la asimetría sexual (Lamas, 2005, p. 37).

Teresita de Barbieri (1995) **define al sistema sexo/género** como:

Los conjuntos de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anátomo-fisiológica y que dan sentido a la satisfacción de impulsos sexuales, a la reproducción de la especie y en general al relacionamiento entre las personas (p.66).

Este sistema influye y condiciona los relacionamientos entre varones y mujeres. Esas pautas, estereotipos, normas, permisos y prohibiciones van configurando los psiquismos y repercuten en la vida social, reforzando las identidades y coartando la libertad. Son transmitidas por las diferentes instituciones por las que circulan los sujetos **-incluyendo las de salud-** y esas mismas instituciones son productoras de subjetividad y reproducen cierto orden social.

La socialización de género es el proceso mediante el cual desde que nacemos, aprendemos en un continuo intercambio con el exterior a desempeñar el rol de género que nuestra cultura y nuestra sociedad nos asigna en función de nuestro sexo biológico. El intercambio supone un rol activo de quien se está socializando. Por más fuertes que sean los mensajes y las prescripciones, el sujeto construirá su propia masculinidad o feminidad, que podrá estar más cerca o más lejos del modelo hegemónico en función de la historia de vida del mismo.

La socialización de género y sus guiones, más preestablecidos que espontáneos, más estáticos que promovedores de movimiento, más conservadores que transformadores, van determinando los roles de género asignados a cada sexo. Los roles de género rigen las expectativas culturalmente aprobadas para lo femenino y lo masculino, es decir, lo que se espera de una mujer, lo que se espera de un varón. Si alguno de ellos no cumple con su rol de género se le reprocha, discrimina y estigmatiza (López y Ferrari, 2006, p.49).

Los roles de género, suelen determinar e inciden en los modos de ser, sentir y actuar de hombres y mujeres. Históricamente las mujeres han ocupado roles reproductivos asociados al mundo de lo privado y los varones roles productivos asociados al mundo de lo público.

Los modelos hegemónicos de feminidad y masculinidad son contruidos socio-culturalmente. Ninguna persona cumple tácitamente con todas las características de cada modelo,

son teóricos, aproximaciones, que pueden ser más hacia un modelo hegemónico o alternativo dependiendo de cada persona. Estos modelos generan presión social a través de distintos mecanismos, algunos más sutiles, otros más evidentes, que procuran evitar que las personas se desvíen de lo esperado socialmente.

Las personas LGBT muchas veces son víctimas de discriminación, estigmatización y exclusión, por la rigidez que proponen estos modelos. No siempre son las orientaciones sexuales diversas de los sujetos lo que produce esas actitudes, sino cuando esos sujetos diversos transgreden las normas socialmente pautadas de comportamiento para hombres y mujeres (Ruiz, 2009).

El género es una categoría relacional, no sólo se ocupa de entender cómo “llegamos a convertirnos en varones y mujeres” sino que estudia también qué pautas sociales de relacionamiento se establecen para vincularse entre sí y también con las personas de su mismo sexo. También es una categoría de análisis, pues permite comprender los fenómenos y procesos sociales desde este enfoque.

Trabajar desde la perspectiva de género en pos de la igualdad y de la libertad no implica suponer que no existen diferencias entre hombres y mujeres. Más aún, existen diferencias entre los propios hombres y las propias mujeres que nos hacen únicos. Sin embargo, ser diferentes no debería ser sinónimo de desiguales, es decir, no deberían usarse las diferencias para justificar las injusticias en la distribución de poder y recursos (López y Ferrari, 2008). Es importante que las leyes, políticas y servicios incorporen esta perspectiva, para combatir con las desigualdades. Asimismo, evitar que la idea de “lo natural” determine nuestro destino y comportamiento no implica “negar la naturaleza” sino negar aquello que la cultura nos ha hecho creer que es natural.

Resulta necesario comprender la categoría de género en interacción con otras. El concepto de interseccionalidad, exige considerar otras variables como la etnia, edad, nivel socio-económico, nacionalidad, orientación sexual, lugar de residencia, y otras variables generadoras de desigualdad.

El análisis interseccional, o lo que conocemos como múltiples formas de discriminación, reconoce que no sólo existe una causa de discriminación, sino que las formas de discriminación o los sistemas de subordinación (género, raza, etnia, clase, etc.) interactúan simultáneamente desempoderando y violando los derechos de quienes lo sufren (MIDES – INAMU, 2007, p.9).

Diversidad sexual

La diversidad hace referencia a la variedad y se produce cuando hay diferencias entre los componentes de un conjunto (...) Asimismo, en el conjunto de la especie humana, la diversidad se manifiesta en diferentes culturas, diferentes genotipos, diferentes lenguas, diferentes organizaciones sociales, diferentes formas de ver el mundo, diferentes religiones. Los humanos nacemos únicos, con una especificidad genética. Eso hace parte de la diversidad humana, pero no es lo principal. Las personas somos parte y productoras activas de nuestra cultura y de nuestra historia, vamos generando nuestra personalidad, actitudes, gustos, habilidades, deseos, acciones, que siempre serán únicas y distintas a las de las demás. Eso principalmente nos hace diversos, únicos e irrepetibles. La cultura, las relaciones, las ideas, todo se construye a partir de las diferencias y del aporte único que cada uno es capaz de hacer (López y Ferrari, 2008, p.30).

Si bien la humanidad es diversa por definición, siempre han existido sujetos, grupos, colectivos y comunidades que han sido catalogadas de inferiores, débiles, enfermas, anormales. Esto ha producido a lo largo de la historia estigmas, discriminaciones, exclusiones, torturas, asesinatos y genocidios que han buscado eliminar o socavar los derechos de aquellos grupos categorizados como “diferentes”, con el fin de instaurar una única verdad y modo de ser. Desde esta verdad se generan “etiquetas” para lo diferente, que suelen darle tranquilidad a sujetos que buscan mantenerse dentro de los parámetros de lo “normal”.

Una sociedad es también un sistema de interpretación del mundo, es decir de construcción, creación, invención de su propio mundo; en tanto tal puede percibir como peligro cualquier desmentida a su sistema de interpretación; estas situaciones suelen ser vividas como ataques a su identidad y las diferencias son entonces imaginadas como amenazantes (Fernández, 1992, p.32).

La perspectiva de reconocimiento a la diversidad como inherente a la experiencia humana “significa que todos somos aceptados como personas humanas, con igual poder para participar en la vida social desde nuestras identidades y modos de vida diferentes” (D’Elia y Aingon, 2004, p.36). La cultura, las relaciones, las ideas, todo se construye a partir de las diferencias y del aporte único que cada uno es capaz de hacer, por eso, habría que celebrarla.

Sobre todo a partir de las década de los 70, la producción académica en torno a la diversidad sexual se intensificó. Los estudios de esa época definieron nuevos modos de pareja, familia y de relación y a hacer visibles las múltiples experiencias humanas no heterosexuales.

Estos estudios surgen a partir del reconocimiento de las diferentes expresiones de la sexualidad, lejos de la concepción tradicional.

(...) en la noche, en la cama, dentro del vínculo conyugal y para la reproducción, y de las implicaciones de esta concepción –monogámica, heterosexual, entre un hombre y una mujer, lejos del deseo, las fantasías y del placer - Que además, nos lleva a mirarla desde su expresividad en las distintas formas de organización social (Careaga, 2001, p.457).

Es preciso señalar que la producción académica presenta sesgos porque solo se basa en aquello que ya ha sido clasificado, definido, pero existen tal vez muchos impensables, mucha diversidad dentro de la propia diversidad sexual por conocer, indagar, profundizar. Por ende, son varios los desafíos y retos pendientes pensando a futuro. Porque reconocer la existencia de la diversidad sexual no es el punto de llegada sino de partida para nuevas interrogantes a develar, donde detrás de todo se esconde la lucha por la libertad sexual. Posicionarse desde la diversidad sexual, “reta a mirar un mundo sin categorías, donde las expresiones de la sexualidad, todas, tengan cabida y sean plenamente disfrutadas” (Careaga, 2001, p.462).

Existen dos posturas acerca de quienes integran la diversidad sexual:

Una postura define la diversidad sexual como las formas de expresar, vivir y ejercer la sexualidad que escapan a lo hegemónico y heterosexual, o sea solamente en referencia a las personas homosexuales, bisexuales, trans e intersexuales.

La segunda posición la define en un sentido más amplio y de mayor unidad. En ese modelo también sería parte de la diversidad sexual la heterosexualidad, ya que hay diversidad incluso en los modos de ser heterosexual.

La perspectiva de la diversidad sexual enriquece los enfoques de derechos y de género, cuestionando la heterosexualidad como parte del imperativo patriarcal hegemónico. Desde un enfoque de derechos humanos, el respeto y reconocimiento de la diversidad constituyen la base para la igualdad y la no discriminación. Cuando se trabaja desde esta perspectiva es importante deconstruir y saber identificar los propios prejuicios, pre-conceptos, representaciones y estereotipos.

Algunos conceptos importantes a tener en cuenta

Normalidad: La palabra “normal” data del S XIX y proviene de la estadística, de lo que se llama curva de distribución normal, que ordena gráficamente la ocurrencia de determinado fenómeno o característica en una población determinada. La información se presenta en un gráfico llamado campana de Gauss. Si se aplica, por ejemplo, a las prácticas sexuales, las observadas como más frecuentes se concentrarían en el medio y las menos frecuentes en los extremos. La norma serían esos valores que se presentan con mayor asiduidad. Por ende el resto que se mueve en la periferia queda al margen, por fuera. Este concepto también puede interconectarse con las nociones de mayoría y minoría. Como señalan López y Ferrari (2006) Estos estudios se sustentan sobre una ideología y un discurso hegemónico que, mediante diferentes mecanismos de poder, adjudican a estos datos objetivos de la realidad valoraciones éticas y morales, convirtiendo la normalidad en lo “sano”, lo “natural” y por lo tanto lo “esperado”; el resto serán desviaciones a estudiar, clasificar y controlar (p.56).

Minoría: Es un término utilizado para definir un grupo que está en situación de menor poder y es oprimido por otro “mayoritario”. Si bien en su origen se utilizaba para denominar grupos poblacionales que eran numéricamente más pequeños que el mayoritario, luego su uso se extendió a poblaciones que, siendo parejas o incluso mayoría en una población, estaban en una situación de menor poder. Ese es el caso por ejemplo de la población indígena de Bolivia respecto a los blancos. En la actualidad es una categoría en desuso, pero puede aparecer en algunas referencias.

Estigma: Según Goffman (1988) el estigma es un atributo negativo que recae sobre los individuos y produce un deterioro identitario. El concepto permite captar una verdadera relación de desventaja, de desigualdad y es, ante todo, un proceso social.

[Los estigmas en su conjunto], “permiten comprender las formas en que se refuerzan el género, las concepciones sociales sobre lo masculino y lo femenino, y la estructura sexual en general; mecanismos de poder mediante los cuales un grupo de hombres blancos heterosexuales conservan una situación hegemónica sobre otros hombres y mujeres, y que las instituciones y políticas públicas reproducen en forma constante y naturalizada” (Sempol, 2014, p.17).

Algunas personas LGBT son permeadas por los estigmas y comienzan a presentar síntomas de una homo/lesbo/transfobia interiorizada. Existe también lo que se llama “transferencia del estigma”, que se refiere al rechazo del grupo por estar en contacto con aquella persona que porta un estigma. Por ese motivo muchas personas heterosexuales evitan tomar contacto con personas LGBT.

Estereotipos: Son imágenes mentales que subsumen la diversidad de lo real y la variedad infinita de los sujetos en modelos simplificados, que facilitan el reconocimiento y simplifican la interacción social, pero que también se constituyen en fuente de prejuicios y en justificaciones para la exclusión de colectivos enteros. En todo lo relacionado con la imagen de las personas LGTB, la fuerza de los estereotipos ha sido siempre muy notoria (López Amurrio et al, 2013).

La sigla LGBTI

L: Lesbiana – Mujer que se siente atraída afectiva y/o sexualmente por otras mujeres.

G: Gay – Varón que se siente atraído afectiva y/o sexualmente por otros varones.

B: Bisexual – Persona que siente atracción afectiva y/o sexual por varones y mujeres. Esto no implica que deba mantener vínculos afectivos y sexuales con mujeres y varones de forma simultánea, sino que en un momento puede experimentar deseo o amor por varones y, en otro por mujeres.

T: Trans – Persona a la que se le asignó un determinado género al momento del nacimiento, en relación con su sexo biológico, y que en el desarrollo de su vida se identifica con otro género.

I: Intersexual – Persona que nace con características biológicas de ambos sexos y que por sus características cromosómicas, gonadales y/o genitales desafía los criterios binarios de clasificación médico-jurídicos macho y hembra.

La sigla LGBT se ha ido modificando a lo largo de la historia del movimiento en la medida en que se han ido incluyendo nuevos colectivos. El orden de las letras responde a razones históricas a veces (el orden de aparición de los colectivos en el movimiento) o políticas en otros casos. Actualmente, el comenzar la sigla con la L de “lesbianas” responde a una decisión política de dar visibilidad a este colectivo que, históricamente, ha tenido menos protagonismo y notoriedad social que el colectivo gay (López y Ferrari, 2008).

Para la creación y popularización de esta sigla cooperaron mucho los estudios queer los cuales se afilian a las corrientes posmodernas del pensamiento. La palabra inglesa queer tiene varias acepciones. Como sustantivo significa “raro/a” y se ha utilizado a veces de forma peyorativa como “maricón”, “homosexual”, “gay”, en relación con la sexualidad, designando la falta de decoro y la anormalidad de las orientaciones lesbianas y homosexuales.

El verbo transitivo *queer* expresa el concepto de “desestabilizar”, “perturbar”, “jorobar”; por lo tanto, las prácticas *queer* se apoyan en la noción de desestabilizar normas que están aparentemente fijas. El adjetivo *queer* significa “raro”, “torcido”, “extraño” (Fonseca et al, 2009, p. 45).

La palabra *queer* consta de tantos posibles sentidos, que carece de una traducción unívoca al español, por eso, se suele utilizar en su idioma original. **La teoría *queer*** surge a partir de las nuevas teorías sobre sexualidad. La primera Universidad que colaboró al desarrollo de esta teoría fue Columbia en 1989. En ocasiones se emparentan los estudios de género a los estudios *queer*, pero no siempre es oportuno hacer esa relación. Judith Butler, autora *queer*, plantea su teoría performativa de género. Existen personas que prefieren optar por definirse como *queer* antes que ser homosexual, lesbiana, trans o bisexual. Butler (1990) propone una concepción del género imitativa y representativa. Para la autora, cualquier categoría de identidad controla el erotismo, describe, autoriza y, en mucho menor medida, libera, tanto la identidad heterosexual como la homosexual o lésbica. “Según ella, los vocablos “lesbiana” y “gay” no brindan ninguna revelación transparente. Existen por la necesidad de representar a un sector político oprimido. Como paradigma de lo que exige ser controlado, regulado y clasificado en un espacio de ruptura, confusión y conflicto” (Fonseca et al. 2009, p.6). Esta teoría, intenta darle voz a identidades que han sido acalladas por el androcentrismo, la homofobia, el racismo y el clasismo de la ciencia. La teoría *queer* procura un mundo sin fronteras y de igualdad entre personas diferentes, es decir, promueve el derecho a la indiferencia, a ser tratados iguales desde las diferencias. Las prácticas *queer* reflejan la transgresión a la heterosexualidad institucionalizada que constriñe los deseos que intentan escapar de su norma (Mérida, 2002).

Orientación sexual

La orientación sexual refiere hacia qué sexo orienta la persona su deseo erótico afectivo. La clasificación más clásica describe tres categorías: la orientación homosexual, bisexual y heterosexual. La orientación homosexual alude a cuando el deseo de una persona se orienta hacia personas de su mismo sexo, bisexual refiere a cuando el deseo es orientado hacia personas de ambos sexos y heterosexual es aquella orientación del deseo hacia personas del otro sexo.

Posicionarse desde esta clasificación implica basarse en el binomio de dos sexos: mujeres y varones. En las últimas décadas se ha ido profundizando cada vez más la conceptualización

y aparecen nuevas categorías y clasificaciones para intentar dar cuenta de la complejidad humana. La orientación sexual no es fija e inmutable, por el contrario, como concepto dinámico puede variar y modificarse en el tiempo. Es pertinente aclarar que las prácticas sexuales no definen la orientación sexual, dado que la orientación sexual da cuenta de procesos mucho más profundos. Así, por ejemplo, una persona puede autodefinirse como gay o lesbiana y nunca haber mantenido relaciones sexuales con varones o mujeres respectivamente. O una persona que siempre ha mantenido relaciones sexuales de tipo heterosexual puede tener prácticas homosexuales, y no definirse como tal.

La orientación sexual no es una opción, pues cuando se habla de opción implica un poder de decisión consciente y racional por parte de la persona. En cambio, estos procesos psico-sexuales y afectivos se configuran en un nivel inconsciente e irracional, ya que uno no puede decidir hacia quien se siente atraído o reorientar el deseo (López y Ferrari, 2008). Lo que sí opta la persona es por “salir del closet” o mantener su orientación sexual en secreto. Esa decisión estará condicionada por como perciba el ambiente ese sujeto, si es un ambiente favorable, amigable que no conlleva riesgos o si por el contrario, se muestra violentamente homofóbico no reconociendo los derechos de ese grupo. Un ejemplo práctico se da cuando: una persona no hace manifiesta su orientación sexual por miedo a ser expulsada de su casa o perder el cariño de su familia. En los centros educativos por miedo de ser discriminada, y en el trabajo por miedo a ser despedida o no gozar de un ascenso. Todo sería diferente si la diversidad sexual estuviese socialmente aceptada y la sociedad no se rigiera por la “norma” heterosexual.

Historia de la homosexualidad

A lo largo de la historia han existido intercambios sexuales entre personas del mismo sexo y la sociedad lo ha interpretado de distintos modos dependiendo el contexto socio-histórico-cultural. La categoría homosexual tal como se conoce hoy en día es una invención de la modernidad. Esa categoría precisamente como señala Foucault (1991) no hace solo mención a las prácticas sexuales si no que refiere a la identidad constitutiva de los sujetos. Ese ser homosexual requiere de ciertos elementos simbólicos, representacionales y relacionales.

El término homosexual fue empleado por primera vez en 1869 por Kertbeny y Krafft-Ebing lo popularizó con la difusión de su libro sobre patologías sexuales en 1886, desde allí, la homosexualidad se comenzó a tomar como un objeto de estudio, debate y análisis desde distintas disciplinas y enfoques. Según Giraldo (2001) el término gay proviene del catalán provenzal “gai” siendo usado desde el siglo XIII o XIV como sinónimo de homosexual.

En cambio otros autores afirman que la palabra gay es de origen inglés y significa “divertido”, “alegre”, surgiendo en los ‘70 en América del Norte, impulsada por un grupo de homosexuales que reivindicaban sus derechos. Escogieron esa palabra para opacar todos los adjetivos negativos que recaían sobre ellos y virar la mirada hacia un tinte más positivo, ya que en un comienzo la homosexualidad se asociaba a enfermedad, patología y perversión.

La psiquiatría como disciplina incidió fuertemente en el S XIX para que la homosexualidad femenina y masculina pasase de ser condenada socialmente a ser tratada médicamente, produciéndose lo que se conoce como medicalización de la homosexualidad. Esto llevó a la implementación de terapias y tratamientos que intentan revertir los síntomas de esa “enfermedad”, mostrándose la gran mayoría ineficaces y totalmente violatorios de los derechos humanos (aunque esto no ha sido visualizado por quienes han realizado estas terapias en los diferentes momentos históricos). Algunos de esos métodos fueron el ingreso a manicomios, aplicación de electroshock, lobotomía, extirpación del clítoris, violaciones a lesbianas perpetuadas por varones, terapias de reorientación sexual, etc. En algunos países y bajo el amparo de diferentes regímenes religiosos y políticos algunas de estas prácticas continúan vigentes. Contra las mismas se ha pronunciado la Organización Mundial de la Salud (OMS) en un documento de 2012 disponible en internet titulado “*Curas para una enfermedad que no existe*”.

Una de las cuestiones más polémicas en la comunidad científica ha sido el debate sobre el origen y las causas de la homosexualidad, hecho que produjo daños y perjuicios para los sujetos y comunidad homosexual. El auge de todos esos estudios fue hacia finales del S XIX (Alventosa Del Río, 2008). Algunas de esas teorías fueron las biológicas que atribuían la homosexualidad a cuestiones genéticas, neuroanatómicas o a desajustes hormonales, otras hipótesis han sido sociobiológicas, otras psicológicas e inclusive socio-antropológicas.

Luego de décadas de patologización hacia “los sujetos homosexuales” y a la homosexualidad, recién en 1973 y gracias a los movimientos por la diversidad sexual y otras organizaciones aliadas la APA (Asociación Psiquiátrica Americana) decidió por votación, eliminar la homosexualidad de su lista de trastornos mentales. Dejando por sentado que la orientación sexual hacia personas del mismo sexo es un fenómeno normal, natural y perfectamente compatible con la salud (Ruiz, 2009). Asimismo, en 1990 la OMS excluyó a la homosexualidad de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros problemas de Salud.

Sobre el lesbianismo

El término proviene de la Antigua Grecia, de la mano de la obra poética de Safo, poetisa de la isla de Lesbos. A pesar de que históricamente la homosexualidad femenina ha sido

invisibilizada, hay antecedentes y registro de ella en las civilizaciones antiguas (Montiel, 2001). Se puede observar en la literatura norteamericana y de Europa occidental desde mitad del S XVIII la aceptación de la amistad romántica entre mujeres, lo que puede observarse específicamente en obras como “Las Bostonianas”. Hacia finales del siglo XIX y principios del XX comienza a considerarse el lesbianismo como una enfermedad (básicamente de mujeres prostitutas) y como reprimenda se procedía a internarlas en manicomios junto a criminales, o bien se les aplicaban métodos como la extirpación del clítoris o la lobotomía.

El uso del término lesbiana en la literatura médica comenzó a prevalecer alrededor de 1925. La palabra se encuentra documentada como sustantivo, para referirse al equivalente femenino de un sodomita. Se creía que era una condición transitoria, que esas mujeres que profesaban amor por otras mujeres, cambiarían sus sentimientos luego de contraer matrimonio y asumir una “vida real”. Aun así, Ellis admitía la existencia de auténticas “invertidas” que pasarían toda su vida manteniendo relaciones eróticas con otras mujeres. Ese tipo de mujeres, eran conceptualizadas como un tercer sexo, que rechazaba el papel subalterno, femenino y doméstico del resto de las mujeres.

El movimiento feminista de los ‘60 volvió a acuñar el término con fuerza. Las primeras mujeres feministas en plantear este concepto fueron Adrienne Rich y Monique Wittig, siendo las precursoras del feminismo lésbico, el movimiento cultural y político alcanza su popularidad hacia fines del ‘70 y principios del ‘80, principalmente en Estados Unidos y Europa Occidental. El principal cuestionamiento teórico del movimiento fue el lugar que ocupaban las mujeres y los homosexuales en una organización social patriarcal y heterocentrada.

Identidad y expresión de género

Identidad de género: Sentimiento psicológico de ser hombre o mujer y adhesión a ciertas normas culturales relacionadas con el comportamiento femenino o masculino. En el caso de las personas transexuales, la identidad de género no concuerda con el sexo biológico (COGAM, 2012, p.12).

Transgénero: Persona cuya identidad o conducta escapa a las normas y los estereotipos de género, incluyendo a las personas que desean cambiar de sexo, ya sea a través de tratamiento hormonal o cirugía, para hacer concordar sus características físicas con su identidad de género. Igualmente no todas las personas transgénero sienten la necesidad de modificar sus genitales.

Las personas pueden sentirse varones o mujeres en mayor o menor medida. Cuando la identificación personal con un género no coincide con el sexo biológico puede tratarse de una persona **trans** (que podrá o no autodefinirse de tal modo). Hasta hace unos años era frecuente diferenciar personas travestis, transexuales y transgénero. Esta clasificación actualmente está en desuso y se habla de personas trans. Puede usarse para nombrar **mujeres trans** (o trans femeninas, cuando habiendo nacido con genitales correspondientes a la categoría de sexo biológico macho la persona se identifica como mujer) o **varones trans** (también conocidos como trans masculinos, cuando habiendo nacido con genitales correspondientes a la categoría de sexo biológico hembra la persona se identifica como varón).

Más recientemente diversos autores han comenzado a referirse también a identidades de género **cis**, como antónimo de trans. Este término puede, entonces, usarse para nombrar a personas que se identifiquen como **mujeres cis** (aquellas que habiendo nacido “hembras” se autoidentifican como mujeres) y **varones cis** (aquellos que habiendo nacido “machos” se autoidentifican como varones). En el hecho de que se nombre la existencia personas cis y trans puede verse como la intención de que la identidad trans no se perciba como diferente a la “norma”, sino como una de las identidades posibles.

Expresión de género:

Son los modos de expresar “masculinidad” y/o “feminidad” en concordancia con las normas preestablecidas culturalmente en un determinado contexto socio-histórico. Esas formas de expresar la identificación personal con los género (manera de hablar, caminar, moverse, vestirse, etc.) son reconocidas y aceptadas cuando coinciden con el patrón hombre- masculino y mujer- femenina. Por el contrario cuando la concordancia esperable no es tal, o existe ambigüedad, es probable que se produzca rechazo y discriminación.

Esto no tiene por qué estar relacionado con la orientación sexual, la identidad de género y el sexo biológico de la persona. Es únicamente un dato de cómo esa persona se presenta ante el mundo. Puede suceder, y de hecho sucede, que una mujer cis género heterosexual tenga actitudes, ademanes y vestimenta, en general asociada con lo masculino, y un varón cis género heterosexual, tenga estos mismos atributos asociados a lo femenino. Esto mismo se repite para las diferentes sexualidades en su diversidad.

Es un error, aunque muchas veces se comete, establecer un vínculo causal entre la identidad de género y la orientación sexual. Más allá de la identidad de género, una persona trans en cualquiera de sus variables puede tener tanto una orientación sexual heterosexual, bisexual u homosexual.

Por último es importante hacer mención a que desde los movimientos de diversidad sexual en la región y el mundo se viene luchando para que las identidades trans sean sacadas de la lista de patologías psiquiátricas del DSM, donde aparecen mencionadas dentro del concepto de disforia de género, que sería estar atrapado/a en un cuerpo que no les corresponde o con el cual no se identifican.

Principales estereotipos sobre la diversidad sexual

Suelen circular en la sociedad distintos estereotipos, prejuicios y mitos que atentan contra el colectivo LGBT y refuerzan las discriminaciones en los distintos ámbitos en los que estas personas circulan en su vida cotidiana. Es necesario problematizarlos, porque esas imágenes y representaciones de las “personas diversas” solo generan más violencia y vulnerabilidad social. A continuación se presentan una serie de estereotipos que suelen emplearse para las personas LGBT, esta lista fue diseñada y aparece en la guía didáctica sobre educación y diversidad sexual (2014).

Estereotipos

Lesbianas: “Odiar a los hombres”, “Fueron violadas o maltratadas y por eso no pueden emprender un vínculo con un hombre”, “No conocen el verdadero placer”, “Son marimachos, camioneras, machonas”, “Quieren ser hombres”, “Seguro son amigas”, “Están locas son enfermas”.

Gays: “Son promiscuos”, “afeminados y escandalosos”, “quieren ser mujeres o vestirse como ellas”, “les faltó una figura paterna, fueron criados entre mujeres”, “es una enfermedad”, “no son hombres”, “quieren ser mujeres”.

Bisexuales: “Fijo son gays o lesbianas reprimidos/as”, “Están confundidos/as”, “Son viciosos/as, les gusta todo”, “No se definen”, “Son perversos/as y manipuladores/as”, “Jamás van a poder formar una familia, son infieles”.

Personas trans: “No saben quiénes son ni lo que quieren”, “Nacieron en un cuerpo equivocado”, “Son agresivos/as y mal educados/as”, “Todos/as los/as trans son homosexuales”, “Son histéricas/os”, “Les gusta prostituirse”, “Seguro los/as violaron en la infancia”, “Están disfrazados/as”, “Les gusta llamar la atención”, “Están enfermos/as”.

La salida del Closet

Es el proceso en que cobra visibilidad la orientación sexual o la identidad de género, va de la esfera más íntima y subjetiva hasta el ámbito familiar y el público. Cada persona lo transita de manera diferente, y estará también condicionado por factores del entorno que podrá ser más o menos amigable o riesgoso.

Muñoz (1996) menciona que, en muchas ocasiones, la cultura homosexual se basa en una doble vida, donde si no son identificados por el resto de las personas algunos “síntomas” propios del ser homosexual (como amaneramientos, formas de vestirse, expresarse, que no vayan en concordancia con los mandatos de género) el sujeto puede pasar totalmente inadvertido y no será víctima del estigma homosexual. La heterosexualidad obligatoria no da cabida a lo diverso ni a formas discordantes a lo hegemónico a la hora de performar el género. Muchas personas LGBT ocultan su real orientación sexual y/o identidad de género por miedo al rechazo, discriminación o exclusión.

Los estudios de la diversidad sexual y posteriormente la sociedad, adoptaron el concepto anglosajón de “in the closet” y “coming out” para su uso corriente. Traducido al castellano, sería “estar en el armario” y “salir del armario”. El primero de ellos, hace referencia a la oculta, secreta y silenciada homosexualidad/transexualidad de una persona, la cual aún para su entorno no es visible. El segundo concepto, hace referencia a hacer pública esa homosexualidad/transexualidad y asumirse homosexual/trans. Se eligió intencionalmente la palabra armario, a modo de criticar a la sociedad, que intenta desde sus dispositivos mantener bajo control, encerrados y aislados en el closet a las personas LGTB.

Suele ser la última fase en la conformación de la identidad y puede darse en cualquier momento del ciclo vital. Es interesante señalar que a veces ese ocultamiento puede ser a uno mismo, cuando aún no están las condiciones psíquicas y ambientales dadas para asumir la orientación sexual/identidad de género. Pero habitualmente, ese ocultamiento, se relaciona más a ocultar ese dato a familiares, amigas/os, compañeras/os de trabajo y/o estudio, etc. Donde cada persona LGBT va “midiendo” “analizando” hasta qué punto son confiables esos otros y si puede variar o no el trato hacia ellos después de comunicar su orientación/identidad, ya que la heterosexualidad concede socialmente algunos privilegios.

La comunicación no tiene por qué implicar todos los espacios sociales en los que la persona está inserta: se lo puede haber dicho a amigos pero no a su familia, puede haberlo compartido con un docente pero no aún con sus amigos (Sempol, 2013, p. 23).

En cuanto a lo singular de cada persona, hay que señalar que cada uno tiene sus tiempos personales y que depende de las situaciones a las que se haya enfrentado, se esté enfrentando y se tenga que enfrentar. Se puede acompañar ese transitar pero sin ejercer presiones de ningún tipo. Hay similitudes compartidas por casi la totalidad de personas LGBT en relación al closet y su salida, por ejemplo, los sentimientos de incompreensión, vergüenza, autorechazo, desconocimiento, incertidumbre, entre otros sentimientos.

La salida del armario se da continuamente, cada vez que la persona LGBT se integra a un grupo nuevo de personas desconocidas, levantándose ansiedades, temores, inseguridades y miedos en cada ocasión donde tiene que hacer pública su no heterosexualidad o su no identificación con el género asignado. Es muy desgastante para los sujetos y no todos cuentan con los recursos psíquicos para sostenerlo, de hecho, la famosa “doble vida” o simplemente la negación o no querer salir del closet, en muchos casos, termina por producir distintas patologías, no a causa de la orientación/identidad, sino a causa de ese ocultamiento constante.

Llevándolo al ámbito de la salud, en muchos casos, esa comunicación no se realiza en consulta por diferentes motivos y eso puede obstruir un diagnóstico, tratamiento, recomendación u otra. Por eso es recomendable que el profesional indague y tenga una apertura hacia la diversidad sexual.

Breve reseña del movimiento de la diversidad sexual en Uruguay y el mundo

El movimiento de la diversidad sexual engloba a los colectivos de Lesbianas, Gays, Trans, Bisexuales, y en algunos casos incluye personas Intersexuales y otras denominaciones como Queer. Su característica común es que representan a personas cuya sexualidad se expresa fuera de los parámetros considerados socialmente como “normales” y que, desde hace tiempo, vienen reclamando políticamente la igualdad de derechos y la plena integración social.

Desde el siglo XIX hasta la segunda década del siglo XX hubo varios intentos de organización de grupos de personas homosexuales en Europa y Estados Unidos. En occidente, desde fines de los 60 y comienzos de la década de los 70, varias organizaciones fueron surgiendo en distintos países para defender los derechos de las personas LGBT, con la excepción de América Latina (que en gran parte estaba atravesando procesos dictatoriales). Estas asociaciones, organizaciones y grupos tienen como meta luchar en el ámbito político, legal y social, contra toda forma de discriminación por causa de la orientación sexual y/o identidad de género.

Quienes tuvieron la iniciativa fueron activistas de los Estados Unidos, incluso, la primera marcha del orgullo lésbico y gay se realizó en New York, el 28 de junio de 1970. A partir de allí, comenzaron paulatinamente a realizarse marchas en las grandes ciudades del mundo en esa fecha.

Los movimientos de la diversidad sufrieron una sacudida cuando, en la década del 80, comenzó a asociarse el VIH exclusivamente a la población homosexual, lo que generó nuevamente importantes niveles de discriminación hacia ese colectivo (Muñoz, 1996). En Uruguay, hubo antecedentes durante la década de los ochenta y noventa. De hecho, parte del motivo de que la marcha por la diversidad tenga lugar en setiembre es que fue en ese mes, pero del año 1984, que se creó el grupo Escorpio, el primer grupo de la diversidad sexual en nuestra historia. Otra fecha cercana que se tuvo en cuenta es el nacimiento del poeta y docente Juan José Quintans (1945-1999), un militante gay visible que luchó en forma temprana contra la opresión y a favor de liberación de la sociedad.

La lucha histórica de estos movimientos ha influido en los pequeños o grandes cambios que se han dado en nuestra sociedad en el camino hacia la igualdad y la integración. Aunque con muchas resistencias, que provienen de diversos sectores sociales, ha habido avances legislativos en los últimos años tendientes a garantizar los derechos de las personas que no llevan una vida “heterosexual”. Estos avances se inscriben en una lenta pero progresiva apertura del colectivo social a escuchar y revisar sus creencias al respecto de los modelos hegemónicos de sexualidad. Es importante destacar que muchas personas que se integran a las actividades y movilizaciones, no se sienten identificadas con ninguno de los colectivos de la diversidad sexual, pero comparten su causa.

En los últimos años el movimiento de la diversidad sexual de Uruguay ha cooperado en conjunto con otras organizaciones sociales como feministas, afrodescendientes, de trabajadores/as y estudiantes, para luchar contra las injusticias, discriminaciones y situaciones de desigualdad.

Violencia homo/lesbo/transfóbica

La violencia y/o acoso por orientación sexual y/o identidad de género puede ser ejercido por personas tanto como grupos o por instituciones. Va desde sutiles expresiones -más propias de la violencia simbólica- hasta graves actos discriminatorios con altos niveles de violencia física, que ponen en riesgo la integridad e incluso la vida de personas LGBT.

Esas acciones pueden incluir:

- Violencia física
- Violencia psicológica (burlas, amenazas, ridiculizaciones, apodosos ofensivos, etc)
- Violencia social (aislamiento y exclusión)
- Violencia sexual (intentos de abuso sexual y/o abusos consumados)
- Violencia patrimonial (en relaciones afectivas es el controlar lo que la otra persona puede gastar o no darle dinero suficiente para las necesidades básicas del mantenimiento del hogar; en caso que sea en los centros educativos puede ser: ruptura de materiales, robo de merienda, robo de objetos, extorsiones monetarias, etc.)

La homo/lesbo/transfobia está en el origen de los actos violentos hacia las personas de la diversidad sexual. Se pueden definir estas manifestaciones de la siguiente manera:

Homofobia: Pichardo et al (2007) la definen como una actitud hostil que concibe y señala la orientación homosexual como contraria, inferior o anormal y a las personas que la practican como pecadoras, enfermas, malas, delincuentes, criminales o desequilibradas, llegando incluso a despojarlas de su condición de seres humanos (p.41).

Lesbofobia: Término específico con el que se conoce el miedo o rechazo hacia las lesbianas. El carácter particular y diferencial de la vivencia de la homosexualidad femenina concede a la lesbofobia unas características especiales que incluyen, por ejemplo, un mayor ocultamiento e ignorancia de la existencia de lo lésbico (Generelo, 2012).

Transfobia: Aversión, rechazo o temor a personas trans, a la transexualidad o a sus manifestaciones, quizá porque roza lo que parece ser el tabú más grande de todos: la transgresión de los roles de género y de lo socialmente establecido en cuanto a la identidad de género (Generelo, 2012).

Las propias personas LGBT, que crecen y se desarrollan en la misma sociedad donde la diferencia es vista como algo amenazante y que es necesario ridiculizar, pueden llegar a internalizar homo/lesbo/transfobia. Esta puede dificultar la propia aceptación y la salida del armario, como a la vez operar para que una persona integrante del colectivo LGBT exprese sentimientos de rechazo a esta comunidad, a veces enfocados a algunas identidades en particular.

Estos hechos y procesos incluyen no solo al/los agresor-es y al agredido/a, sino también a los espectadores, que desde el silencio y la no intervención cooperan con la reproducción de la situación de violencia y/o acoso. Para los espectadores ser testigos de esos actos les sirve

como conducta ejemplificante, ya que les muestra lo que les podría suceder en caso que sean como “ellos”. Estas situaciones suelen acontecer en el comienzo de la adolescencia aunque depende de muchos factores, hay quienes se enfrentan a ese tipo de violencia desde su niñez, otros/as en la vida adulta y algunas/os durante toda la vida. La violencia genera efectos en la esfera de lo bio-psico-social en todas las personas que intervienen (Ruiz, 2009).

Alguno de los efectos que han detectado las investigaciones sobre la problemática son:

- Cuadros depresivos
- Cuadros de ansiedad
- Trastornos del sueño
- Estrés post- traumático
- Afectación en la autoestima
- Baja en el rendimiento intelectual
- Intentos de autoeliminación
- Suicidios consumados

Meyer (2003) describe bajo el término “estrés de las minorías” a la experiencia vital estresante que supone ser LGBT, que incluye discriminación, expectativas de rechazo, ocultamiento y/o vergüenza, homofobia internalizada y un proceso de enfrentamiento de estos. Según el autor, la vivencia de estigma, prejuicio y discriminación crearían un ambiente hostil y estresante, que facilitarían la aparición de problemas psicológicos. El sentimiento de soledad es particularmente importante para las personas LGBT. Por ejemplo, si se discrimina a alguien por causa de su etnia o religión, desde su familia encontrarán un apoyo y sostén. En cambio, por lo general, las personas LGBT suelen ser las únicas en sus familias, y éstas muchas veces desconocen y/o rechazan su orientación sexual y/o identidad de género. Es por eso que, sobre todo en edades tempranas, la discriminación es sufrida en silencio y sin un respaldo familiar, aspecto que refuerza ese estrés.

Algunos ejemplos prácticos de violencia y acoso homo/lesbo/transfóbico

A nivel familiar:

- No aceptación de la orientación sexual/identidad de género de su hijo/a
- Humillación constante por este motivo
- Ser expulsado/a del hogar
- Rechazar a los amigos LGBT de su hijo/a
- Someter a su hijo/a a un tratamiento psicológico por causa de su orientación sexual o identidad de género

A nivel de la comunidad:

- Violaciones a personas LGBT
- Homicidios de personas a causa de orientación sexual y/o identidad de género
- Brutales golpizas
- Insultos en la vía pública
- Negación de admisión en distintos lugares de esparcimiento

A nivel de instituciones educativas:

- No permitir que estudiantes que se identifican como trans hagan uso de baños y otras instalaciones de acuerdo a su identidad de género o que vistan ropas que no correspondan a su sexo biológico.
- Otros casos comprendidos dentro del apartado de tipos de violencia

A nivel de la Salud:

- Emitir juicios de valor con una mirada patologizante hacia las personas LGBT
- No nombrar a las personas o asignar camas de acuerdo a la identidad de género

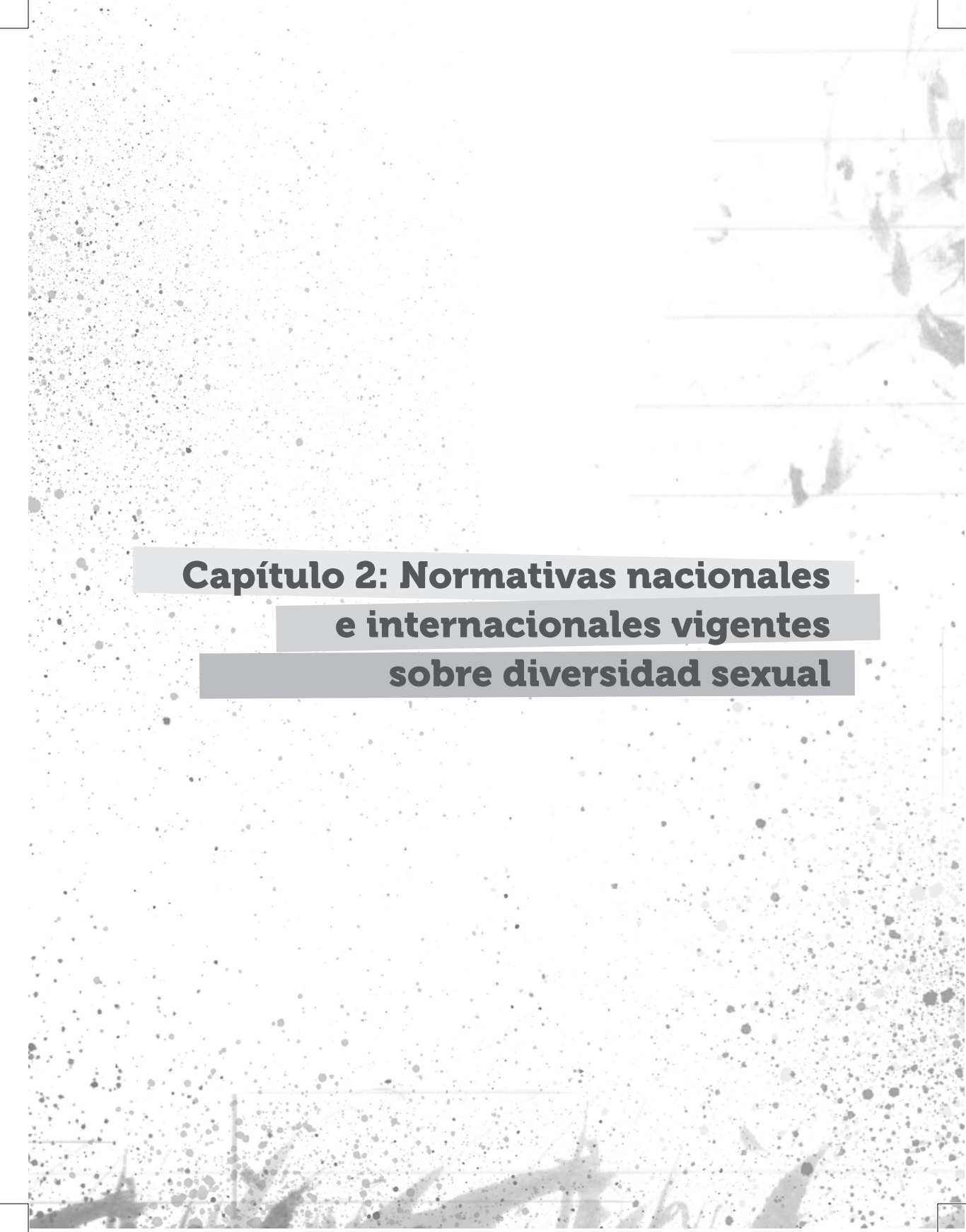
Referencias bibliográficas

- Alventosa Del Río, J. (2008). *Discriminación por orientación sexual e identidad de género en el derecho español*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Basilio Muñoz, C. (1996). *Uruguay homosexual: Culturas, minorías y discriminación desde una sociología de la homosexualidad*. Montevideo: Trilce.
- Bonder, G. (1998). Género y subjetividad: Avatares de una relación no evidente. En: *Género y Epistemologías: Mujeres y Disciplinas*. Programa Interdisciplinario de Género PIEG. Santiago: Universidad de Chile.
- Castillo Robles, C. (Coord.) (2003). El proceso de diferenciación sexual. *Transexualidad. La búsqueda de una identidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Careaga, G. (2001). *La diversidad sexual. Un reto pendiente*. D.F.: PUEG_UNAM.
- Cobo, R. (2005). Globalización y nuevas servidumbres de las mujeres. *Mujeres en Red. El periódico Feminista*, 1-17.
- Cornejo, J. (2010). Jóvenes en la encrucijada. Última década, 18(32), 173-189.
- De Barbieri, T. (1995). Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género. *Estudios de Derechos Humanos IV*. San José: Ed. IIDH.
- D Elia, Y. y Aingon, T. (2004). *La equidad en el Desarrollo Humano: estudio conceptual desde el enfoque de igualdad y diversidad*. Documento para la discusión, Informe sobre desarrollo humano en Venezuela. Caracas: Ed. Torino.
- Fernández, A.M. (1993). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- Figari, C. (2012). Discursos sobre sexualidad. *Sexualidades, desigualdades y derechos. Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos*. Córdoba: Facultad de Derecho y Ciencias sociales de la Universidad Nacional de Córdoba.

- Fonseca, C. y Quintero, M.L. (2009). La teoría queer. La de-construcción de las sexualidades periféricas. *Revista Sociológica*, 69(3), 43-60.
- Foucault, M. (1991). *Historia de la sexualidad. Tomo I. La voluntad del saber*. D.F.: Siglo XXI.
- Generelo, J. (Coord.) (2012). *Acoso escolar homofóbico y riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes LGB*. Madrid: FELGTB – COGAM.
- Giraldo, C. (2001). *Esclavos Sodomitas en Cartagena colonial. Hablando del pecado nefando*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Gómez, A. (Coord.) (2007). El “bullying” y otras formas de violencia adolescente. *Cuadernos de medicina forense*, 13 (49), 165-177.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: Notas sobre la manipulación de la identidad deteriorada*. Río de Janeiro: LTC.
- Güida, C., Ramos, V. y Vitale, A. (2006). Conocimiento y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos. *Proyecto: Género y Generaciones. Estudio sobre la reproducción biológica y social de la población uruguaya. Fase cualitativa. Tomo I*. Montevideo: Trilce.
- Intersex Society of North America. <http://www.isna.org>. Último acceso: 7 de octubre de 2015.
- Laqueur, T. (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Valencia: Ediciones Cátedra.
- Lamas, M. (2002). *Cuerpo: Diferencia sexual y género*. D.F.: Taurus.
- López Amurrio, E. (Coord.) (2013). *Homofobia en las aulas 2013. ¿Educamos en la diversidad afectivo sexual?*. Madrid: COGAM.
- López, P. y Ferrari, F. (2008). *Apuntes para el trabajo en sexualidad desde los enfoques de género, derechos y diversidad*. Montevideo: Gurises Unidos.

- López, A. (Coord.) (2005). *Adolescentes y Sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo 1995 - 2004*. Montevideo: Facultad de Psicología – UNFPA.
- Malinowski, B. (1971). *La vida sexual de los salvajes del Noroeste de la Melanesia: descripción etnográfica de las relaciones eróticas y conyugales y de la vida de la familia entre los indígenas de las Trobiand (Nueva Guinea Británica)*. Madrid: Ediciones Morata.
- Mérida, R. (2002). *Sexualidades transgresoras. Una antología de estudios queer*. Barcelona: Icaria.
- Meyer, I. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), pp. 674-697.
- MIDES (2014). *Educación y diversidad sexual. Guía didáctica*. Montevideo: MIDES.
- MIDES – INAMU (2007). *Incorporación del enfoque étnico racial. Elementos conceptuales*. Montevideo: MIDES.
- Montiel, M. (2001). *Desde Lesbos con amor: Homosexualidad femenina en la antigüedad*. Madrid: Ediciones clásicas.
- Parelló, V. (2006). *Historia natural de la transexualidad*. Valencia: Periféric edicions.
- Pichardo, J.I.; Molinuelo, B.; Rodríguez, P.O.; Martín, N. y Romero, M. (2007). *Actitudes ante la diversidad sexual de la población adolescente de Coslada (Madrid) y San Bartolomé de Tirajana (Gran Canaria)*. Ayuntamientos de Coslada y San Bartolomé de Tirajana, Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales. Madrid: FELGTB.
- Ruiz, S. (2009). *Diversidad sexual en las aulas. Evitar el bullying o acoso homofóbico*. Badajoz: Cuadernos Plural.
- Scott, J. (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, 265-302, D.F: PUEG_UNAM.

- Scuro, L. (2008). *Población afrodescendiente y desigualdades étnico-raciales en Uruguay*. Montevideo: PNUD.
- Sempol, D. (Coord.) (2014). *De silencios y otras violencias. Políticas públicas, regulaciones discriminatorias y diversidad sexual*. Montevideo: MIDES.
- Sempol, D. (Coord.) (2014). *Políticas públicas y diversidad sexual. Análisis de la heteronormatividad en la vida de las personas y las instituciones*. Montevideo: MIDES.
- Sempol, D. (2012). *Políticas Públicas y diversidad sexual. Hablando de Derechos/ DESC+A*. Charlas de formación en Derechos Humanos. Montevideo: MIDES.
- Wacke, A. (1990). Del hermafroditismo a la transexualidad. *Anuario de Derecho Civil*, 43(3), 711-776.
- Weeks, J. (1998). *La invención de la sexualidad*. D.F.: PUEG_ UNAM.



Capítulo 2: Normativas nacionales e internacionales vigentes sobre diversidad sexual



Capítulo 2: Normativas nacionales e internacionales vigentes sobre diversidad sexual

Florencia Forrasi⁴ y Gonzalo Gelpi⁵

La posibilidad de ejercer efectivamente los derechos es un requisito para alcanzar la igualdad sustantiva y, de cierto modo, permite evaluar el estado de situación de una sociedad en el marco de un sistema democrático. Antes de que los derechos sean consagrados a través de una ley, la misma pasa por diferentes etapas, un proceso complejo que involucra múltiples sujetos (individuales y colectivos) e intereses. En la última década, el Estado uruguayo sancionó una serie de normativas que reconocen derechos para la diversidad sexual, que colocaron al país (junto con Argentina) como referentes a nivel regional e internacional.

Estas normativas reconocieron a las personas LGBT, equiparándolas en derechos con el resto de la población y combatiendo la histórica desigualdad y discriminación hacia ese colectivo. Hasta hace una década, las personas LGBT tenían un ejercicio restringido de la ciudadanía, las medidas y reformas sucesivas procuraron que el mismo fuese pleno. Para la consecución de estos objetivos fue definitorio el papel que desempeñaron distintas personas, organizaciones, colectivos, grupos e instituciones que lucharon en las diferentes arenas políticas para concretar los avances.

Las normativas específicas de diversidad sexual persiguen los siguientes objetivos:

1a. Que exista un cuerpo de normas y políticas públicas específicas que garantice, respete y proteja los derechos humanos de estos sectores vulnerados.

1b. Que el sistema jurídico tenga establecido un mecanismo de protección y reparación para esta población en los casos en que se violan sus derechos.

4 Colectivo Ovejas Negras / Área de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud Pública.

5 Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades. Facultad de Psicología. Universidad de la República.

2. Que se favorezca y se generen condiciones que permitan el ejercicio de los derechos referidos a través de programas que informen a toda la ciudadanía, articulando los mismos y las acciones gubernamentales relativas a la temática, capacitando y sensibilizando a los y las profesionales y demás operadores/as desde una perspectiva de género y derecho, para mejorar su competencia y capacidad de comunicación y de escucha, de manera que estén en condiciones de brindar una atención respetuosa, confidencial y de calidad (Suárez, 2012, p.12).

Perspectiva de derecho

La perspectiva de derechos se debe tomar en cuenta en áreas como la salud, educación y trabajo social, pese que a veces se dificulta su real y efectiva implementación, dado que implica un trabajo personal y colectivo. En lo que respecta al trabajo personal, se revisan y resignifican las propias ideas y prácticas. Luego, la acción colectiva implica movilización, reclamo y monitoreo. Las políticas públicas con enfoque de derechos deberían superar antiguas visiones reduccionistas de los derechos en tanto libertad negativa. Según Mercado y Valente (2010):

Frente al panorama social que caracteriza a las sociedades latinoamericanas, se hace imperativo avanzar en la elaboración de políticas basadas en la obligación del Estado de garantizar el disfrute de los derechos desde una visión integral, trascendiendo enfoques cuya rigidez no permite contemplar las especificidades de los grupos más vulnerables de la población, al establecer criterios homogéneos de atención frente a realidades heterogéneas que se ocultan tras indicadores agregados nacionales (p. 52).

Características de los derechos humanos

Innatos

Se nace con estos derechos, a diferencia de otros que pueden o no adquirirse.

Universales

Los derechos humanos son universales, es decir, para todas las personas sin exclusión de ningún tipo.

Irreversibles y progresivos

Los derechos humanos son irreversibles (no se puede decir que un derecho humano dejó de serlo una vez que fue garantizado por un Estado) y progresivos (lo cual implica que siempre deben aplicarse las normas que más garanticen los derechos de las personas, no importando su origen o jerarquía).

Obligatorios	Imponen a las personas y al Estado deberes concretos, y la obligación de respetarlos, aunque no haya una ley que los establezca.
Indivisibles, interdependientes, complementarios y no jerarquizables	No se puede pensar que hay derechos humanos que son más importantes que otros, y significa también que la negación de cualquier derecho pone en peligro la integralidad de la persona.
Inalienables	No se pueden ceder ni transferir, no pueden ser objeto de transacción.
Imprescriptibles	No caducan con el tiempo, no se pierden jamás.

La incorporación de la perspectiva de derechos no sólo aumenta la calidad de nuestras acciones y mejora sus posibilidades de obtener resultados auténticos, es nuestra principal garantía de que nuestro trabajo respeta la integridad de las personas, en tanto sujetos de derecho y protagonistas de su propia vida (López y Ferrari, 2008, p.19).

Políticas nacionales

A continuación se presentan, según la dependencia de origen, algunas políticas nacionales que refieren a la diversidad sexual, aprobadas por el Estado uruguayo en la última década.

Ministerio de desarrollo social (MIDES)

El MIDES, diseñó y puso en funcionamiento a partir de Octubre del 2012 una política inclusiva para población trans, extendiendo los beneficios de la Tarjeta Uruguay Social (TUS) a esta población. Fue una medida reparadora ante tantas vulnerabilidades que ha padecido la población trans, que por años fue totalmente omitida por parte del Estado. Por ejemplo, inicialmente las mujeres trans no lograban acceder a las prestaciones sociales pues se las consideraba hombres solteros.

La TUS es una prestación económica básica, pero mediante esta se logra vincular a la población trans al sistema de protección social. “La solicitud de la tarjeta abre la posibilidad de derivar a las personas interesadas en el cambio de nombre al Programa Identidad del MIDES y al Programa Uruguay Trabaja, entre otros” (Consejo Nacional de Políticas Sociales, 2014, p.159). Las estadísticas indican que la TUS se ha otorgado a más de 1.088 personas y, con esto, se ha generado la base de datos sobre población trans más importante del país. Es importante

recaltar que este derecho le corresponde al 100% de los/as trans del Uruguay, más allá de su situación socio-económica, pretendiendo combatir así las históricas desigualdades de las que han sido víctimas.

Otra acción afirmativa que facilitó la inclusión de las personas trans en el medio laboral fue el sistema de cuotas y capacitaciones específicas para que se pudiesen presentar a los programas Uruguay Trabaja, Yo Estudio y Trabajo, Primera Experiencia Laboral y los programas de formación e inserción laboral que lleva adelante el Instituto Nacional de la Juventud (INJU).

Recientemente se presentó la sistematización y evaluación crítica de todas las líneas de trabajo que el MIDES ha desarrollado desde 2010 en este tema. También junto con otras instituciones estatales y la Intendencia de Montevideo, apoya la marcha de la diversidad e instituyeron “Setiembre mes de la diversidad”. También en ese mes, se organiza “TRANSFORMA”, una actividad que genera un espacio de debate y reflexión en materia de políticas públicas y diversidad sexual.

Intendencia de Montevideo (IM)

Desde hace años incluso antes que se sancionara la unión concubinaria la Intendencia de Montevideo otorga a sus empleados/as autoidentificados como LGBT partidas por estar en pareja con otra persona aunque sea una pareja de hecho. No es requisito excluyente el haber contraído matrimonio o haberse declarado en unión concubinaria. Desde el 2014 incluye en el Programa de Barrido Otoñal a las personas trans como una política de inclusión socio- laboral. Desde 2005 apoya la realización de la marcha por la diversidad en Montevideo, y desde hace unos años promociona a septiembre como mes de la diversidad sexual, editando una guía de actividades en ese marco realizadas por diversas organizaciones e instituciones de la capital.

Banco de Previsión Social (BPS)

Las personas que estén en pareja con otra de su mismo sexo desde hace dos años o más pueden declararse en unión de hecho y serán destinatarias de los beneficios sociales que otorga el Banco de Previsión Social. Por ejemplo, si un miembro de la pareja está desempleado el otro puede extenderle su cobertura de salud mediante el Fondo Nacional de Salud.

Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)

En 2012 se inauguró el Centro de Salud de la Ciudad Vieja como un centro libre de homo/lesbo/transfobia. Participaron en este proceso el Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina (Udelar), el Colectivo Ovejas Negras, ASSE, el MSP, y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por su sigla en inglés).

Tiempo después le siguió el Centro de Salud de Barros Blancos, ambas experiencias fueron de tipo piloto, antes del mencionado proyecto “Centros de Salud Libres de Homofobia”

En 2013, comenzaron a funcionar cinco Espacios Diversos de Inclusión Social y Acción (Centros EDISA) ubicados en Artigas, Maldonado, Colonia, Melo y Montevideo y dos centros móviles, que se desarrollaron como parte del proyecto del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, y que tienen como objetivo promover el acceso universal a la prevención, el diagnóstico y la atención del VIH” (Consejo Nacional de Políticas Sociales, 2014).

Por otra parte, el Centro Hospitalario del Norte “Gustavo Saint Bois” cuenta con un servicio inclusivo donde se atiende población trans, que interviene desde un abordaje interdisciplinario, con perspectiva de salud y diversidad sexual. Allí, la población trans puede acceder a tratamientos hormonales y además se coordinan cirugías de reasignación de sexo.

Ministerio de Salud Pública (MSP)

En el año 2009 el MSP publicó una guía en Salud Sexual y Reproductiva que contiene un capítulo específico de diversidad sexual. Fue un producto del trabajo conjunto entre organizaciones de la sociedad civil e instituciones gubernamentales del nivel departamental y nacional. La guía se encuentra disponible en el sitio web del Ministerio de Salud Pública y sus principales recomendaciones son descritas en el Capítulo 3 de este manual.

El derecho a la salud es un DDHH fundamental. Ese capítulo intenta transformar el modelo heterocentrado de atención en salud sexual y reproductiva, el cual dificulta el acceso de la población LGBT al sistema de salud. Desde el Ministerio se han ido generando instancias de capacitación de los profesionales, funcionarios y personal para mejorar la atención específica y eliminar las distintas barreras asociadas al estigma y discriminación.

Normativas Nacionales

En este apartado se presentan todas las normativas nacionales que refieren a la diversidad sexual, aprobadas por el Estado uruguayo en los últimos años.

Ley Nro. 17.817 Lucha contra el Racismo, la Xenofobia y la Discriminación (2004)

Es la primera que incluye una referencia a la diversidad sexual en Uruguay. A pesar de sus buenas intenciones, cuenta con limitaciones ya que es un mecanismo exclusivamente penal y hasta hoy en día nadie ha sido procesado/a con prisión haciendo uso de esta herramienta. Por eso, desde los movimientos sociales se piensa que es un escrito que amerita reformulación.

Esta norma define la discriminación como:

Toda distinción, exclusión, restricción, preferencia o ejercicio de violencia física o moral, basada en motivos de raza, color de piel, religión, origen nacional o étnico, discapacidad, aspecto estético, género, orientación e identidad sexual, que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra de la vida pública (Ley Nro.17.817, 2004).

Es un escrito inclusivo para con la diversidad sexual, que pretende sancionar y erradicar las discriminaciones que se producen contra sus expresiones en los distintos ámbitos. Permitió la creación y la entrada en funcionamiento en el 2007 de la Comisión Honoraria contra el Racismo, la Xenofobia y toda forma de Discriminación. Aunque investigaciones recientes recogen testimonios que denuncian un funcionamiento no del todo efectivo, dado que las personas no se animan a denunciar o no saben dónde hacerlo (Sempol, 2014).

Vinculada a esta norma, en Uruguay se creó a través de la Ley 18.446 del 2008, la Institución Nacional de DDHH Y Defensoría del Pueblo (INDDHH), que comenzó a funcionar en junio del 2012. En una sistematización realizada en el año 2013, los datos arrojan que el segundo motivo de denuncia es por orientación sexual e identidad de género con un 19,2 %. Dentro de las dependencias estatales más denunciadas en el período 2007 - 2013 se encuentra, en primer lugar, con un 44%, los espacios educativos. Las dependencias de la salud ocupan el tercer lugar con un 8% (INDDH, 2013).

Ley Nro. 18.246 Unión Concubinaria (2008)

Artículo 2o. (Caracteres).- A los efectos de esta ley se considera unión concubinaria a la situación de hecho derivada de la comunidad de vida de dos personas cualquiera sea su sexo, identidad, orientación u opción sexual- que mantienen una relación afectiva de índole sexual, de carácter exclusiva, singular, estable y permanente, sin estar unidas por matrimonio entre sí y que no resulta alcanzada por los impedimentos dirimentes establecidos en los numerales 1o, 2o, 4o y 5o del Artículo 91 del Código Civil.

Esta ley en ningún aspecto sustituye a la del matrimonio igualitario. El principal aporte es que otorga garantías a personas que establecieron un vínculo por más de cinco años. Si está legitimada la unión y hay una ruptura del vínculo o muerte de una de las partes, las partes o el superviviente pueden exigir los derechos sobre bienes, seguridad social, herencia, entre otros. Para declararse en unión concubinaria tendrá que comprobarse el vínculo ante la justicia, con las correspondientes pruebas solicitadas, que incluyen entre otros requisitos la exclusividad o sea afirmar que fue un vínculo monogámico durante ese tiempo.

Ley Nro. 18.590 Modificaciones al Código de la Niñez y la Adolescencia (2009)

Pueden adoptar:

- Personas mayores de 25 años, independientemente de su estado civil.
- Parejas en unión matrimonial o concubinaria formalizada.
- En casos de unión concubinaria, aquel/a integrante de la pareja que no tenga vínculo legal con el/la adoptado/a.

Como señala Suárez (2014), podrán ser adoptados/as aquellos/as menores de 18 años que han roto definitivamente vínculo con su familia de origen, derivando en una situación que hace imposible mantener a ese/a NNA en su familia biológica. “La adopción deberá ser promovida ante el Juzgado Letrado de Familia del domicilio del adoptante. Se seguirá el procedimiento voluntario (implica que no existe una contraparte que litigue), notificándose al INAU” (Suárez, 2014. p.76).

En Uruguay ya existía desde hace años la adopción por parte de una sola persona adulta, no así la adopción por parte de una pareja del mismo sexo como tal, que existe desde la promulgación de esta ley.

Ley Nro. 18.620 Derecho a la Identidad de Género y al cambio de nombre y sexo en documentos identificatorios (2009)

Artículo 1o. (Derecho a la identidad de género).- Toda persona tiene derecho al libre desarrollo de su personalidad conforme a su propia identidad de género, con independencia de cuál sea su sexo biológico, genético, anatómico, morfológico, hormonal, de asignación u otro.

Este derecho incluye el de ser identificado de forma que se reconozca plenamente la identidad de género propia y la consonancia entre esta identidad y el nombre y sexo señalado en los documentos identificatorios de la persona, sean las actas del Registro de Estado Civil, los documentos de identidad, electorales, de viaje u otros (Ley Nro. 18.620, 2009).

Se destaca de esta ley que no requiere que la persona haya pasado por un proceso de hormonización o intervención quirúrgica para iniciar el trámite, algo que la diferencia de la de otros países como España. Por otro lado, Argentina fue el primer país que reconoció el cambio de nombre a un niño. En Uruguay, este trámite recién se puede gestionar personalmente a partir de los 18 años (mayoría de edad), lo que constituye una limitante ya que en la adolescencia es donde se comienzan a producir las mayores exclusiones sociales. Para que una persona menor de 18 años pueda solicitar este cambio deberá contar con el consentimiento de sus padres o acudir a un abogado. Ese requisito enlentece algunos procesos y desmotiva a varios/as adolescentes que desean iniciar el trámite pero no cuentan con el apoyo familiar necesario. Al final del apartado se recoge una breve historia de la jurisprudencia respecto de esta ley.

Decreto 293 de la Ley No 18.426 de Derecho a la Salud Sexual y Salud Reproductiva (2010)

Este decreto establece que los servicios de salud sexual y salud reproductiva (SSySR) formarán parte de los servicios integrales de salud y deberán brindarse con un abordaje:

a. amigable: a fin de disminuir las barreras de acceso, en particular respecto a grupos vulnerables y socialmente excluidos, y promover la consulta oportuna. Dentro de esos grupos vulnerables se encuentran las personas LGBT.

b. inclusivo: contemplando a mujeres y varones trans como usuarios/as integrales y no como objeto de políticas preventistas.

c. igualitario: respetando la diversidad de las personas y evitando la discriminación por género, condición étnico-racial, orientación sexual e identidad de género, discapacidad, convicciones filosóficas, confesionales e ideológicas.

d. integral: considerando a las personas en su dimensión bio-psico-social durante todo su ciclo vital, así como su salud en general, la de sus familias y la de la comunidad.

e. multidisciplinario: mediante la integración de equipos que incluyan profesionales de diferentes disciplinas que actúen en forma interdisciplinaria.

Ley Nro. 19.075 Matrimonio Igualitario (2013)

Artículo 1o.- Sustitúyase el artículo 83 del Código Civil, por el siguiente:

Artículo 83.- El matrimonio civil es la unión permanente, con arreglo a la ley, de dos personas de distinto o igual sexo.

Fue una ley muy discutida, con un amplio periodo de debate previo a su entrada a las cámaras y, una vez allí, se le realizaron varias modificaciones. Significó problematizar sobre la institución matrimonio, darle nuevos sentidos. Es preciso señalar que suele confundirse matrimonio gay con matrimonio igualitario y no es lo mismo, esta ley beneficia a todos/as las personas más allá de sus orientaciones sexuales.

Este escrito prevé que **solo** las parejas del mismo sexo que hayan contraído matrimonio pueden decidir que apellido será el primero que llevarán sus hijos, no así las parejas heterosexuales que, salvo que expresen previamente que desean que el primer apellido sea el de la mujer, seguirán portando el apellido del padre.

Ley Nro. 19.167 de Reproducción humana asistida (2013)

Es la más reciente, se reglamentó recién en 2014, y permite que la reproducción asistida integre las prestaciones del Fondo Nacional de Salud, incluyendo a mujeres independientemente de su estado civil. En un comienzo, se quería especificar en la ley que se le brindaría la prestación a las parejas que hubiesen intentado tener un hijo interrumpidamente por un año, con relaciones sexuales coitales sin resultado alguno. Esto asumía que las únicas destinatarias fueran parejas heterosexuales. Finalmente este requisito no es de aplicación, puesto que si bien la ley define infertilidad, no exige que se compruebe la misma para reclamar la prestación.

Cabe destacar que la ley no contempla posibilidades para parejas de varones, como podría ser la gestación subrogada (aunque tampoco existe a la fecha ninguna solicitud). La negación de la inclusión de los varones fue por lo polémico y complejo de la subrogación de vientre y la posibilidad de que mediara la entrega de dinero por dicho “alquiler”. En esta transacción se podrían vulnerar los derechos de la mujer gestante y de hecho está explícitamente prohibida.

La información sobre cómo acceder a esta nueva prestación se incluye en el capítulo referido a la atención de mujeres lesbianas y bisexuales. Con respecto al aspecto de la filiación en casos de hijos/as de parejas de mujeres producto de estas técnicas, o de adopción en parejas LGBT, se recomienda una instancia previa de asesoramiento sobre este tema, ya que incluso en casos de parejas casadas muchas han debido recurrir a caminos alternativos para darle amparo legal a sus hijos/as.

Marco normativo internacional vigente

Es conveniente contar con información actualizada sobre las normativas internacionales vigentes que respaldan el accionar de los actores en el ámbito nacional, saber a dónde se

puede acudir, en qué problemáticas se centran los debates internacionales, cuáles se omiten, quienes han respaldado históricamente estas luchas, quienes han sido detractores, si siguen o no la misma línea o lógica del marco nacional. Sirve para contextualizar, para valorar lo que se ha hecho y pensar en lo que resta por hacer.

La ONU (2009) expresa que:

...uno de los objetivos principales del Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH) es otorgar una esfera de protección a todas y cada una de las personas. El derecho internacional de los derechos humanos, particularmente a través de la adopción de tratados se ocupa de consagrar catálogos de derechos humanos, que deben ser respetados y garantizados por el Estado frente a todo individuo sujeto a su jurisdicción.

(...)

La obligación de respetar significa que los Estados deben abstenerse de interferir en el disfrute de los derechos humanos o de limitarlos. La obligación de proteger exige que los Estados impidan que terceros vulneren los derechos humanos de individuos y grupos de la sociedad. La obligación de realizar implica que los Estados deben adoptar medidas positivas, de distinta índole administrativa, legislativa u otras, para garantizar el disfrute de los derechos humanos y darles operatividad a nivel interno. .. A través de la ratificación de los Tratados internacionales de derechos humanos, los Estados se comprometen a adoptar medidas y leyes internas compatibles con las obligaciones internacionales (ONU, 2009, p.3).

Las reivindicaciones sociales y jurídicas que los movimientos sociales fueron generando en el S XX, cooperaron para que los distintos organismos internacionales fueran emitiendo declaraciones y normativas con el objetivo de combatir las históricas discriminaciones que han sufrido las personas en función de su orientación sexual y/o identidad de género, entre otras causas.

El primer antecedente a mencionar es la **Declaración Universal de los DDHH** de 1948, la cual en su Art. 1 sentencia: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros” Además en los artículos 2 y 7 se establece el principio de no discriminación, aunque entre los enunciados no aparece en ningún momento por orientación sexual e identidad de género.

Posteriormente, en el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** de 1966 se retoman los postulados de la Declaración de 1948 y se vuelve a hacer referencia al compromiso de los Estados de garantizar el cumplimiento de los derechos sin discriminación alguna. En esta misma línea se pronunció la **Proclamación de Teherán** en 1968.

La ONU ha incorporado en su agenda los temas referentes a población LGBT más recientemente, ya que antes se atendieron las necesidades jurídicas de otras poblaciones prioritarias como los/as NNA, mujeres y migrantes.

La primera vez que se abordó la problemática específicamente fue en un discurso realizado por Douglas Sanders (Prof. de la Universidad British Columbia, defensor de los derechos de las personas homosexuales), en la **44ª Sesión Anual de la Subcomisión para la Prevención de la Discriminación y para la Protección de las Minorías** (Suiza, 1992). Para que entrara en la orden tuvo un papel fundamental la ILGA (sigla en inglés de Asociación Internacional de Lesbianas y Gays). La presentación giró en torno a la perpetuación de actos de violencia contra las personas LGBT y la principal conclusión fue comenzar a producir estudios en relación a esta población y repasar las políticas de empleo y beneficio para que no se dieran situaciones de discriminación en esos ámbitos.

Luego se celebraría la **Declaración Universal sobre los Derechos sexuales**, que se dio en junio de 1997 en Valencia y terminó siendo uno de los documentos oficiales para la elaboración en el año 2000 de un nuevo documento sobre Salud Sexual hecho por un comité de expertos de la OMS. Algunos de los apartados se basan en La Conferencia del Cairo (1994). En esta Declaración se toma a la sexualidad como parte integral de la personalidad de los humanos, reconoce la dimensión del deseo, la necesidad del contacto, de la intimidad, de la ternura y el amor para un desarrollo integral de la misma. El bienestar de la sexualidad afectará, en parte, el proceso salud- enfermedad de una persona, entendiéndose que la salud sexual debe ser un derecho humano básico.

La declaración enumera 11 derechos, entre los más importantes se encuentran

- Derecho a la Libertad Sexual
- Derecho a la Autonomía Sexual, Integridad Sexual y Seguridad del Cuerpo Sexual
- Derecho a la Privacidad sexual
- Derecho a la Equidad Sexual
- Derecho a Opciones Reproductivas, Libres y Responsables
- Derecho a la Educación Sexual

En el 2003 se presentó la primera propuesta para que la ONU emitiera una resolución sobre los derechos de personas LGBT, que es conocida popularmente como la **Resolución Brasileña**. En el punto número 3 de dicha resolución se insta a todos los Estados a promover y proteger los DDHH de todas las personas independientemente de su orientación sexual. Fue muy polémica esta resolución porque muchos países votaron en contra, se aprobó por muy pocos votos y la OCI (Organización de la Conferencia Islámica) propuso una moción de “no acción”.

Durante el año 2004 se presentó, en la Comisión de DDHH de la ONU, una **Declaración por Jelena Postic**, en la que se sugería atender las cuestiones de identidad de género y expresiones de género. Esta Declaración fue la primera donde se trabajó la identidad de género con independencia de la orientación sexual. La principal conclusión fue que las expresiones de género estaban siendo castigadas en la vida cotidiana, denunciando los distintos niveles de discriminación que afectan indistintamente tanto a hombres como mujeres y, pese a que en el momento no tuvo mucha repercusión, un año después, se pronuncia la **Declaración de Nueva Zelanda**, que fue respaldada por 32 países (entre ellos Uruguay). En ella, por primera vez se hablaría de orientación sexual como un aspecto fundamental de la identidad de cada individuo y repudia la no acción estatal para erradicar la violencia y discriminación contra estas personas. Los firmantes se comprometen a prevenir, investigar, perseguir y castigar a quien cometa violencia por estas causas.

Posteriormente en el 2006 tuvo lugar la **Declaración de Noruega** respaldada por 54 Estados (entre ellos Uruguay). En esta declaración se deja asentado que existían violaciones de los DDHH por motivos de orientación sexual e identidad de género, atentándose contra los principios de universalidad y no discriminación. Hasta ese momento había sido la Declaración más respaldada de la ONU sobre temas referidos a la Diversidad Sexual. La OCI volvió a mostrarse en desacuerdo con algunos puntos, pero fue una oposición algo más mesurada. Esta instancia se complementó con la **Declaración de las Organizaciones No Gubernamentales sobre orientación sexual, identidad de género y DDHH**, promovida por 19 organizaciones y apoyada por otras 60 organizaciones de 70 países, entre ellos Uruguay. Se presentaron documentaciones que daban cuenta de situaciones de pena de muerte, tortura, sanciones penales, agresiones, desapariciones, clausuras de ONGS, discriminación en la educación, empleo y salud, acceso a la vivienda, etc. a personas LGBT.

En el mismo año varias ONGs presentaron en la Asamblea General de ONU la exposición “La promesa del Consejo de Derechos Humanos: Grupos marginados, Orientación sexual e Identidad de género” ante el Secretario General. De esta se destaca el reconocimiento de que existen lesbianas, homosexuales, bisexuales y transexuales en todas las regiones, culturas y religiones del mundo, y de que en la agenda de DDHH de la ONU tenía que anexarse esta demanda.

En noviembre del 2006 el pleno del Consejo Económico y Social (ECOSOC) concedió el status de organismo consultivo de la ONU a tres asociaciones LGBT europeas: La asociación Nacional Danesa para gays y lesbianas (LBL), la regional europea de la Asociación Internacional de lesbianas y gays (ILGA Europa) y la Federación Gay alemana (LSVD), luego se han ido agregando otras.

También en 2006, se celebró la **Declaración de Montreal**. Fue un encuentro multidisciplinar sobre temas LGTB donde participaron activistas, académicos, escritores, artistas y políticos. En ella se parte de la Declaración Universal de los DDHH y el principio de no discriminación. El objetivo primordial de la misma fue enumerar y explicar los cambios que se necesitaban y elaborar un plan de acción a escala mundial. Lo más novedoso de esta declaración es que, en el apartado 3, se aborda la diversidad de la propia comunidad LGTB, haciendo visible múltiples realidades y modos de vivir, sentir y expresar una identidad LGTB en distintos lugares del mundo, instándose incluso a una mayor participación de personas procedentes “del sur”. En esta misma Declaración se solicitó que el 17 de Mayo se proclamara como el Día Internacional de Lucha contra la Homofobia.

Hacia fines del 2006 se redactó, en Indonesia, el documento más relevante en materia de diversidad sexual, **Los Principios de Yogyakarta**, que representa un importante avance en el reconocimiento de los derechos de las personas homosexuales, bisexuales y trans, obligando a los Estados a su cumplimiento y comprometiéndolos a mejorar las situaciones de desigualdad.

La Declaración consta de una introducción, un preámbulo, 29 principios y 16 recomendaciones adicionales. Una novedad del preámbulo fue que, por primera vez, se incluyó a las personas intersex. Además se hace una distinción entre las discriminaciones que se producen a causa de las orientaciones sexuales no heterosexuales reales y aquellas sufridas por personas de las que se supone su no heterosexualidad. También en ese preámbulo, se definió lo que es orientación sexual e identidad de género, aunque son algo menos complejas de las que se plantean en el capítulo 1 de este manual.

Algunos de los puntos más importantes son los que incitan a los Estados al cese de legislaciones restrictivas para las personas LGTB. Asimismo se insta a respetar el derecho a la vida, que incluye la eliminación de leyes que castigan con pena de muerte tener relaciones homosexuales, recomendación dirigida especialmente a los estados musulmanes que penan estas prácticas. Otro punto relevante es el derecho a formar una familia, reconociendo la diversidad y lo polisémico que es el término familia en la actualidad. Además se especifican derechos en áreas de la educación, salud, vivienda, entre otros.

La postura de la OEA y el MERCOSUR: Una mirada desde la región hacia las normativas

Dentro de la OEA existe el Sistema Interamericano de Derechos Humanos que ofrece a los/as ciudadanos/as un recurso en caso que hayan sufrido violaciones a sus derechos por parte de los Estados. Los pilares del sistema son la Comisión Interamericana de Derechos Humanos con sede en la ciudad de Washington y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, localizada en San José (Costa Rica), ambas aplican el derecho regional relativo a los DDHH.

En los documentos fundacionales de ambos organismos aparece explicitado que todos los seres humanos son iguales ante la Ley y se han regido por el principio de no discriminación, aunque no se especifica. No obstante, han sido presentados ante la Corte Interamericana casos de discriminación por orientación sexual e identidad de género (Alventosa del Río, 2008). Todos los documentos relacionados con discriminación que estos organismos han producido en la última década incluyen a la orientación sexual, lo que representa un avance.

En cuanto al MERCOSUR, en el 2007 se presentó a las Altas Autoridades un documento que se elaboró conjuntamente entre la sociedad civil y los Gobiernos presentes, haciendo referencia a lo urgente que era trabajar para erradicar la discriminación por orientación sexual e identidad/expresión de género y reconocer los Derechos a la Diversidad Sexual como DDHH. El documento en síntesis planteaba:

Recomendaciones planteadas por el documento

- Generar o impulsar políticas públicas transversales en todas las áreas.
- Promover la inclusión de contenidos relacionados a los DDHH de las personas LGBT en la educación (pública y privada) en todos los niveles.
- Diseñar leyes que garanticen a las personas LGBT y sus familias la misma protección que a las heterosexuales, sugiriendo la aprobación de unión concubinaria y matrimonio para compañeros/as del mismo sexo.
- Sancionar leyes que permitan a personas trans cambiar su nombre registral y su sexo, garantizando acceso público y gratuito a los tratamientos y cirugías de cambio de sexo para quienes así lo deseen.

Salud y reconocimiento de derechos

Este apartado buscó exponer el estado de situación en materia legal de la población LGBTI. Estos avances pueden encontrar a las/os integrantes de los equipos de salud como agentes de cambio o reproductores de lógicas de exclusión, incluso sin intencionalidad expresa. Es un momento crítico porque se encuentran conviviendo dos discursos -uno más conservador y otro que promueve los derechos de la población LGBT- en un mismo momento socio-histórico. Estos puntos de controversia son inevitables, pero la confrontación permite resignificar los argumentos de unos y otros.

Si se reconstruye el recorrido histórico de los avances internacionales se puede ver que, en un comienzo, cuando se definió el principio de no discriminación se invisibilizaron las causas por orientación sexual e identidad de género. Luego se hablaría de inclinación sexual, posteriormente solo de orientación sexual, después se añadirá la identidad de género, más tarde la expresión de género, para finalmente visibilizar a las personas intersex. Esta evolución da cuenta de los cambios que se fueron produciendo a medida que pasaban los años y se actualizaban las teorizaciones. Esos avances, se consagraron gracias a actores de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, asociaciones, movimientos de distinta índole, políticos, artistas, académicos que, a pesar de provenir de distintos campos disciplinares, aunaron esfuerzos en la lucha por el reconocimiento de las personas LGTBI y porque fuesen ciudadanos plenos y sujetos de derecho.

Pero aún hoy se mantiene la tensión, ya que se pone en juego por un lado la legalidad y por otro la legitimidad, que son dos conceptos claves para que se produzcan avances en estas materias. En la actualidad se han consagrado normativas que le dan legalidad al colectivo LGBTI, que lo visibiliza, que reconoce la plena ciudadanía de sus miembros. Pero la entrada en vigencia de estas normas no alcanza para generar condiciones de igualdad en la sociedad. “Las normas no producen transformaciones sociales y culturales automáticamente pero sí permiten nuevos lugares de enunciación, de construcción social y política, y de disputa” (Sempol, 2014, p.11).

Por eso es importante reflexionar sobre la legitimidad, status que es otorgado por los integrantes de la sociedad, por las personas desde sus distintos lugares. Mientras no haya una concordancia entre legalidad y legitimidad seguirán existiendo importantes campos de batalla, incluyendo las que se dan en el área de la salud, que van desde discusiones sobre el acceso a prestaciones hasta pequeñas experiencias cotidianas en todos los niveles de atención.

(...) las opiniones y posturas de los profesionales son, en parte, reflejo de lo que sucede en las sociedades. Dan cuenta de ambivalencias, contradicciones y procesos de transformación así como de resistencia a los cambios. Permiten afirmar que disponer de políticas públicas y orientaciones claras para las prestaciones en salud, servicios jurídicos, educativos, etc., son elementos claves para garantizar derechos pero que éstas deben “hacer carne” en los profesionales para que se traduzcan efectivamente en relaciones de nuevo tipo, basadas en el respeto de las personas, y sus capacidades para tomar decisiones (Suárez, 2012, p.14).

Anexo: Breve recopilación jurisprudencial sobre cambio de nombre y género registral en Uruguay

Santiago Pérez⁶

A más de 5 años de sancionada la Ley N° 18.620 parece interesante hacer una breve recopilación de la jurisprudencia nacional, previa y posterior al dictado de dicha norma. En ese sentido se presentan algunos pasajes de sentencias de la Suprema Corte de Justicia anteriores al dictado de la Ley N° 18.620, por las que se autorizó el cambio de nombre y género registral, respaldado en derechos reconocidos por la Constitución de la República.

Luego de sancionada la referida Ley, y despejada cualquier duda interpretativa vinculada a la legitimidad del cambio de nombre y género registral, la Suprema Corte de Justicia continuó fundando sus fallos, además de en el precepto legal referido, en derechos fundamentales de rango constitucional. Por último se agrega un fragmento de una sentencia de un Tribunal de Apelaciones de Familia, por la cual se interpreta cual es el contenido del *informe técnico del equipo multidisciplinario y especializado* que prevé el artículo 4 de la Ley N° 18.620.

La presente recopilación que no pretende ser exhaustiva, tiene como finalidad conocer cómo la jurisprudencia de nuestros tribunales ha resuelto el cambio de nombre y género registral.

Suprema Corte de Justicia

SCJ. Sentencia 139/1997

“Entre esos derechos esenciales o humanos, propios de la dignidad de toda persona, figuran los derechos de la personalidad, entre los cuales es posible distinguir nítidamente el de su propia identidad. Al que alude expresamente la Convención sobre Derechos del Niño, porque, sin duda, es a su respecto contra quien se pueden cometer más fácilmente violaciones que la desconozcan; motivo por el cual, es obvio, la referida normativa internacional se preocupa de consagrar el compromiso de los Estados Partes, a fin de que se respete “...el derecho del niño a preservar su identidad...” (Art. 8; además, así lo consagra expresamente el Art. 10 del Anteproyecto de Código de la Niñez y Adolescencia, preparado por una Comisión Especial, que integrara el redactor).

Lo que es natural que sea así. Es un derecho de toda persona humana, cualquiera sea su edad y las motivaciones por las que se pueda atacar ese derecho inalienable, inextinguible

⁶ Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)

e irrenunciable a su propia identidad. Podría decirse incluso, hasta con más precisión y si se quiere desde un plano de mayor amplitud, derecho a su integridad existencial. En la medida en que, desde luego, "...el ser humano no trasciende sólo en cuanto ente físico, sino que trasciende como ser existencial. Puede hablarse entonces, de la preservación de la integridad existencial del hombre, a través de la cual cada ser humano se reconoce a sí mismo." (Eduardo Zannoni, El daño en la responsabilidad civil, cit. por Gustavo Ordoqui, Estatuto de los derechos de la personalidad, pág. 21).

Una persona, debe ser una sola, desde el plano físico y desde el plano psíquico. Debe estar "integrada" y no diríase desgajada en dos: una, que tiene el sexo masculino, porque sus órganos genitales, en principio, responden a la definición de tal y otra, en cambio, que se siente mujer y que piensa como si lo fuera. Porque ello supone una disociación inadmisibles y que rompe esa "integridad existencial" a la que tiene derecho toda persona humana, en tanto su propia dignidad lo requiere, para reconocerse a sí misma. ..."

SCJ. Sentencia 139/1997

"Por lo tanto. No se duda de que si se toma como base la premisa esencial del derecho a la personalidad y concretamente del derecho a su identidad o "integridad existencial", habiéndose intervenido quirúrgicamente, porque mediaron razones científicas para hacer esa operación, procede la rectificación solicitada y en ambos aspectos. Se trata de una "enmienda" sobre una "... circunstancia...accidental" (Decreto-Ley No. 1.430, Art. 72, Nal. 2o.).

Corresponde, entonces, analizar si debe corregirse la partida de nacimiento de la parte actora, para adecuarla a su verdadero sexo, el que inicialmente sólo pudo ser determinado en función de un único elemento: el aspecto genital o gonofórico externo. Y como ciertamente el sexo -según se ha dicho ya- no se agota en lo morfológico -aunque lo incluye- pues tiene además un componente psicológico y social que no se puede desconocer a riesgo de violentar ese derecho esencial a su identidad o integridad existencial, debe aceptarse esa enmienda para culminar el proceso de unificación de la persona o de su armónica globalización.

De otra manera, desconociéndose sus especiales circunstancias -ignorando, por otra parte que la solución jurisdiccional debe ser la "justicia del caso concreto"-, se le crearía a la parte actora, un perjuicio de una severa gravedad. El derecho, no puede desconocer los hechos ni el juez puede ser -en palabras del ilustre Profesor argentino Augusto M. Morello-, "un fugitivo de la realidad", por lo que, corresponde acceder a lo pretendido, como forma de culminar el proceso que la ciencia admitió como válido, para solucionar el problema que el propio derecho -con sus limitaciones- originó, al exigir en un momento prematuro, determinar el sexo de una persona, cuando ello debiera ser -en verdad- constatado muy posteriormente.

Indudablemente, tanto desde el punto de vista científico, como humanitario, debe considerarse la realidad integral bio-psico-social del ser humano, y no solamente aspectos parciales (cromosómicos o gonadales). El ser humano, es “uno” e individual y no “dos” que tienen en el plano del sexo y la sexualidad, direcciones contradictorias.

En el caso, finalmente, no existen interesados a quienes afecte el cambio pretendido. No hay personas a quienes pueda perjudicar la rectificación de la partida de fs. 2, en tanto, en cambio, de no procederse como se pide, habría sí, un único y exclusivo perjudicado: quien ha promovido estos obrados.

Distinto sería, por ejemplo, si el pretensor fuera una persona casada o con hijos de filiación legítima o natural reconocidos o dados por reconocidos. En este último caso, habría interesados a quienes ese cambio pudiera afectar (arg. de los Arts. 402 y 404.2 del Código General del Proceso); pero el de autos, no es ese caso.”

SCJ. Sentencia 159/2005

“II.- Ello por cuanto se entiende que las sentencias de los órganos de mérito efectúan una razonable y justa ponderación entre los principios, valores y derechos fundamentales involucrados en la cuestión litigiosa, esto es, el derecho a la libertad en punto al proyecto de vida y realización integral de la personalidad e identidad sexual del accionante y el derecho de quienes con él se interrelacionan socialmente, de conocer los datos relevantes atinentes a su conformación biológica, básicamente en cuanto éstos pudieran en su mérito decidir eventualmente estrechar vínculos afectivos íntimos que necesariamente deben sustentarse en la verdad y la buena fe que posibiliten una decisión libre. En otros términos, en el enfrentamiento entre el derecho a la libertad (art. 7° de la Carta) y el principio general de la buena fe y la proscripción del fraude y el engaño (art. 72°, por su inherencia a la dignidad de la persona humana) las sentencias en examen efectúan un adecuado balance o estimación del peso de cada uno (dimension of weight, Dworkin) en atención a las especiales circunstancias del caso.

En la actualidad se considera que el sexo es una noción compleja que se integra con diversos elementos o componentes, a saber: cromosómico o genético, anatómico, hormonal y psicológico (o sicosocial), de los cuales sólo el primero (biológico), es inmutable.

Ciertamente, la mayor resistencia al pretendido cambio de sexo la ofrece el componente genético. El sexo cromosómico o genético determina, durante la vida intrauterina, la definición en sexo masculino, si tiene presencia de “Y”, o femenino, si no tiene presencia de “Y”. Esta definición consiste fundamentalmente en la diferenciación en órganos femeninos o masculinos y gónadas femeninas o masculinos (ovarios o testículos).

Gónadas éstas responsables, a partir de la pubertad, de la producción de hormonas sexuales y células reproductoras (óvulos o espermatozoides). Así las cosas, ante un individuo en edad adulta, con los cambios verificados en los componentes anatómicos, fisiológicos, psíquicos y sociales (en el caso de autos: extirpación de órganos femeninos, reconstrucción de órganos masculinos externos, aporte de hormonas masculinas, comportamiento social como hombre), la inmutabilidad del sexo genético carece de trascendencia (o al menos no posee decidida influencia) en la determinación sexual actual”.

Suprema Corte de Justicia. Sentencia Nº 144/2010

“El Uruguay ratificó la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el Pacto de Derechos Civiles y Políticos de la O.N.U., que consagran el derecho a la dignidad de cada persona, entre los que figura el de la propia identidad”.

“Las normas de origen internacional disponen la obligación del Estado de garantizar el goce y respeto de los derechos consagrados a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción, y lo comprometen a adoptar medidas legislativas o de otro carácter (judiciales y administrativas), para hacer efectivos los derechos reconocidos en estos instrumentos”

Tribunal de Apelaciones de Familia de 2 Turno. Sentencia Nº 201/2014.

III) La honorable representante del Ministerio Público se agravia por entender que, al no haber participado ningún médico psiquiatra en el informe de la Comisión Asesora sobre Identidad de Género (fs. 3-4), debió aportar la actora un informe de un profesional tratante de su salud mental, o someterse una pericia por el ITF.

El gestionante, por su parte expresa que nunca se trató por psicólogo o psiquiatra (fs. 19), siendo ilegítimo el condicionamiento del derecho al cambio de nombre y sexo registral a la realización de tratamientos médicos, en tanto se trataría de una injerencia arbitraria en la vida privada (art. 12 Declaración Universal, 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos).

Pues bien, a juicio de la Sala el requerimiento de la apelante no está amparado por la ley.

El art. 4 de la Ley 18.620 sobre “Procedimiento y competencia” preceptúa: *“La presentación de la demanda deberá estar acompañada de un informe técnico del equipo multidisciplinario y especializado en identidad de género y diversidad que se constituirá a estos efectos en la Dirección General del Registro de Estado Civil.*

Sin perjuicio de los demás medios de prueba que pudiera aportar el interesado, se tendrá especialmente en cuenta el testimonio de las personas que conocen la forma de vida cotidiana del solicitante y la de los profesionales que lo han atendido desde el punto de vista social, mental y físico” (el resaltado corresponde a la redactora).

De la norma parcialmente transcrita se desprende que el único medio probatorio preceptivo, es el informe de la Comisión Asesora Sobre Identidad de Género, que en el caso que nos ocupa fue agregado, concluyéndose en el mismo: “...que la discordancia entre el sexo morfológico y la identidad de género de la solicitante no es motivada por un trastorno psicopatológico”.

Frente a lo expuesto esta Comisión considera que el nombre y sexo de la solicitante consignados en el acta de nacimiento del registro civil son discordantes con su identidad de género (fs. 4).

La ley en ningún momento establece como se habrá de conformar el equipo multidisciplinario especializado en identidad de género y diversidad a constituirse dentro de la Dirección General del Registro de Estado Civil, por lo que no puede entenderse que exista ilegalidad alguna.

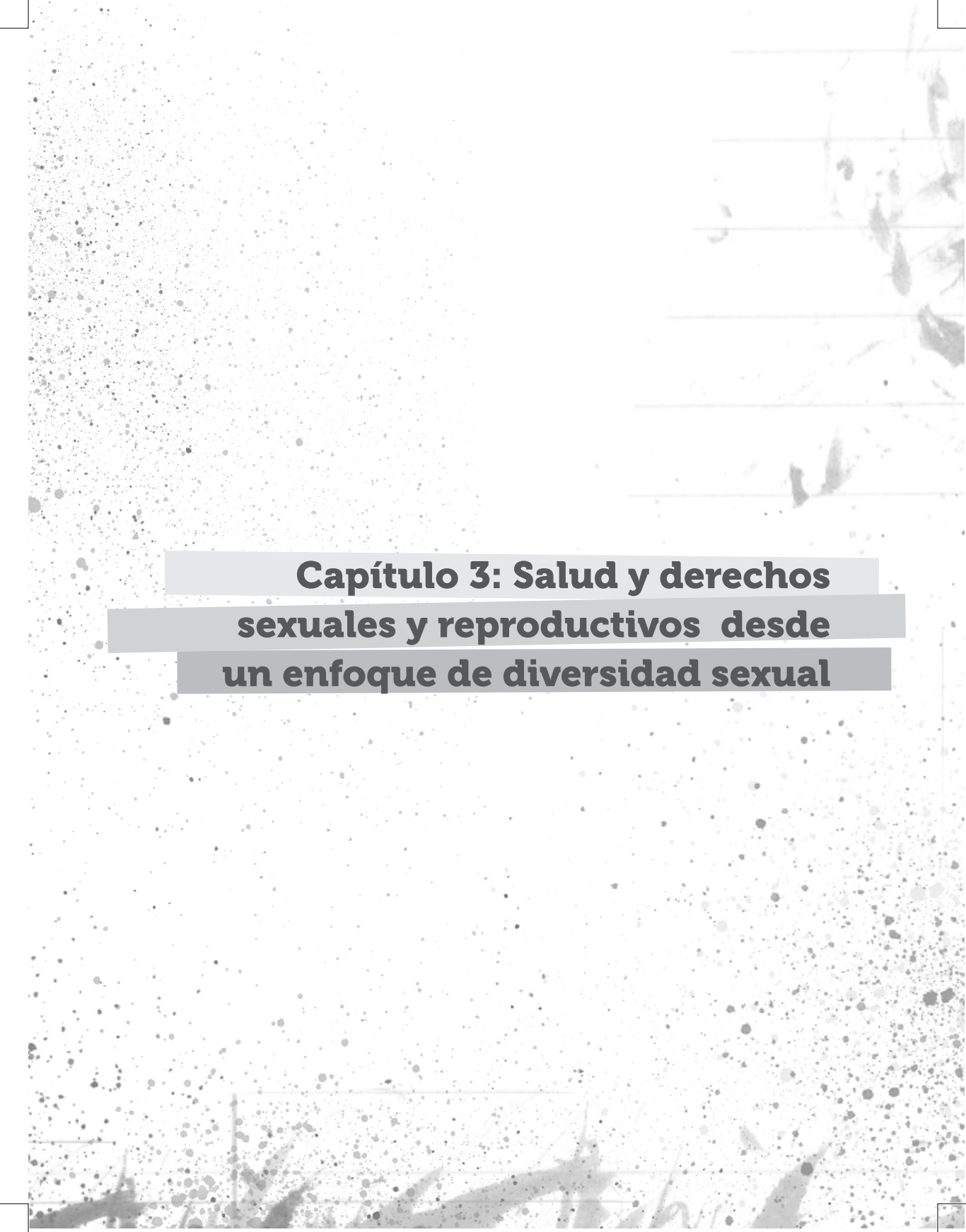
Por último la norma es clara al otorgarle un valor especial al testimonio de las personas que conocen la forma de vida cotidiana del solicitante y la de los profesionales que lo hubieran atendido desde el punto de vista social, mental y físico, lo que en forma alguna puede confundirse con la necesidad de dicha probanza.

En el sub júdice, al informe de la Comisión Asesora se agrega la declaración de dos testigos (AA y AS), quienes conocen a la gestionante desde su adolescencia coincidiendo ambos en que siempre se vistió de mujer y se hizo llamar Adriana (fs. 22 y 23). Pero además expresa la Sra. SS que: “En el trabajo es discriminada, en la vida general lo es” (fs. 23).

Resulta por tanto pertinente recordar que: “...uno de los objetivos perseguidos por la ley es atacar la discriminación. Los niveles de violencia contra las personas cuya identidad de género difiere del sexo anatómico es altísimo (...) El cambio registral es un elemento clave para prevenir el rechazo y la discriminación y que no se valoren las personas por sus aptitudes o capacidades” reza la Exposición de Motivos” (Gatica Garicoits, 2010, p.247). En suma, se han cumplido con todos los pasos y requerimientos del art. 4 de la Ley 18.620, lo que determina el rechazo de la apelación deducida.

Referencias Bibliográficas

- Alventosa Del Río, J. (2008). *Discriminación por orientación sexual e identidad de género en el derecho español*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Consejo Nacional de Políticas Sociales. (2014). *De la equidad hacia la igualdad. Las políticas sociales del gobierno nacional en el período 2010-2014*. Montevideo: Consejo Nacional de Políticas Sociales.
- Gatica Garicoits, S. (2010). Ley 18.620 sobre identidad de género: Alcance de la rectificación de partida por cambio de sexo. *Revista Uruguaya de Derecho de Familia*, 22(6), 241-256.
- INDDH (2013). *Primer informe anual*. Naciones Unidas Derechos Humanos.
- López, P. y Ferrari, F. (2008). *Apuntes para el trabajo en sexualidad desde los enfoques de género, derechos y diversidad*. Montevideo: Gurises Unidos.
- Mercado, C. y Valente, X. (2010). El enfoque de los derechos humanos en las políticas públicas: ideas para un debate en ciernes. *Cuadernos del CENDES*, 27(4), 51-80.
- ONU. (2009). *Orientación sexual e identidad de género en el derecho internacional de los derechos humanos*. Santiago de Chile: ONU Oficina Regional.
- ONU. (2006). *Principios de Yogyakarta sobre la aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género*. Nueva York: ONU.
- Sempol, D. (Coord.) (2014). *Políticas públicas y diversidad sexual. Análisis de la heteronormatividad en la vida de las personas y las instituciones*. Montevideo: MIDES.
- Sempol, D. (Coord.) (2014). *De silencios y otras violencias. Políticas públicas, regulaciones discriminatorias y diversidad sexual*. Montevideo: MIDES.
- Suárez, M. (2008). *Hacia una igualdad sustantiva. Realidades y perspectivas de la normativa vigente para la inclusión social de la diversidad sexual*. Montevideo: MYSU.



Capítulo 3: Salud y derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque de diversidad sexual



Capítulo 3: Salud y derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque de diversidad sexual

Primera parte:

Alicia Sosa⁷, Karina Rosselli⁸, Florencia Forriss⁹

La Salud como un Derecho Humano Fundamental

El derecho a la salud es un Derecho Humano Fundamental consagrado y desarrollado desde la Declaración Americana de los Derechos del Hombre y la Declaración Universal de los Derechos Humanos, ambas de 1948. El Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...” (ONU, 1948). El Estado uruguayo ha ratificado la Declaración y en consecuencia se ha comprometido a promover, respetar y defender el derecho a la salud.

Hasta el momento la definición más influyente - más allá de todas las críticas que se le pueda hacer por sus limitaciones- es la formulada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1948. Se define “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948, p.1).

Esta definición permitió entablar un lenguaje en común entre los Estados, homogeneizando las bases de la comunicación y facilitando la tarea de diseñar una política sanitaria acorde a lo que se definía como problemática a atender, entre otros aspectos. Asimismo, se resalta la

7 Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

8 Colectivo Ovejas Negras.

9 Colectivo Ovejas Negras / Área de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud Pública.

importancia de considerar a las personas como sujetos bio-psico-sociales y en permanente relación con el medio en el que se desarrollan. Además esta perspectiva intentó distanciarse de un enfoque exclusivamente asistencialista, entendiendo la salud como un fenómeno complejo que debe ser abordado a través de la interdisciplinariedad (Alcántara, 2008).

Igualmente se le hicieron importantes críticas. En primer término la idea de salud como un estado implica no asumirla como un proceso dinámico. Navarro (1998) considera que la misma tiene un problema epistemológico importante, dando por sentado que existe un consenso universal sobre lo que significan los términos clave de la definición, esto es, salud y bienestar, por lo que se trata de una definición ahistórica y apolítica. Adicionalmente, la idea de completo bienestar introduce la noción de normalidad en la salud (Briceño-León, 2000). Por ejemplo, la patologización de la homosexualidad que la propia OMS sostuvo hasta 1990, dejaba por fuera de “la salud” a personas cuyo bienestar incluye depende de tener relaciones afectivo-sexuales con personas de su mismo sexo. Es decir que el mismo organismo rector consideró, durante décadas, a las personas LGBT por fuera de los parámetros de lo saludable, categorizando de patológica a la homosexualidad por no cumplir con la norma esperada socialmente, que es la heterosexualidad.

La salud ha sido conceptualizada de diversos modos, dependiendo de las disciplinas y momentos socio-históricos en la que ha sido definida. Puede entenderse como un fenómeno social que sólo puede ser explicado teniendo en cuenta que se trata de una estructura de alto grado de complejidad (Alcántara, 2008). Constituye una de las partes del binomio antagónico salud- enfermedad, ya que psíquicamente se instalan como conceptos opuestos. Ambas condiciones son procesos continuos, implican una lucha de las personas por mantener el equilibrio de salud contra las fuerzas biológicas, físicas, mentales y sociales que tienden a alterarlo (Freitez, 2001).

El Derecho a la Salud desde la normativa nacional

Garantizar el derecho a la salud significa proteger el derecho inalienable a la vida del que gozan todos los seres humanos. “El derecho a la salud va más allá de garantizar prevención y curación de enfermedades: Debe asegurar estándares de vida que garanticen el bienestar en todas sus dimensiones” (Cáceres et al. 2013, p. 699). La ley uruguaya no consagró explícitamente este derecho hasta la entrada en vigencia del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en el año 2008, que hasta ese momento consideraba el mantenimiento del estado de salud como un deber de las/os ciudadanas/os. En el Artículo 44º de la Constitución se establece que: El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene

públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes (Constitución de la República, 1996).

Durante el período de gobierno 2005 – 2009 se realizaron una serie de reformas estructurales importantes en el sistema sanitario. La Ley Nro. 18.211 “Sistema Nacional Integrado de Salud” instauró un nuevo paradigma en el abordaje de la salud. Se expresó que “la protección de la salud es un derecho humano fundamental por cuyo efectivo ejercicio el Estado debe responsabilizarse creando condiciones para que toda la población residente en el país tenga acceso a servicios integrales de salud” (MSP, 2009, p.17). A partir de esta ley, deja de ser deber de las personas velar por su salud, y el Estado pasa a ser quien debe comprometerse a generar las condiciones para el acceso.

La nueva ley trajo consigo la apropiación del concepto de salud elaborado por los especialistas en Administración de Servicios de Salud, Doctores Hugo Villar y Roberto Capote, según el cual:

(...) la salud es una categoría biológica y social, en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interrelación armónica y dinámica entre el individuo y su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, permite al individuo el cumplimiento de su rol social, está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad y constituye un inestimable bien social (Villar, 2003, p. 24).

La medicina en la modernidad ocupó un lugar de élite en las sociedades. Ese status le permitió ser una voz habilitada, productora de subjetividad y reproductora en ocasiones de lógicas categorizadoras y estigmatizantes. La medicina, en conjunto con otras disciplinas científicas, dependiendo del momento socio-histórico definió lo sano y lo patológico, lo permitido y lo prohibido, lo normal y lo anormal. Dentro de esas categorizaciones las personas LGBT fueron cargadas de estigmas y marcas, con repercusiones sobre sus historias de vida y su salud que llegan hasta nuestros días.

El Código de Ética Médica del Sindicato Médico del Uruguay (1995) en su artículo 53 señala que:

(...) las personas que formen parte de grupos sociales minoritarios debido a su orientación sexual, su origen étnico o por padecer enfermedades estigmatizantes, recibirán el mismo trato que el resto de los pacientes. Toda discriminación en la atención sanitaria, motivada por esa causa, será considerada una falta ética grave (MSP, 2009, p.25).

En junio del 2014 se aprobó un nuevo Código de Ética Médica, que plantea en su Artículo Nro. 2, punto 2.1. “Los profesionales de la medicina deben cuidar la salud de las personas y de la comunidad sin discriminación de clase alguna, respetando integralmente los derechos humanos” (MSP, 2014, p.1).

Organización del sistema de salud y formación de recursos humanos

Uruguay se ha caracterizado por tener índices de cobertura en salud elevados (sumando los subsectores público y privado). La población sin cobertura disminuyó de 4% en 2007 a 2,5% en 2012. Actualmente, en Montevideo el porcentaje se ubica en 2,9 % (INE, 2012). Si bien la cantidad de personas sin cobertura es baja, eso no significa que está maximizada la calidad de los servicios ofrecidos, ni que estos cumplan con las demandas y necesidades de distintas poblaciones históricamente consideradas “minorías”, como las personas LGBT.

El SNIS se organiza en redes por cada uno de los tres niveles de atención, de menor a mayor complejidad. Esta reorganización busca que la mayor parte de las necesidades de salud de la población sean cubiertas en el primer nivel de atención, donde las acciones están mayormente orientadas a la promoción de salud y prevención de enfermedades. Al existir barreras en la accesibilidad de los servicios, producto de la discriminación (real o percibida), las personas LGBT evitan la consulta o la demoran, para terminar accediendo cuando ya existe un problema de salud instalado. En muchos casos, aun cuando la persona acceda al primer nivel, la carencia de capacitación para dar respuestas al colectivo de la diversidad sexual puede demorar la detección de ciertos problemas de salud. Estas dos circunstancias pueden llevar a que la persona termine necesitando atención en un segundo o tercer nivel. El SNIS se centra en la estrategia de atención primaria en salud (APS), priorizando el primer nivel, donde en la actualidad podrían resolverse la gran mayoría de consultas de las personas LGBT.

Según su Artículo 36º **El primer nivel de atención** está constituido por el conjunto sistematizado de actividades sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral de salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia. Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios (Ley Nro. 18.211, 2007).

Fortalezas y debilidades de la atención a población LGBT

A pesar de las normativas internacionales y locales, al margen de las sensibilizaciones realizadas a parte del personal para conseguir centros amigables para personas LGBT, independientemente de las campañas que han hecho hincapié en los principios de igualdad y no discriminación, aún hoy en día, muchas personas LGBT no acceden a los servicios de salud, o acceden vivenciándolo con angustia y sufriendo frecuentes situaciones de discriminación.

Un estudio realizado con estudiantes universitarios de México afirma que la homonegatividad está presente en el 5% de los estudiantes de psicología, en el 15% de los de psiquiatría, 70% de la medicina y el 75% de los de derecho (Barrón et al, 2014). Sería oportuno realizar una investigación similar en Uruguay y observar que datos arroja.

Un estudio hecho en Uruguay por el Espacio Interdisciplinario de la Udelar (2012), con una muestra de 33 entrevistados/as LGBT, sostiene que un 53% de varones gays reveló su orientación sexual ante los profesionales de la salud, un 67% de mujeres lesbianas y el 100% de trans. Mientras que un 20 % de mujeres y 50 % de jóvenes trans expresaron que fueron mal atendidas en servicios de salud. El dato más preocupante es que el 7% de varones gays, 8% de mujeres lesbianas y 33 % de trans sufrieron agresiones por parte de profesionales de la salud. Cuando se habla de discriminación y/o agresiones en este punto, entre los más frecuentes se encuentran insultos, chistes, gestos para-verbales, mala disposición a atender y/o violación de la confidencialidad. Se trata de una muestra reducida, donde sería deseable saber qué rol juega el sexo de la persona, la edad, el lugar de residencia, el nivel socio-económico y el educativo, entre otras variables. Por eso es prioritario producir conocimiento científico de calidad respecto a este campo de saberes, para conocer de un mejor modo la realidad de las personas LGBT.

Un aspecto central para mejorar las condiciones de acceso, atención e intervención es desactivar la heteronormatividad institucionalizada (ver capítulo 1). Frecuentemente en espacios formativos sobre diversidad sexual, estudiantes del área de la salud denuncian la falta de formación específica para abordar en consulta a personas LGBT. Por esa razón, se debería de repensar algunos contenidos a modos de no invisibilizar la diversidad sexual, aspecto que luego permitiría cumplir con las expectativas y demandas de este colectivo frente a los servicios de salud.

En Brasil el Ministerio de Salud reconoció la orientación sexual y la identidad de género como determinantes sociales de la salud, haciéndose énfasis en la exposición a la discriminación, estigma y exclusión social que padecen las personas LGBT (MSP, 2009). Es relevante tener en cuenta estos determinantes sociales para brindar correctamente la orientación o

intervención necesaria, ya que la vulnerabilidad tiene una base probabilística; esto es que la probabilidad de daño disminuye cuando se controla el factor de riesgo por supresión o compensación (prevención primaria) o cuando se refuerzan los factores protectores o de resiliencia, (promoción) (MSP, 2011).

Brindar una atención integral diferenciada y centrada en las particularidades de la población LGBT es una contribución esencial en la reducción del estigma y discriminación, ya que estos son agentes causales que impiden el acceso de esta población a los servicios de salud y por ende al goce de una salud integral (MSP, 2009, p.14).

No todas las personas sufren de igual manera el estigma y/o la discriminación, eso depende de múltiples factores en donde juega la interseccionalidad. Además de la orientación sexual o la identidad de género se debe tomar en cuenta la expresión de género, la edad, la etnia, el lugar de residencia, el nivel socio-económico, el nivel educativo, etc. A la vez, distintas personas de la comunidad LGBT sufren de diferente forma el impacto de la discriminación. Por los datos antes presentados puede esperarse que las personas trans sean quienes experimenten un rechazo más directo dentro de los servicios de salud. Por otro lado las mujeres lesbianas y bisexuales son invisibilizadas por el modelo de atención dominante. Mientras tanto, los varones en general suelen concurrir a los servicios de forma más tardía que el resto de la población, lo que se intensifica en el caso de los gays y bisexuales puesto que sus prácticas sexuales no coinciden con lo esperado por la heteronormatividad. La realidad marca que las políticas sanitarias institucionales deben tener en cuenta las diferencias dentro de la propia diversidad sexual, incorporando los aportes que puede realizar un análisis interseccional de la realidad. Dichas políticas deben basarse en una perspectiva de derechos humanos y diversidad sexual, sabiendo identificar las reales necesidades e impedimentos específicos de gays, lesbianas, bisexuales y personas trans.

La igualdad formal y la equidad en salud son conceptos que no refieren a lo mismo. La igualdad formal supone darle a todas las personas lo mismo, en cambio la equidad remite a la idea de darle a cada sujeto lo que precisa, lo que necesita, dependiendo de su situación concreta, teniendo en cuenta la particularidad de cada persona y/o grupo. Si las políticas sanitarias institucionales se diseñaran efectivamente tendiendo a la equidad, las personas LGBT podrán consultar, recibir información, informarse, ser cuidadas por los servicios de acuerdo a sus especificidades, recibir medicación, tratamiento integral específico y oportuno, sensible a sus necesidades. Eso volverá a los servicios inclusivos y directamente impactará en la posibilidad de ejercer una ciudadanía plena en derechos por parte de estas personas. Es clave para diseñar las políticas analizar la situación de salud de esta población.

Por situación de salud se entiende el conjunto de problemas de salud identificados, explicados y jerarquizados, que son la consecuencia de las condiciones económicas, sociales, políticas y culturales de la población (Castellanos, 1998. p. 81).

Recomendaciones para el sistema de salud

El capítulo sobre diversidad sexual de la “Guía de salud sexual y reproductiva” realiza recomendaciones para el sistema de salud desde una perspectiva de derechos humanos, género y diversidad, dentro de las más importantes están:

Recomendaciones de la guía de salud Reproductiva

- ✓ Erradicar cualquier forma de discriminación en los servicios de salud por razón de orientación sexual y/o identidad de género.
- ✓ Según necesidad, atender la salud mental y las situaciones de violencia doméstica en personas con orientación e identificación sexual diversa, desde una perspectiva de derechos humanos y de género.
- ✓ Brindar formación permanente a todos los actores que se desempeñan en el sector salud sobre esta temática (incluyendo desde evitar preconceptos heteronormativos hasta educar sobre aspectos vinculados a tratamientos hormonales y quirúrgicos para personas trans).
- ✓ El personal de salud y administrativo deberá mantener una actitud de respeto, una escucha flexible, abierta, libre de discriminación y de manifestaciones hostiles cuando se habla de orientación sexual y parejas sexuales.
- ✓ Integrar a la estrategia de comunicación institucional materiales que incluyan mensajes e imágenes inclusivos de la diversidad sexual (cartelería, folletería, etc).
- ✓ Llamar a las personas trans por el nombre que ellas deseen y asignar las camas de internación de acuerdo a la identidad de género expresada por la persona.
- ✓ Integrar algunas consideraciones en los formularios del sistema de salud (enfoque no heteronormativo, inclusivo de identidades trans, lenguaje inclusivo).

Cómo preguntar y cómo registrar

Con el objetivo de brindar una atención con calidad es necesario insistir en la importancia de preguntar aspectos como la orientación sexual y la identidad de género de las personas. Esto es beneficioso no sólo para mejorar la atención sino también para comenzar a tener un registro de situaciones vitales que pueden ser particulares de un grupo poblacional. En la actualidad son muy reducidos los datos locales sobre población LGBT, y la mayoría de las veces se apela a información internacional. Aumentar los datos existentes sobre esta población puede llevar a mejorar la atención y facilitar la elaboración de políticas públicas. Preguntarles a todas las personas sobre temas vinculados a su orientación sexual, identidad de género y prácticas sexuales hará que la atención brindada responda a las necesidades de quien consulta, y mejorará la comunicación incluso con las personas que se autoidentifican como cis género y heterosexuales.

Cómo preguntar

- ✓ Lo ideal para reducir la ansiedad de las/os usuarias/os es comenzar con preguntas generales de respuesta abierta e información menos personal (lugar de nacimiento, ocupación, formación).
- ✓ Luego pasar a la información de índole personal, como los antecedentes sexuales, donde se incluyen datos como la orientación sexual e identidad de género.
- ✓ Estas preguntas pueden hacerse al final de la entrevista, junto con aspectos vinculados a las relaciones sociales, o incluirse entre las preguntas vinculadas al sistema genital.
- ✓ En todo el proceso deben evitarse preguntas cerradas o comentarios que presuman orientación sexual o identidad de género de la persona entrevistada. Evitar también prejuicios en torno a la edad (adolescentes y adultos mayores especialmente), estado civil (presuponer monogamia de los casados o concubinos)
- ✓ Antes de comenzar con preguntas sobre salud sexual se puede explicar el objetivo de reunir datos sobre los antecedentes sexuales, con frases como “A todas las personas que consultan les hago preguntas sobre su salud sexual”.
- ✓ Siempre hay que buscar la comodidad de la persona atendida y de quien entrevista. Se deben evitar gesticulaciones y comentarios al realizar la pregunta o recibir respuesta. Los nervios o incomodidad del entrevistador van desapareciendo con la práctica.

En muchos casos, pedir que la persona se identifique como casada, soltera, divorciada, viuda, puede parecer obsoleto, y muchas veces es además inespecífico y puede brindar información incompleta. En cambio, puede preguntarse si la persona tiene pareja o alguna relación importante. Esto no es de por sí suficiente para indagar sobre orientación sexual o prácticas sexuales, incluso tampoco lo es preguntar el nombre de la pareja, sobre todo en el caso de nombres neutros o la eventualidad de que la pareja de la persona entrevistada sea una persona trans. Se deben evitar preguntas que suponen el género de la/s posible/s pareja/s, o el vínculo de la persona que acompaña al usuario/a, como “¿tiene novio? ¿Vino con su madre?” etc., a la vez que tampoco es conveniente presuponer en caso de que la persona declare tener pareja estable que ese es único vínculo afectivo/sexual que mantiene. Como se menciona en el cuadro, antes de comenzar con preguntas sobre salud sexual se puede naturalizar el objetivo de reunir datos sobre los antecedentes sexuales, con frases como “A todas las personas que consultan les hago preguntas sobre su salud sexual”, ¿Me permite hacerle algunas preguntas personales?”. Puede comenzarse aquí con preguntas relativas al sistema genital para luego preguntar si la persona es sexualmente activa.

En este caso es importante evitar preconceptos relativos a la edad, ya sea porque se trate de un/a adolescente o de un/a adulto/a mayor. Asimismo, quien entrevista debe sentirse cómodo/a con las preguntas y evitar gesticulaciones al realizar la pregunta o recibir la respuesta. Más adelante, entonces, puede preguntarse sobre orientación sexual con preguntas como ¿Actualmente mantiene relaciones sexuales con mujeres, varones, o ambos?”, postergando preguntas sobre métodos anticonceptivos y de barrera hasta no conocer este dato. Esto ayudará a dar la información y educación necesaria para la persona, y evitará a su vez que se sienta incomprendida o excluida de la atención. Las preguntas sobre el grado de satisfacción con el ejercicio de su sexualidad, y problemas vinculados a la actividad sexual del momento o pasada pueden abordarse a continuación. En este proceso, quien entrevista debe pedir que la/el usuario clarifique términos que no haya comprendido, y que puedan ser de uso corriente de la comunidad LGBT, para evitar problemas de comunicación.

A la hora de registrar es importante que en la historia clínica de las personas trans figure el nombre elegido. También es importante que esta información conste en otras formas de registro. Un estudio hecho por Rodríguez (2015) se menciona un ejemplo de este cambio en los registros que se transcribe a continuación:

En el familiograma lo que hemos discutido muchas veces y para nosotros era interesante, viste que el género es un cuadradito o un redondelito, cómo registrar cuando eso no es así... en nuestro centro la representación gráfica atiende a la identidad de género y no al género biológico... si es una trans femenina hacemos un círculito con una t adentro porque

ponemos el género con el cual se identifica la paciente, el circulito es que es femenino, y una t para identificar que es trans, si hay que hacer alguna otra salvedad se hace abajo en la historia...para la interna fue interesante porque se nos planteó el problema de cómo ver al otro, Nos resultaron chicos los círculos y los cuadrados necesitábamos más cosas para representar al otro, fue muy interesante el poder representar al otro tal como es, como se siente.” (Elizabeth Ylen Olavarría, jefa de residentes de medicina familiar y comunitaria Centro de salud Barros Blancos, 3/7/2015).

Captación de población LGBT

Como en toda otra meta, y sobre todo en el primer nivel de atención, el diálogo con las usuarias y usuarios, así como con sus organizaciones establecidas a nivel local, es absolutamente imprescindible. Toda la planificación y los esfuerzos para formar personal y transformar los espacios pueden tornarse inútiles, si no se logra instalar algún nivel de debate y participación en la construcción de las estrategias por parte de estos actores tan centrales.

En el caso de la comunidad LGBT, se visualiza una creciente conformación de organizaciones a lo largo del territorio, lo que puede facilitar el logro de este objetivo de planificación participativa. En los casos donde esto no sucede es importante considerar herramientas de estímulo propias para lograr que la comunidad LGBT local participe. Si se tiene usuarias o usuarios identificados, se puede comenzar la propuesta de promoción del servicio, o incluso intentar la realización conjunta de pequeñas campañas de prevención conjuntamente con los grupos de usuarias y usuarios del servicio.

Es común que las personas LGBT conozcan al menos alguna otra persona de su comunidad que reside cerca, por eso el método “bola de nieve” o “boca a boca” suele ser útil. Aún si no se cuenta con usuarias o usuarios LGBT identificados/as, ni bien se cambien las preguntas y los espacios, será probable descubrir que algunas personas que habitualmente concurren al servicio de salud forman parte de esta comunidad, o tienen familiares o amigos LGBT a los que pueden estimular.

Algunos factores de riesgo a tener en cuenta en población LGBT

Más allá de que cada persona es diferente, existen algunos factores de riesgo que han sido mencionados como de frecuente aparición en la bibliografía internacional y que refieren especialmente a población LGBT. Aquellos referidos a población trans se tratarán en el

capítulo específico. Asimismo en otros apartados se irán mencionando aspectos específicos que corresponden a las diferentes identidades y prácticas comprendidas en la sigla LGBT. A continuación se exponen algunos factores que refieren al estilo de vida, e impactan directamente en cuestiones como la salud cardiovascular y la imagen corporal.

Diversos estudios mencionan que existe una mayor incidencia del consumo de sustancias en población LGBT. En particular, se ha analizado la relación entre personas LGBT y el tabaquismo, llegando a datos como que, en Estados Unidos los varones gays, bisexuales y trans fuman en promedio un 50% más que sus pares heterosexuales, y las mujeres lesbianas, bisexuales y trans lo hacen un 200% más (Bye et al, 2004). Es importante que las intervenciones para la cesación de tabaquismo sean sensibles a los factores diferentes que contribuyen a estas cifras tan altas entre población LGBT. Se ha sugerido asociación de estas cifras con estrés crónico y otros problemas de salud mental devenidos de la discriminación y homo/lesbo/transfobia.

En lo que refiere a alimentación e imagen corporal, es importante mencionar que en población LGBT cobra especial importancia la valoración del estado nutricional. Se ha visto que los varones gays tienen más posibilidades de sufrir problemas de imagen corporal y experimentar desórdenes alimenticios que los varones heterosexuales (Kaminski et al, 2005). En el caso de adolescentes, un estudio hecho a jóvenes de Estados Unidos encontró que varones gays y bisexuales (combinados) eran más proclives que sus pares heterosexuales a reportar querer verse como las imágenes de varones presentes en los medios (Austin et al, 2004). Ya en la vida adulta, un estudio con varones gays y heterosexuales (fueron excluidos los varones bisexuales) observó niveles más altos de insatisfacción corporal y síntomas de bulimia y anorexia en varones gays (Russel y Keel, 2002).

Asimismo, algunas investigaciones sugieren que las mujeres lesbianas y bisexuales tienen más riesgo de obesidad que sus pares heterosexuales (Case et al, 2004). Un estudio de 2006, mostró que las mujeres bisexuales eran más de dos veces más proclives a los desórdenes alimentarios que sus pares lesbianas. Incluso, si la mujer bisexual estaba fuera del armario, tenía entonces dos veces más probabilidad de haber padecido desórdenes alimenticios que una mujer heterosexual (Koh y Ross, 2006). Las causas de estas diferencias son aún desconocidas, aunque se ha sugerido asociación con el impacto del estrés producto de la discriminación y estigma, poseer una concepción positiva de la propia imagen corporal, y tener diferentes patrones de ejercicio. Al respecto del segundo punto, sobre la autopercepción, el estudio de Austin et al (2004) antes citado encontró que las adolescentes lesbianas y bisexuales se encontraban más conformes con su cuerpo que las adolescentes heterosexuales, y eran menos proclives que las adolescentes heterosexuales a reportar querer verse como las imágenes de mujeres presentes en los medios.

De la información mencionada previamente se desprende que la población de mujeres lesbianas y bisexuales tiene riesgo potencial aumentado de enfermedad cardiovascular. Esto debe ser tenido en cuenta al igual que para la población general de mujeres que cuenta con los mencionados factores de riesgo (obesidad, tabaquismo, etc.). Un estudio de mujeres de 18 a 64 años en Los Ángeles (Estados Unidos) sobre salud cardiovascular mostró que entre lesbianas era más probable encontrar diagnósticos de enfermedades cardíacas. Para mujeres bisexuales, el riesgo era menor que las lesbianas, pero mayor que sus pares heterosexuales, incluso cuando las mujeres bisexuales de la muestra eran el grupo poblacional más joven (Diamant y Wold, 2003). Valanis et al. (2000) indicaron que las lesbianas encuestadas tenían una prevalencia un poco menor de stroke e hipertensión arterial que los otros grupos, pero tenían tasas más altas de ocurrencia de infartos.

Diversidad, envejecimiento y familias

Es necesario detenerse en aspectos relativos al envejecimiento en población LGBT, un tema que ha sido poco abordado incluso dentro del ámbito de la salud que trabaja específicamente este tema. Por las razones expuestas antes acerca de la especificidad de esta población, es esperable que la forma en que las personas LGBT vivan su vejez no sea igual a la de la media poblacional.

Se ha señalado que, en general, la sexualidad es un área poco abordada en la consulta de salud, y que en los casos en que se la indaga suele hacerse desde el presupuesto de heterosexualidad. Esto es aún menos atendido en el caso de las personas adultas mayores. La falta de consideración de la sexualidad en la vejez, sumada al hecho de que quienes son adultos mayores hoy fueron jóvenes en contextos de gran invisibilidad de la diversidad (o incluso condena de la misma por ejemplo en servicios de salud mental), deja a las personas mayores LGBT sin el estímulo para salir del armario en la consulta. Por estos motivos no será habitual que las personas mayores LGBT se autoidentifiquen de este modo en la consulta de primer nivel ni en el caso de que requieran cuidados especiales (de segundo o tercer nivel, o de servicios de acompañante, casas de salud, etc.). En un estudio de 2001, la cifra de personas mayores LGBT que no eran completamente abiertas con su orientación sexual/identidad de género en los servicios de salud subía a 75% (Shippy et al. 2001).

Como se ha dicho ya, esto pone en riesgo la salud de las personas, pues quien brinda asistencia no es capaz de identificar de forma adecuada su historia personal, factores de riesgo y necesidades de salud específicas. Aquí se incluyen temas como el riesgo potencial aumentado de cáncer genitomamario en mujeres lesbianas -por presencia de múltiples factores de riesgo y ausencia de controles periódicos-, la necesidad de recomendar prevención

y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) vinculados a las prácticas sexuales para varones gays -tomando en cuenta las prevalencias de algunas de ellas-, o la necesidad de reconocer diferencias en la esperanza de vida de personas trans que, en América Latina, se ha identificado por debajo de los 45 años. De hecho, esta baja expectativa de vida propone una discusión acerca de a qué edad una persona trans puede considerarse adulta mayor.

Las/os adultas/os mayores LGBT no accedieron en su juventud a los avances legales que hoy existen, por lo que es mucho menos probable, por ejemplo, que hayan tenido hijos/as (por la vía de gestación o de adopción), que hayan cambiado su nombre y sexo registral (en el caso de ser personas trans), o que reciban pensiones o hayan heredado bienes en caso que su pareja haya muerto, por ejemplo. Todo esto aumenta su vulnerabilidad con relación a la población general y afecta su calidad de vida. Además, en muchos casos estas personas debieron vivir su orientación sexual/identidad de género en secreto, lo que las distanció de su familia de origen (padres, hermanos/as, primos/as...).

A nivel nacional se puede decir, en palabras de Valeria Rubino (2013) que “El Estado ha tenido a lo largo de la modernidad un papel pro-activo en la determinación, implantación, promoción y defensa de un modelo específico de familia: la familia nuclear heterosexual”. Lo que usualmente se define como “familia extensa” y los vínculos que allí se enmarcan son entonces considerados poco importantes, invasivos a la “verdadera familia” (p.119).

Sin embargo, tanto las teorías del Capital Social, como las recientes investigaciones sobre el desarrollo de la resiliencia, indican con claridad que las posibilidades de desarrollo personal y colectivo de los integrantes de una familia se encuentran fuertemente condicionadas por las redes vinculares que estos grupos humanos logran mantener y establecer (Rubino, 2013, p.118).

Diversos estudios que comparan población LGBT con población heterosexual en ciudades estadounidenses (Los Angeles, Milwaukee, New York City, San Francisco, entre otras) han dado como resultado que las personas LGBT son más propensas a vivir solas que sus contrapartes heterosexuales (Hoctel, 2002). En el Seminario Internacional sobre Género y Diversidad Sexual en la Vejez realizado en Buenos Aires (2015) el Prof. PhD Brian De Vries mencionó que, en San Francisco, la cifra de LGBT viviendo solas/os alcanzaba un 58% comparada con un 28% de heterosexuales. La mayoría eran varones gays. De ellos, un 12% reportaba nunca haber estado en pareja.

Unido a la menor probabilidad de haber tenido hijos, y mayores posibilidades de haber roto vínculo con la familia de origen, no es extraño que en estos mismos estudios se encuentra

que las personas LGBT son las cuidadoras principales o están a cuidado de sus parejas y sus amistades, que también integran la comunidad LGBT y tienen similares edades y situaciones vitales que ellas/os (De Vries y Herdt, 2012; Fredriksen-Goldsen et al. 2011).

A esto se agregan situaciones, por ejemplo, donde la salida del armario fue tarde en la vida y las/os hijas/os de vínculos heterosexuales anteriores no aceptan la situación actual. También, ante la eventualidad de necesitar cuidados especiales o residir en una casa asistida, son escasas las probabilidades de que el personal que allí se desempeñe esté sensibilizado en el tema. Esto puede dar lugar a que personas que en su juventud y vida adulta tuvieron una vida más o menos fuera del armario, deban volver a ocultar su orientación sexual/identidad de género en su vejez. Por estos motivos se hace necesario incluir una perspectiva de diversidad sexual en los sistemas de cuidados y en el abordaje integral a personas adultas mayores.

Comaternidad y copaternidad

Al igual que la población en general, las personas LGBT en la adolescencia y la adultez suelen conformar familias. Estas tienen la misma infinidad de variedades que las familias donde sus miembros son personas heterosexuales. También es posible que personas LGBT tengan niños/as a cargo. Estos/as pueden provenir de vínculos afectivos anteriores, propios o de las actuales parejas, o pueden ser producto de una planificación familiar hecha en conjunto entre las/os integrantes de una pareja.

Las familias con hijos/as donde parejas del mismo sexo comparten la crianza de las/os niñas/os se conocen como familias homoparentales. La organización argentina “Lesmadres” hace la salvedad de definir a las familias comaternales, que sería una posibilidad de familia homoparental en donde la decisión de la maternidad es tomada en conjunto por ambas mujeres (es decir que las/os hijas/os no provienen de vínculos anteriores). Definen comaternidad como el ejercicio conjunto de la maternidad llevada a cabo por una pareja de mujeres. Generalmente mediante técnicas de reproducción asistida o adopción (Gemetro et al, 2011, p.12). Del mismo modo puede definirse una familia copaternal como aquella donde dos varones deciden llevar en conjunto el ejercicio de la paternidad (copaternidad).

“Definen **comaternidad** como el ejercicio conjunto de la maternidad llevada a cabo por una pareja de mujeres. Generalmente mediante técnicas de reproducción asistida o adopción” (Gemetro et al, 2011, p.12). Del mismo modo puede definirse una familia **copaternal** como aquella donde dos varones deciden llevar en conjunto el ejercicio de la paternidad (copaternidad).

Las autoras hacen una aclaración para el personal educativo, que puede encontrar su correlato en otros sistemas como el sanitario. Expresan que todavía faltan algunos cambios para lograr que todas las familias tengan los mismos derechos. Hacen énfasis en que muchos hijos/as aún no cuentan con sus dos apellidos legalmente reconocidos.

De todas formas, es importante que la institución pueda reconocerlos y utilizarlos. Aunque no sea posible incluirlos en un documento formal es necesario hacer un esfuerzo porque figuren en todos los espacios institucionales posibles. Algunos de estos espacios pueden ser el cuaderno de comunicaciones, las firmas de los dibujos o los trabajos prácticos, las actividades, las carteleras, etc... (Gemetro et al, 2011, p.7).

Por otro lado cada familia tiene sus formas particulares de nombrarse. En este tipo de familias, por lo general, cada niño y cada niña nombra diferenciadamente a sus dos madres: mama y mami, mamu y mami, mamá tal y mamá cual, etc. Es muy importante que en la escuela se respeten todas las formas de nombrarse.

Por ello, con la llegada del hijo/a comienza la necesidad de resolver la dimensión pública de la familia, definir una forma de nominar a la pareja y el parentesco que se tiene con el recién nacido cuando todos los nombres disponibles están matizados por el modelo heterosexual (madre y padre) (Rubino, 2013, p.112).

La llegada de hijos/as a una relación de personas LGBT implica explicitar la propia orientación sexual/identidad de género en espacios donde, tal vez, no se había hecho antes. Esto sucede particularmente en relaciones de parejas del mismo sexo, que pueden pasar desapercibidas en diversos contextos si así lo han querido sus integrantes.

Sobre la vinculación del Estado con estas familias, es importante hacer énfasis en la necesidad de que el personal de salud que está en contacto con la población LGBT, sobre todo con estas familias, sea capaz de asesorar a las personas para el ejercicio de sus derechos. Ese rol potencial, que muchas veces tienen los servicios de salud, de dar información a las familias, no parece desempeñarse (a veces por desconocimiento del personal) cuando se trata de familias conformadas por dos papás o dos mamás. En su interacción con los sistemas de salud y educativo las familias lésbicas aparecen invisibilizadas, relegadas al terreno de lo inexistente, lo que genera choques -más o menos dramáticos- con los mensajes y patrones heterosexistas con los que se manejan estas instituciones que, en general, siguen sin integrar en su discurso la diversidad de arreglos familiares que encierra la sociedad. En ocasiones, las representaciones que se ponen en juego en los distintos espacios institucionales se encuentran sesgadas por un modelo de familia nuclear (modelo tradicional), que invisibilizan

otras realidades, incluyendo las familias homoparentales. Asimismo, cuestionarios de servicios de salud pueden presentar limitaciones de este tipo y recabar información imprecisa que no da cuenta de la realidad de los/as usuario/as (Rubino, 2013).

Promoción de salud y prevención de enfermedades en población LGBT

Lo dicho hasta aquí señala la necesidad de realizar actividades específicas destinadas a promoción y prevención de salud en población LGBT. Estas actividades pueden pensarse desde una lógica comunitaria, dirigidas a la población general, o desde la consulta individual o grupal con la población destinataria. Las instancias para realizar estas actividades no son exclusivas del primer nivel de atención, ni requieren obligatoriamente que participe de ellas personal médico.

Es necesario promover que todo el equipo de salud, e incluso a integrantes de grupos de usuarias/os o agentes comunitarias/os, sean multiplicadoras/es de algunas recomendaciones que tienen que ver con el autocuidado y los controles de salud. Para esto es necesario que, quien realice las actividades de promoción, haya recibido una sensibilización de los aspectos centrales y de las necesidades más frecuentes de esta población. Con este objetivo es que, desde el Colectivo Ovejas Negras y el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, se elaboraron una serie de preguntas disparadoras que pueden ser usadas con el equipo de salud (incluyendo al personal médico) y con grupos de usuarias/os. Estas consignas enfatizan los temas a trabajar en las diferentes poblaciones. Para que su aplicación resulte más amena, y a la vez para facilitar la comprensión de algunos temas, se han utilizado conjuntamente con las consignas diversas viñetas de humor. A continuación se mencionan las organizaciones y las/os autoras/es de las viñetas utilizadas. Dentro de ellas se pueden encontrar algunas referidas a distintas identidades dentro de la población LGBT.

Sugerencias de viñetas

- ✓ Jane's World. Autora: Paige Braddock. Textos en inglés. Temática lésbica.
- ✓ Autora: Laerte Coutinho. Textos en portugués. Temática trans femenina.
- ✓ Slapupsidethe head. Sitio web de noticias LGBT ilustradas. Textos en inglés. Temática LGBT.
- ✓ What's normal anyway? Autor: Morgan Boecher. Textos en inglés. Temática trans masculina.

- ✓ Carol y Guille van a mi instituto. Autor: Jesús Generelo, por Comisión de Educación de COGAM. Textos en español. Temática gay y lesbica.
- ✓ Guía de Salud y Recursos para mujeres trans trabajadoras del sexo. Autores: Alberto Martín-Pérez con ilustraciones de Aniel, por Grupo de trabajadoras del sexo y Equipo de prevención de COGAM. Textos en español. Temática trans femenina con énfasis en trabajo sexual.
- ✓ Lola'sWorld. Autoras: Elena Guardia y M.^a Ángeles Cabré. Textos en español. Temática lesbica feminista.

A continuación se mencionan algunas consignas y los énfasis a hacer en cada caso. Algunos de los temas que se abordan en las distintas consignas se desarrollarán en otros capítulos.

Consigna 1

Con relación a los derechos LGBT, ¿cuáles identifica y cuáles considera importante conocer desde el área de la salud? ¿Qué temas aún requieren avances?

Es importante que surjan respuestas mencionando la ley de salud sexual y reproductiva, las recomendaciones del capítulo de diversidad sexual de las guías del MSP y leyes generales como las de matrimonio igualitario, cambio de nombre y sexo registral, antidiscriminación, adopción y unión concubinaria. Como un ejemplo de avance requerido puede mencionarse la actual prohibición de donación de sangre para varones que mantuvieron relaciones sexuales con otro varón en el último año.

Consigna 2

A qué grupos de la comunidad LGBT recomendaría el papanicolau y con qué frecuencia? ¿Y la mamografía?

Además de las recomendaciones habituales, es una oportunidad para mencionar el pap anal, y la recomendación de autoexamen de mamas y mamografía para algunas mujeres trans. También puede comenzarse la discusión sobre la importancia de una promoción sensible de papanicolau para mujeres lesbianas y varones trans no hysterectomizados.

Consigna 3

Listado de recomendaciones para una persona que planifica salir del armario:

- ante su familia
- en el trabajo
- ante amigas/os
- en el ámbito educativo

Se recomienda hacer mención a que la propia persona valore (de preferencia en conjunto con el personal de salud y/o servicios sociales) el estado de sus redes de apoyo. Se hace énfasis en que estar “fuera del armario” puede ser visto como un factor protector para la salud mental de la población LGBT. Esto sin desconocer que aún existen familias y otros ámbitos que resultan hostiles a esta población.

Consigna 4

Listado de estrategias para salvar las barreras de acceso a la salud presentes en población LGBT (antes, durante y después de la consulta).

Deben surgir temas como los preconceptos existentes tanto en la propia población en general como la LGTB en particular y en los equipos de salud, barreras como el nombre legal/de nacimiento, la dificultad para salir del armario, temores al respecto de la confidencialidad de la consulta, dificultades en la continuidad de la atención cuando la atención no fue amigable.

Consigna 5

Listado de mitos sobre la población LGBT y sus vínculos afectivos y sexuales.

Debe mencionarse mitos como el presupuesto de la promiscuidad, la idea de que la orientación sexual/identidad de género responde “traumas de la infancia”, la idea de que las personas LGBT “no desean” o “eligieron no” tener hijas/os, la concepción de población “vectora” de ITS, creencia de que las mujeres lesbianas no mantienen relaciones sexuales, etc.

Consigna 6

¿Es importante indagar sobre orientación sexual e identidad de género en niños y niñas? Independiente de la respuesta anterior: ¿A qué edad comenzar?

Aquí puede darse la discusión en base a evidencia que recoge casos de niños/as y adolescentes que expresan una orientación sexual/identidad de género diversa a edades tempranas, que muchas veces se contraponen a la creencia de que estos temas se resuelven más adelante en la adolescencia.

Consigna 7

¿Qué recomendaciones de sexo seguro y prevención de ITS daría a una usuaria lesbiana?

Se debe hacer énfasis en identificar las prácticas sexuales y las parejas sexuales de esa usuaria. Pueden mencionarse métodos de barrera y de cuidado para cada caso (sexo oral, uso de juguetes sexuales, penetración con los dedos o masturbación mutua). Se aconseja mencionar que el preservativo femenino utilizado como indica el fabricante no es suficiente como método de barrera en las relaciones lésbicas.

Consigna 8

Una mujer trans solicita asesoramiento sobre implantes mamarios ¿El sistema de salud ofrece alguna opción? ¿Qué niveles de atención intervienen?

En este caso se debe hacer mención al uso de silicona industrial y sus riesgos asociados, así como los riesgos de la colocación de implantes mamarios en condiciones de clandestinidad. Se deben plantear herramientas posibles dentro del sistema de salud para reducir riesgos: por ejemplo, que la usuaria pague la prótesis mamaria y la misma sea colocada por personal de salud. Esta alternativa se encuentra en el momento disponible en el subsector público, en servicios de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Consigna 9

¿Qué recorrido por el sistema de salud debe hacer un varon trans que quiere hacer tratamiento hormonal? ¿Qué niveles incluye?

Del mismo modo que en el caso anterior, debe hacerse mención a la hormonización (tanto en trans femeninas como masculinos) que se hace sin control médico y en condiciones de



riesgo, obteniendo las hormonas en mercados clandestinos o no específicos (por ejemplo, medicación de uso veterinario), y en el caso de la inyección de testosterona, se deben mencionar los riesgos asociados a la administración de intramusculares fuera de los servicios de salud. Debe mencionarse además los riesgos a mediano y largo plazo que tiene la hormonización sin seguimiento médico. Como alternativa a estas posibilidades pueden darse varias sugerencias que van desde acompañar el proceso reduciendo daños hasta ser capaz de brindar asistencia dentro del sistema de salud: prescripción de medicación para ser adquirida en farmacia externa cuando no sea posible obtenerla en la farmacia del servicio de salud, administración de medicación intramuscular por parte de enfermería del servicio de salud, solicitud de paraclínica antes y durante el proceso, control de signos vitales periódicamente, cómo presión arterial y glicemia.

Consigna 10

En la consulta con adultos/as mayores, ¿corresponde preguntar temas vinculados a la orientación sexual e identidad de género? ¿De qué forma lo haría?

Aquí deben surgir la necesidad de indagar sobre sexualidad en la consulta con adultas/os mayores, la mayor vulnerabilidad de la población LGBT en esta etapa, y consideraciones específicas de vejez en personas trans.

Consigna 11

¿Plantearía alguna estrategia de abordaje grupal a nivel comunitario? ¿Orientada a quiénes? ¿Cuál sería el objetivo?

Pueden surgir actividades de promoción y prevención en población general sobre población LGBT, grupos de personas LGBT, familiares o amigas/os, actividades de captación, formación de recursos humanos en el tema, entre otras.

Consigna 12

Pensando la salud desde la integralidad, ¿cuáles son las estrategias disponibles en la actualidad para mejorar la calidad de vida de personas trans? ¿Qué cosas faltan?

Puede hacerse mención a la necesidad de incorporar a las personas trans a los servicios de salud y sociales existentes, facilitando el acceso y disminuyendo barreras. En la actualidad es necesario que los servicios que existen sean universales y estén accesibles en igualdad de condiciones para todo el territorio nacional.

Consigna 13

Si pensamos en una persona trans que requiera internación en 2do nivel de atención, ¿qué barreras pueden existir en este caso?

Plantear estrategias para solucionarlas. De las barreras que surjan por ejemplo en la designación de camas es necesario que al plantear estrategias de solución se tenga en cuenta a los múltiples actores: demás usuarios/as del servicio, equipo de salud, y la propia persona. Se debe tener en cuenta que la asignación de camas de acuerdo a la identidad de género es una recomendación del Ministerio de Salud Pública.

Consigna 14

Pensando en el audiovisual “¿Cuál es la diferencia?”, ¿Qué aspectos de las consultas delatan presupuestos heteronormativos?

Mencionar también otros que no se describen en los videos. Aquí se da la oportunidad para discutir qué comprende cada persona que es la heteronormatividad, que puede expresarse en temas como: presuponer que quien está en la consulta mantiene relaciones sexuales únicamente con personas del sexo opuesto; que las mujeres que dicen tener hijos deben haberlos parido; y, más generalmente, entender que todas las personas que concurren a los servicios son heterosexuales, entonces se debería hacer un esfuerzo extra para re orientar por completo estos servicios si se quisiera captar población LGBT.

Consigna 15

A la hora de instrumentar un sistema de cuidados en su ciudad/departamento, ¿considera que es posible la inclusión de la diversidad sexual?

Pensando tanto el rol de cuidador/a como de usuario/a, mencione barreras que podrían existir y alternativas para salvarlas. Aquí se deben tener en cuenta las particularidades de la población LGBT que es destinataria de cuidados, con aspectos específicos como las dificultades en los vínculos familiares y la predominancia de vínculos de amistad o pareja. Asimismo se debe intentar visualizar a población LGBT como cuidadora, ya sea desde el lugar de familiar/amiga como desde el lugar de personal formado para el cuidado.

Consigna 16

Plantear una estrategia de promoción de salud mental para población trans.

Pueden incluirse temas como el impacto del rechazo familiar, la depresión, los problemas vinculados a la imagen corporal, o el consumo de sustancias en población trans. También pueden surgir estrategias para trabajar desde la promoción de salud en actividades sociales, deportivas o culturales que puedan incluir a esta población.

Segunda parte:

Valeria Ramos¹⁰ y Gonzalo Gelpi¹¹

Salud Sexual y Salud Reproductiva

La salud sexual es el proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. Que se evidencia en las relaciones libres y responsables con capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social y no simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas (OPS-OMS 2000). Un desarrollo sexual saludable depende de la satisfacción de las necesidades básicas humanas como son el deseo de contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, la ternura y el amor.

La salud sexual requiere de un acercamiento positivo y respetuoso a la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales libres de coerción y sin violencia. Frómeta y Ponce (2013) afirman que “a todo ser humano que se le excluya por no responder a las exigencias de una sociedad, exclusivamente heterosexista, en la que no hay lugar para la diversidad, se le estará lacerando su salud sexual” (p.114). Salud sexual y salud reproductiva no son lo mismo, pueden vincularse como no, pero cada una cuenta con sus particularidades.

La salud reproductiva es el estado general de bienestar físico, mental y social y (no solo ausencia de enfermedad o malestar) en todos aquellos aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Implica que las personas sean capaces de tener una vida sexual satisfactoria y segura y que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir hacerlo, cuándo y cómo (CIPD, 1994).

10 Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA.

11 Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades. Facultad de Psicología. Universidad de la República.

Un concepto importante en el campo de sexualidad es el de autonomía. La autonomía en esta área refiere a la idea de que la persona desarrolle la capacidad de negociar sexualmente con el otro, desde un lugar de equidad, y no desde posiciones supraordinadas o subordinadas. Implica poder identificar, conocer y dar sentido a las propias necesidades sexuales y buscar formas de satisfacción en el marco del respeto por las propias decisiones. Involucra el relacionamiento con el propio cuerpo, su conocimiento, respeto y cuidado. Particularmente supone saberse sujeto de derechos también en el campo de la sexualidad y las decisiones reproductivas (López et al. 2005).

A nivel de normativas nacionales vigentes, en setiembre de 2010, el MSP reglamentó la Ley 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, para comenzar su implementación en los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) a partir de enero de 2011. El Decreto Nro. 293 que reglamentó esta ley establece un abordaje amigable, inclusivo, igualitario, integral y multidisciplinario. La medida buscó derribar diferentes barreras de acceso, combatir las discriminaciones, entre otras causas, por orientación sexual y/o identidad de género y transformar los servicios en realmente inclusivos de toda la diversidad. La norma por estos motivos significó un nuevo cambio de paradigma sumado al que ya había instaurado el SNIS y como objetivo primordial se encuentra la formación en recursos humanos.

Derechos Sexuales y Reproductivos

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son una invención reciente, un concepto en construcción y reconstrucción, que ha alcanzado un estatus político poderoso en potencia (Correa, 2003). Dentro de los derechos reproductivos se englobaban una serie de derechos como: la planificación familiar, a la salud integral, al placer sexual, entre otros. El término se popularizó en la década del 60 bajo una fuerte influencia de los movimientos de mujeres. Las primeras luchas feministas se centraron en la dimensión civil y política de los derechos, hasta que en la década del 60 ingresaron a la agenda del movimiento otras luchas relacionadas con el derecho a disponer del propio cuerpo (López et al. 2005).

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son conquistas humanas, y son escenario de conflicto y negociación social permanente. En tanto parte de los derechos humanos, son interdependientes, integrales e indivisibles de otros derechos (Copelon y Petchesky, 1995). Estos derechos son uno de los ejes de construcción de ciudadanía y de profundización de la convivencia democrática. Se refieren al poder de cada persona para tomar decisiones informadas y responsables sobre su sexualidad y vida reproductiva. Y a la disponibilidad

de recursos para poder llevar a la práctica esas decisiones de manera segura, efectiva y sin discriminaciones (Correa y Petchesky, 1995).

El respaldo a nivel del derecho internacional que se le dio a estas luchas fue reciente:

Si bien se puede rastrear orígenes que se remontan a la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos (Teherán, 1968), pasando por las de Población de 1974 (Bucarest) y 1984 (México), adquieren verdadera legitimidad en la década de 1990, en la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Conferencia Internacional sobre la Mujer (Beijing, 1995) (López et al. 2005, p.32).

Particularmente, El Cairo 1994 significó un cambio de paradigma en relación a los temas de población. En esa instancia se reconoció la salud reproductiva y los derechos reproductivos de las personas como derechos humanos y se complejizó la mirada sobre los asuntos de población reconociendo la importancia de las áreas de la salud, educación y los derechos. Un año después, en la Conferencia de Beijing, se profundizó en la salud sexual y en el derecho a una vida libre de coerción y violencia sexual. Gracias a estas dos conferencias, tanto los derechos sexuales y los reproductivos alcanzaron una aceptación internacional -al menos desde el bloque occidental-, aunque es necesario seguir avanzando en la protección y garantía efectiva de estos derechos para que no sean un mero marco normativo, especialmente en personas cuyas orientaciones, identidades y/o prácticas no responden a la heteronormatividad.

La realidad demuestra que la mayoría de las políticas, programas y acciones que se emprenden en este terreno, en el mejor de los casos, abordan algunos aspectos de los derechos reproductivos y “olvidan”, sistemáticamente, los derechos sexuales (Abracinskas y López, 2001). “Este deslizamiento no sólo invisibiliza la dimensión sexual de las prácticas, sino que da cuenta de la concepción hegemónica de una sexualidad heterosexual confinada a lo reproductivo; promoviendo la idea de la reproducción como el campo principal donde se juega la sexualidad” (López et al. 2005, p.34). Por lo cual, si sistemáticamente se toma a los derechos sexuales como un subconjunto dentro de los reproductivos se estarán vulnerando a las personas LGBT nuevamente, dado que el principal núcleo de conflicto para las personas LGBT suele ser el reconocimiento de los derechos sexuales por sobre los reproductivos, aunque dependa de cada caso en particular.

Existen cuatro principios éticos interconectados de relevancia sobre los que se debe profundizar desde una perspectiva de derechos y que frecuentemente no se respetan, estos son: la integridad corporal, la capacidad de ser persona, la igualdad y la diversidad.

La integridad corporal como el derecho a la seguridad y control del propio cuerpo es quizás el aspecto que más peso tiene en el concepto de libertad sexual y reproductiva. La capacidad de ser persona, refiere a aquellas razones y valores por los que las personas toman diferentes decisiones. Autonomía y autodeterminación es lo que habilita a que las personas puedan ejercer sus derechos con libertad. Igualdad, refiere al reconocimiento de que todas las personas son portadoras de derechos independientemente de su condición social, clase, sexo, edad, etnia, orientación sexual, religión, nacionalidad. La diversidad, alude al compromiso con el principio de que diferentes tipos de expresión sexual son beneficiosos para una sociedad justa y humana (López et al. 2005).

En articulación con los principios éticos que los sustentan, se encuentran las condiciones facilitadoras para que los mismos sean ejercidos. Estas condiciones refieren al acceso equitativo a los recursos (materiales y simbólicos): información, bienes, servicios, conocimientos. En una sociedad patriarcal y estructurada heteronormativamente, las personas LGBT habitualmente se encuentran en situación desventajosa para negociar el reconocimiento y cumplimiento de estos derechos.

Derechos desde una perspectiva de salud y diversidad sexual

Desde una perspectiva de diversidad sexual algunos autores como Álvarez (2013) afirman que la construcción de la noción de derechos sexuales y reproductivos tuvo importantes sesgos de género ya que están pensados casi exclusivamente desde el modelo de mujeres heterosexuales, invisibilizando a las personas LGBT. No obstante, en 2006 se pactaron los Principios de Yogyakarta que es el instrumento más importante hasta el momento que trata específicamente sobre cuestiones de diversidad sexual. En el Principio Nro. 17 se establece “que todas las personas tienen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. La salud sexual y reproductiva es un aspecto fundamental de este derecho” (ONU, 2006, p.23). Otro Principio trascendental es el Nro. 27, expresando que “toda persona tiene derecho, individualmente o asociándose con otras, a promover la protección y realización de los derechos humanos en los planos nacional e internacional, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género...”(ONU, 2006, p.32).

A continuación se mencionan una serie de derechos sexuales y reproductivos de las personas LGBT que se suelen invisibilizar y vulnerar, incluso en el sistema de salud, y se darán algunas recomendaciones para que los servicios sean más inclusivos y amigables para esta comunidad.

El derecho a fortalecer la autoestima y autonomía para adoptar decisiones sobre la sexualidad

Los altos niveles de homo- lesbo- transfobia presentes en la sociedad, e incluso la homo-lesbo-transfobia interiorizada, pueden generar una disminución de la autoestima, que afecta directamente la capacidad de decisión sobre las conductas de cuidado, provocando que las personas se expongan a conductas de riesgo como mantener prácticas sexuales sin ningún método de barrera. Se sugiere que en consulta se evalué o se pregunte directamente al propio usuario/a si desea una interconsulta con psicología.

El derecho a explorar y a disfrutar de una vida sexual placentera, sin vergüenza, miedos, temores, prejuicios, inhibiciones, culpas, creencias infundadas y otros factores que impidan la libre expresión de los derechos sexuales y la plenitud del placer sexual

Al estar estructurada la sociedad desde la heteronormatividad, las personas LGBT muchas veces vivencian su orientación sexual, identidad de género y/o sus prácticas sexuales con vergüenza, culpa, aspecto que es importante revisar para que todas las personas acepten su propia homosexualidad, lesbianismo, bisexualidad y la transexualidad como modos de ser, sentir y estar en el mundo tan válidos como la heterosexualidad. Desde los servicios de salud se debe remarcar en que es algo totalmente válido y no constituye ninguna patología. Sobre todo considerando que las personas trans aún son víctimas del estigma de psicopatologización en algunos servicios de salud.

El derecho a vivir la sexualidad sin violencia, coacción, abuso, explotación o acoso

De acuerdo a la oportunidad, y con una comunicación respetuosa, se debe interrogar a las personas LGBT sobre si han sido víctimas de alguna situación que implique abuso, explotación y/o acoso. Esto es particularmente importante en personas que ejercen el trabajo sexual. Hay otros mecanismos más sutiles de violentar las sexualidades que padecen todas las personas LGBT y son las que ejercen las familias, instituciones y la sociedad en general intentando someter a una “normalización” mediante un disciplinamiento para que comprendan que están desviados de la norma.

La violencia de género, doméstica o en el noviazgo se produce también en relaciones no heterosexuales. Por eso es necesario en consulta, no solo preguntar si tienen pareja estable, si no también si han padecido o padecen una situación de violencia en ese vínculo. Es importante la detección desde el sistema de salud, porque las personas LGBT no suelen denunciar en otras dependencias los actos de violencia que suceden en sus vínculos de pareja (Gemetro y Bacín, 2012).

El derecho a escoger las y los compañeros sexuales

En la adolescencia muchas veces algunos padres intentan separar a sus hijos/as de sus novios/as porque piensan que es algo incorrecto lo que están haciendo. Esto se relaciona con el siguiente derecho.

El derecho a expresar libre y autónomamente la orientación sexual

Este derecho se debe garantizar en todos los espacios e instituciones, sin que por ello la persona quede expuesta a prejuicios, estigmas, discriminaciones y/o exclusiones. En el sector salud es clave para que la persona reciba una mejor atención y los servicios cumplan con sus necesidades y demandas específicas. Incluso desde el primer nivel de atención, en caso que sean consultantes adolescentes, se puede acompañar el proceso de la “salida del closet”, pero para que los/as consultantes confíen y se abran en los espacios de consulta se debe tener una escucha abierta a la diversidad.

El derecho a protegerse de las infecciones de transmisión sexual

Para informar adecuadamente se deben conocer las prácticas sexuales y allí evaluar los potenciales riesgos e indicar los estudios para descartar las infecciones que presentan mayor incidencia en población LGBT. No obstante, se debe evitar ver a un usuario/a LGBT como portador/a potencial de una ITS, ya que aún el estigma de asociar a determinada población con ciertas infecciones y/o enfermedades perdura (MSP, 2009). También es relevante señalar que mientras los prestadores de salud entregan una cuponera de 15 preservativos a modo de prevención y promoción, las personas que ejercen el trabajo sexual (donde se incluyen muchas mujeres trans) han denunciado que llegan a usar hasta 142 preservativos semanales, problema que aún no tiene respuesta.

El derecho de hombres y mujeres de decidir de manera libre y responsable la posibilidad de ser padres o madres.

No se debe presuponer que el hecho de que el/la usuario/a no sea heterosexual implica que no desea tener hijos. Esto sucede y es aún más frecuente en mujeres lesbianas, donde la consulta se sesga por pensar que no tienen hijos/as o no desean tenerlos. Incluso puede haber personas que se vean tentadas a pensar erróneamente que parte del “estilo de vida” de las mujeres lesbianas (o los varones gays) incluye la “elección” de no tener hijos/as. Se deben evitar los prejuicios fundados en el modelo tradicional de familia. Muchas veces tanto varones que se autoidentifican como gays, lesbianas o trans han sido con anterioridad padres/madres.

El derecho a decidir libremente el tipo de familia que se quiere formar y el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre ellos, y a disponer de la información, educación y medios para lograrlo.

Este derecho se vincula, por ejemplo, con la Ley de Reproducción Humana Asistida y las posibilidades para que estén contempladas no solo las mujeres lesbianas o trans masculinos (como en la actualidad) sino también varones homosexuales, bisexuales y trans femeninas. La polémica se centra en si el Estado debería de garantizar los medios para que las personas se realicen como padres/madres a pesar de no presentar ningún problema de esterilidad. Sería deseable que los profesionales de la salud estén informados de un modo actualizado sobre los distintos métodos y las leyes vigentes para que puedan, por ejemplo, iniciar los trámites de adopción en una dependencia del INAU.

Promoción de Derechos Sexuales y Reproductivos

La promoción de estos derechos se realiza principalmente en el primer nivel de atención, informándole a las personas que existen estos derechos, que se encuentran vigentes, que hay un marco normativo que les dan legalidad y desde donde se pueden posicionar las personas para reclamar su cumplimiento. El proceso de conocimiento, apropiación y ejercicio de derechos sexuales y de derechos reproductivos de las personas dependerá, fundamentalmente, de la legitimación y reconocimiento social de estos derechos, y de la generación de las condiciones (sociales, culturales, económicas) que permitan el desarrollo de este proceso. Es clave trabajar desde la educación y la salud para promoverlos y difundirlos.

Es importante trabajar en pos del empoderamiento de la población LGBT. “Para que ocurra el empoderamiento se deben producir modificaciones en la autopercepción y en la conciencia de las personas. El empoderamiento en tanto proceso individual y colectivo se construye en sinergia” (López et al. 2005, p.36). Por eso las nociones de conflicto, lucha y confrontación son inherentes a este proceso.

Sería deseable que todos los actores involucrados se comprometan activamente a promover este conjunto de derechos para que las personas LGBT, en particular, puedan decidir autónomamente favoreciendo su empoderamiento. Se trata de ampliar y desarrollar vínculos democráticos en todos los ámbitos de nuestras sociedades y en todas las dimensiones de las relaciones sociales, incluyendo las sexuales y sabiendo valorar positivamente los aportes que realiza la diversidad en sus más amplias expresiones incluyendo las sexuales a las sociedades.

Para consumir el objetivo se debe continuar creando estrategias integrales, que cumplan con el proceso de pasaje de la información al conocimiento, del conocimiento a la apropiación y de ésta al real ejercicio de los derechos. Estas estrategias no sólo incluyen la difusión a través de cartelera o la realización de actividades en la comunidad. Por el contrario, desde la propia consulta y dependiendo de la actitud del/a profesional, se pueden promover o inhibir el ejercicio de derechos.

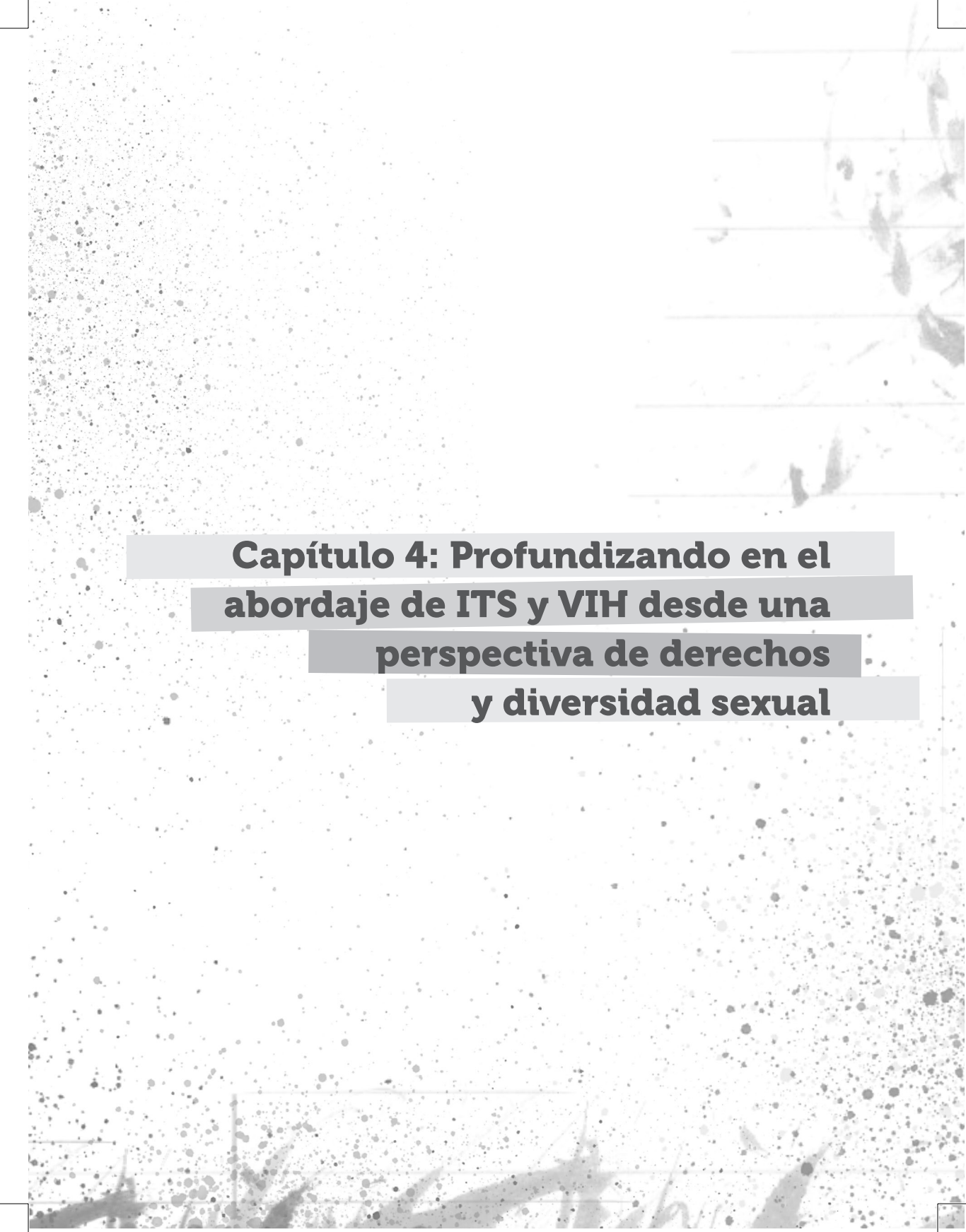
Referencias bibliográficas

- Abracinskas, L. y López, A. (2001). *Los derechos sexuales y reproductivos en la arena de acción política. Ponencia presentada en el Seminario sobre ONGs. gobernancia y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Montevideo: Programa MOST – UNESCO
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
- Álvarez, J. (2013). Los derechos sexuales y reproductivos de los géneros no-normativos. Una lucha política por una vida digna de ser vivida. *Revista Nomadías*, 17(11), 109-129.
- Austin, S. B; Ziyadeh, N; Kahn, J.A; Camargo, C.A; Colditz, G.A y Field, A.E. (2004). Sexual orientation, weight concerns, and eating-disordered behaviors in adolescent girls and boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(9), 1115–1123.
- Barrón, E; Salín, R.J y Guadarrama, L. (2014). Encuesta para evaluar el conocimiento sobre las condiciones de diversidad sexo-genérica y homofobia en una muestra de alumnos universitarios. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 15(5), 267-276.
- Briceño-León, R. (2000). Bienestar, salud pública y cambio social. *Salud y Equidad: Una mirada desde las ciencias sociales*, 8(2), 15-24.
- Butler, J. (2001). *El género en disputa*. Buenos Aires: Paidós.
- Bye, L; Gruskin, E; Greenwood, G.; Albright, V y Krotki, K. (2004). *The 2003 California Lesbian, Gays, Bisexuals, and Transgender (LGBT) Tobacco Survey, Field Research Corporation*. San Francisco: CA.
- Cáceres, C; Talavera, V. y Mazin, R. (2013). Diversidad sexual, salud y ciudadanía. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30(4), 698-704
- Cadoret, A. (2003). *Padres como los demás. Homosexualidad y parentesco*. Barcelona: Gedisa.
- Case, P; Austin, S.B; Hunter, D.J; Manson, J.E; Malspeis, S; Willett, W.C. y Spiegelman, D. (2004). Sexual orientation, health risk factors, and physical functioning in the Nurses' Health Study II. *Journal of Women's Health*, 13(9), 1033–1047.

- Castellanos, P. (1998). Los modelos explicativos del proceso salud enfermedad: los determinantes sociales. *Salud Pública*, 6(3), 81-102.
- Cavalleri, F; Meré, J.J; Modzelewski, H; Freitas, P; Puiggrós, M; Birriel, M; Domínguez, S. y Calvo, M. (2013). *Montevideanxs. Textos diversos en torno a los resultados de la investigación exploratoria "Derechos, jóvenes LGBT y VIH/sida", 2011*. Montevideo: Colección Interdisciplinarias 2012, Universidad de la República.
- Correa, S. (2003). *Los derechos sexuales y reproductivos en la arena política. Serie Aportes al debate Nº 1*. Montevideo: MYSU.
- Correa S. y Petchesky R. (1995). *Reproductive and sexual rights: a feminist perspective. Population Policies Reconsidered Health, Empowerment and Rights*. Nueva York: IWHC.
- De Vries, B & Herdt, G. (2012). *Aging in the gay community. In T.M. Witten & A.E. Eyler (Eds.) Gay, lesbian, bisexual & transgender aging: Challenges in research, practice & policy (84-129)*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Diamant, A. L. y Wold, C. (2003). Sexual orientation and variation in physical and mental health status among women. *Journal of Women's Health*, 12(1), 41–49.
- Freitez, N. (2001). *Proceso salud enfermedad y sus modelos curativos. Trabajo no publicado, Curso Medio de Salud Pública*. Mérida: Universidad de Los Andes.
- Fredriksen-Goldsen, K. I; Kim, H.J; Emler, C. A; Muraco, A; Erosheva, E. A; HoyEllis, C. P; Goldsen, J. y Petry, H. (2011). *The aging and health report: Disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults*. Seattle: Institute for Multigenerational Health.
- Frómeta, O. y Ponce, T.M. (2013). Salud sexual y desarrollo de la sexualidad de mujeres lesbianas, en edad adulta. *Revista Sexología y Sociedad*, 19(2), 102-115.
- Gemetro, F. y Bacín, G. (2012). *Guía para Personal de Salud sobre Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de la violencia hacia Población LGBT*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Gemetro, F; Bacin, G; Bonazza, J; Aguilar, L; Llewellyn, P. y Quintero, S. (2011). *Familias Comaternalas. Guía para personal educativo*. Buenos Aires: Lesmadres.
- Hoctel, P. (2002). Community Assessments Show Service Gaps for LGBT Elders. *Aging Today*, 3(2), 5–6.

- INE. (2012). *Uruguay en cifras 2012*. Montevideo: INE
- Kaminski, P. L; Chapman, B. P; Haynes, S.D y Own, L. (2005). Body Image, Eating Behaviors, and Attitudes Toward Exercise Among Gay and Straight Men. *Eat Behav*, 6(3), 179–187.
- Koh, A. S. y Ross, L.K. (2006). Mental health issues: A comparison of lesbian, bisexual and heterosexual women. *Journal of Homosexuality*, 51(1), 33–57.
- Ley Nro. 18.426. Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. (2010).
- Ley Nro. 18.211. Ley Sistema Nacional Integrado de Salud. (2007).
- López, A. (Coord.) (2005). *Adolescentes y Sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo 1995 - 2004*. Montevideo: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Lukomnik, J. y Ramos, M. (2012). *Relevamiento de necesidades de salud en personas trans*. Montevideo: MYSU, ANII, Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.
- Ministério da Saúde de Brasil. (2008). *Política Nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais*. Brasilia: Ministério de Saúde de Brasil.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Código de Ética Médica*. Montevideo: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2011). *Guías de abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención. Módulo III Salud Sexual y Reproductiva*. Montevideo: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2009). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo Diversidad sexual*. Montevideo: MSP.
- Shippy, R.A; Cantor, M.H. y Brennan, M. (2001). Patterns of Support for Lesbians and Gays as They Age. In M.H. Cantor (chair) "Social Support Networks". *Symposium held at the 54th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America, Chicago*.
- Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. *Salud Pública*, 12(6), 49-54.
- OMS. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: OMS.

- ONU. (2006). *Principios de Yogyakarta sobre la aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género*. Nueva York: ONU.
- ONU. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Nueva York: ONU.
- OPS- OMS. (2013). *Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe*. Buenos Aires: OPS- OMS.
- Rodríguez, N. (2015). *Diversidad Sexual, Políticas Públicas y Drogas. Entre la construcción y la invisibilización de un problema. Situando interrogantes*. Montevideo: FLACSO.
- Rubino, V. (2013). *Armarios de Cristal*. En Sempol (Coord.). *Políticas públicas y diversidad sexual. Análisis de la heteronormatividad en la vida de las personas y las instituciones. Informe final*. Montevideo: MIDES.
- Russell, C. J. y Keel, P. K. (2002). Homosexuality as a specific risk factor for eating disorders in men. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 300–306.
- Valanis, B. G; Bowen, D.J; Bassford, T; Whitlock, E; Charney, P. y Carter, R.A. (2000). Sexual orientation and health: Comparisons in the women’s health initiative sample. *Archives of Family Medicine*, 9(9), 843-853.
- Villar, H. (2003). *La salud una política de Estado. Hacia un Sistema Nacional de Salud. Marco conceptual, el contexto, situación actual y propuestas de cambio*. Montevideo: Grafinel.



**Capítulo 4: Profundizando en el
abordaje de ITS y VIH desde una
perspectiva de derechos
y diversidad sexual**



Capítulo 4: Profundizando en el abordaje de ITS y VIH desde una perspectiva de derechos y diversidad sexual

Zaida Arteta¹²

En este capítulo se mencionan distintas infecciones de transmisión sexual (ITS), poniendo énfasis en las formas de transmisión, su prevención, así como detección y tratamiento oportuno. Se plantearán a su vez los principales avances en diagnóstico, prevención y atención, contextualizando con la realidad uruguaya con una mirada a las especificidades de la población LGBT. Asimismo, se presentará un enfoque actualizado en relación al VIH en nuestro país y su vínculo con esta población y sus prácticas sexuales. Se presentan los estudios que frecuentemente se emplean para diagnosticar la infección, los tratamientos y un análisis sobre la calidad de vida de una persona que vive con VIH desde una perspectiva de derechos.

¿A qué se le denomina ITS?

Las ITS comprenden un conjunto de enfermedades infecciosas, de variadas etiologías, que se manifiestan de diferente manera. No toda infección del tracto reproductivo (ITR) es una ITS, ni toda ITS se traduce en una enfermedad del tracto genital. Muchas de las ITS son de expresión clínica esencialmente local o loco-regional, mientras que otras se manifiestan fuera de la esfera genital y por síntomas sistémicos (MSP, 2005).

Las ITS constituyen, un problema para la salud pública en nuestro país y en el mundo tanto por su incidencia como infecciones agudas, como por sus complicaciones y secuelas, así como por su repercusión socio-económica. El control de las ITS debe ser considerado entonces fundamental para mejorar la salud de la población. Si bien la dimensión exacta del problema no es fácil de conocer, por el sub-registro existente y por las dificultades en realizar un diagnóstico precoz, la OMS estimó en el 2005 que 1 de cada 20 personas padecía una ITS al año.

12 Cátedra Enfermedades Infecciosas. Departamento de Parasitología y Micología. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Además de los avances en el término ITS, ha habido otros vinculados a las denominaciones que se le da a quienes las padecen, y a las formas en que se transmiten. Por ejemplo, **es importante cuando se habla de ITS, tanto de VIH como de otras, sustituir el término “contagiar” por los términos “transmitir” y “contraer”** dado que el primero conlleva una connotación negativa y estigmatizadora, donde se da a entender que quien padece una ITS es culpable por eso. Algo que no ocurre con otras enfermedades prevalentes en nuestra sociedad.

Anteriormente se describía una serie de grupos que se consideraban “de riesgo” (se incluía en este grupo a trabajadoras/es sexuales, varones gays y usuarias/os de drogas intravenosas). Actualmente se ha avanzado a considerar a un espectro amplio de personas como poblaciones de alta prioridad, considerando no solo el riesgo estadístico, sino la vulnerabilidad. Esto significó ampliar la mirada, y pasar a tomar en cuenta no sólo el tipo de práctica sexual habitual o la exposición a conductas de riesgo (como podía ser el uso compartido de jeringas), sino la totalidad de factores que intervienen generando desigualdades y condiciones de exclusión social que impacta en diversos grupos poblacionales. En este sentido, en 2013 el Plan Estratégico Nacional de ITS-VIH/SIDA 2014-2015 del Ministerio de Salud Pública establece como poblaciones prioritarias de sus esfuerzos para acciones específicas a:

Poblaciones prioritarias MSP

- Personas trans
- Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)
- Trabajadoras y trabajadores sexuales
- Personas privadas de libertad
- Usuarios/as de drogas inyectables y no inyectables
- Mujeres embarazadas y recién nacidos
- Mujeres y niños/as
- Adolescentes y jóvenes sexualmente activos de ambos sexos

Una de las principales herramientas para la prevención es la educación. La Ley General de Educación Nro. 18.437 aprobada en el año 2008, estableció dentro de sus ejes transversales la inclusión de educación sexual en todos los niveles. Uno de los objetivos es transformar los estereotipos discriminatorios por motivos de edad, género, raza, etnia, identidad de género u orientación sexual. Esta normativa además de habilitar el diálogo sobre ITS en los centros educativos, significa la entrada legal de contenidos referidos a diversidad sexual en todos los niveles, lo que permitiría educar en claves de diversidad y combatir las históricas desigualdades,

discriminaciones, estigmatizaciones y exclusiones. Se debe continuar reforzando esta línea para que todos/as reciban una educación integral de calidad que permita a niños, niñas y adolescentes decidir autónomamente sobre su salud sexual y reproductiva en el futuro, contando con toda la información necesaria para que sus derechos no sean vulnerados.

	Agente causal	Boca Boca	Boca Pene	Boca Ano	Boca Vagina	Penetrac. Anal	Penetrac. Vaginal	Penetrac. juguetes sexuales	Manos Genitales
Hepatitis A	Virus	No	No	Sí	No	No	No	Sí	No
Hepatitis B	Virus	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Hepatitis C	Virus	No	(*)	(*)	(*)	Sí	(*)	(*)	No
VIH	Virus	No	(*)	(*)	(*)	Sí	Sí	Sí	No
Candilomas	Virus	Sí(1)	Sí(1)	Sí(1)	(*)	Sí(1)	Sí(1)	(*)	Sí(1)
Herpes Genital	Virus	Sí(1)	Sí(1)	Sí(1)	Sí(1)	Sí(1)	Sí(1)	(*)	Sí(1)
Sífilis	Bacteria	Sí(1)	Sí(1)	Sí(1)	Sí(1)	Sí(1)	Sí(1)	(*)	Sí(1)
Gonorrea	Bacteria	(*)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	(*)	Sí

(1): Es posible la transmisión si existe lesión.

Fuente: Montoya Herrera, 2008, p.73.

(*): Bajo riesgo.

Prevención de las infecciones de transmisión sexual

Mantener relaciones sexuales siempre implica un riesgo potencial de contraer una ITS, la probabilidad disminuye con distintas estrategias de prevención. La estrategia más difundida es el uso de los métodos de barrera, y su efectividad dependerá de la práctica sexual que se mantenga y de la ITS que se busque prevenir. En cuanto al uso de los métodos de barrera, muchas personas deciden voluntariamente no usarlos y otras no pueden negociar su uso con

sus compañeros/as sexuales. Además, se ha promovido de forma casi exclusiva, el uso del preservativo masculino para las prácticas que implican penetración. Pero no se han promovido tanto medidas de protección para otras prácticas, que también son potencialmente riesgosas, como el sexo oro-genital a partir del cual se transmiten varias ITS, sobre todo sífilis, herpes y la gonorrea. Las practicas oro-genitales no dependen de la orientación sexual ni identidad de género, por lo que en este sentido no hay recomendaciones específicas para población LGBT. Lo verdaderamente importante es colaborar para la difusión de la necesidad del uso de métodos de barrera en el sexo oral, y el empoderamiento de las personas para la prevención de la transmisión de ITS por esta vía.

Los métodos de barrera pueden emplearse en cualquier superficie de contacto con piel y mucosas. Se utilizan:

- el campo de látex – dique dental
- el preservativo masculino
- el preservativo femenino

A la hora de hacer recomendaciones a los/as usuarios/as, es fundamental conocer detalladamente el tipo de práctica frecuente y esporádica de las personas: en el caso de penetración anal o vaginal, con el pene o juguetes sexuales, utilizar el preservativo masculino o femenino; y en el caso de contacto oro-genital, el preservativo masculino o el campo de látex. Aquí se presentará sólo el uso del campo de látex y preservativo femenino, que son los métodos de barrera menos conocidos.

El campo de látex puede realizarse con un preservativo masculino, recortado con una tijera, lo que genera un cuadrado de látex que se usará como barrera. La barrera evita el contacto con las secreciones corporales, puede utilizarse para practicar sexo oral vaginal y/o anal. Es un método casero, algo artesanal y a veces la superficie que abarca acaba siendo pequeña. Se sugiere usar los preservativos extra grandes para que las barreras sean más apropiadas. A su vez, se debe indicar que cada campo de látex **solo** se emplea una vez y se tira.

El preservativo femenino, no es muy utilizado en Uruguay. Está disponible en el mercado y en algunas instituciones de salud hace relativamente poco. En otros países de la región como Brasil, tiene un uso extendido en la población. En relación a la colocación, el anillo interno, situado en el extremo más pequeño del preservativo femenino, debe deslizarse profundamente en la vagina o el ano. Aunque en un inicio no hayan sido diseñados para el sexo anal, frecuentemente también se utilizan para esa práctica. El anillo más pequeño puede quitarse para mantener sexo anal, si es que incomoda a alguna de las partes. Es recomendable colocarlo algunos minutos antes de la práctica sexual para que el material se vuelva más flexible.

Obstáculos para la implementación de los métodos de barrera

- Falta de información
- Falta de dispositivos adecuados
- Costumbres
- Creencia de que disminuyen el placer y satisfacción sexual
- Etapas pre- contemplativas y contemplativas con respecto al riesgo
- Vínculo asimétrico (ejercicio de poder/violencia)

En cualquiera de los casos es importante detectar oportunamente una ITS para intervenir mejorando la salud individual y colectiva disminuyendo la transmisibilidad. Esto es especialmente relevante para las personas LGBT en un país pequeño como Uruguay en que el denominado “ambiente” es reducido, por lo cual es alta la probabilidad de compartir o haber compartido un/a compañero/a sexual. Además, en general el acceso a los servicios de salud para consultar por algunos síntomas que pueden estar relacionados a alguna de las ITS suele dilatarse por barreras culturales, donde se suele asociar por parte de la población así como el equipo de salud a las ITS con “inmoralidad”, “promiscuidad”, “vergüenza”, entre otros. Sumado a lo anterior, esta situación expone la sexualidad en la consulta médica, algo que no está naturalizado. La población LGBT históricamente ha sido violentada desde diferentes dispositivos y en distintos ámbitos incluyendo el sanitario y puede sentirse que será juzgada, discriminada y estigmatizada.

ITS en LGBT - Estrategias de prevención

Hepatitis A / VHA

Es una enfermedad causada por el virus de la hepatitis A (VHA). ***El virus se transmite a través de las heces de las personas infectadas.*** Este tipo de Hepatitis suele ser un problema sanitario en la región. Existen vacunas eficaces y seguras, de virus inactivados, para prevenir la enfermedad. En el período 2005 - 2007 se notificaron 21 brotes de Hepatitis A en nuestro país (Romero et al, 2012). Desde el año 2008 se encuentra disponible la vacuna de forma gratuita en los prestadores de salud de nuestro país dentro del esquema de inmunizaciones de niñas y niños. ***La práctica sexual de mayor riesgo para la transmisión de esta hepatitis viral es el contacto oral – anal sin campo de látex,*** aunque el uso del mismo

no la previene completamente dado que el virus puede encontrarse en las superficies perineales. Todas las personas que tienen ese tipo de prácticas habitualmente tienen indicación de vacunarse contra la Hepatitis A. Antes de indicar la vacuna es necesario conocer el estado serológico para VHA dosificando la IgG específica en sangre, para ello se solicita serología de VHA (IgG).

Hepatitis B / VHB

Causada por el VHB, la hepatitis B por lo general se transmite cuando la sangre, el semen, secreción vaginal u otro líquido corporal de una persona que tiene el virus ingresa en el cuerpo de otra persona que no está/estuvo infectada ni vacunada. Por tanto, la vía sexual es eficaz para transmitirla. Hasta un 10 % de las infecciones del adulto evolucionan a la cronicidad bajo forma de hepatitis persistente o activa, es decir que circula el virus en sangre y la persona puede transmitir la infección. Todas las personas menores de 24 años se encuentran vacunadas por una disposición ministerial, que incluyó la vacuna en niños en el esquema de vacunación, pero los/as mayores de 24 años no siempre han accedido y se recomienda se vacunen. La probabilidad de transmisión es mucho mayor que la del VIH, más allá de la orientación sexual. En Uruguay la prevalencia global se considera baja (menor a 2%), aunque estas cifras pueden llegar a situarse en rangos de prevalencia intermedia o elevada en varones gays (2%-7% o mayor a 8%), aunque no existe una estadística sistematizada. Actualmente la vacunación preventiva para la Hepatitis B está disponible en todos los servicios de salud, se puede recomendar a personas sexualmente activas y es la forma más eficaz de prevención. Es gratuita para varios grupos poblacionales incluyendo, mujeres trans y varones que tienen relaciones sexuales con otros varones. Cuando el/la profesional indica la vacuna, no es necesario especificar la pertenencia del/a usuario/a a ningún grupo poblacional específico. Los métodos de barrera utilizados adecuadamente también son una forma eficaz de prevención para esta infección y deben ser recomendados sistemáticamente. Antes de indicar la vacunación contra VHB es necesario conocer el perfil serológico de la persona. En el caso de que no esté infectada ni vacunada (perfil no reactivo), está indicada la vacuna. En el caso de que la persona esté infectada con VHB y con virus circulando (virémicos. formas agudas y crónicas) está fuertemente indicado vacunar los contactos sexuales y convivientes.

Hepatitis C/ VHC

El VHC se transmite a través de la sangre, aunque raramente se ha detectado en el semen y los fluidos vaginales, se plantea que también puede transmitirse por vía sexual. El riesgo de transmisión sexual puede ser más elevado cuando una mujer cursa el período menstrual. La transmisión sexual de VHC entre parejas de dos varones o dos mujeres no ha sido bien

estudiada aún, sin embargo se han descrito brotes en comunidades de varones gays lo que hace planteable una mayor susceptibilidad entre los mismos. En este caso es importante la utilización de métodos de barrera ya que no hay vacuna específica. Se recomienda el testeo periódico de esta infección en población sexualmente activa y particularmente en quienes son o fueron usuarios de drogas endovenosas para realizar diagnóstico temprano y tratamiento específico. Para ello debe solicitarse serología de VHC.

VPH (Virus Papiloma Humano)

Este virus infecta las células de los epitelios. El desarrollo del virus dentro del organismo tiene dos etapas: de latencia (momento en el que no hay lesiones visibles) y manifiesta (cuando el virus ingresa a la célula y pasa a conformar su ADN, provocando lesiones que van de leves, moderadas a severas). ***La transmisibilidad de la infección es muy alta, considerándose a todo contacto sexual como potencialmente transmisor.***

El VPH puede ser adquirido por contacto piel con piel, incluso en el contacto de la mano con los genitales de una y otra parte de la pareja (mujeres lesbianas y varones trans heterosexuales incluidos). También si se usan y comparten juguetes sexuales sin una higiene adecuada.

El virus puede persistir toda la vida y son frecuentes las reinfecciones. Existen más de 100 genotipos y al menos 30 son de transmisión sexual. Se asocia con el cáncer escamoso en múltiples localizaciones, la mayoría de ellas están muy expuestas en las relaciones sexuales, en las cuales el virus se transmite directamente entre los epitelios.

- Cuello uterino
- Ano y canal anal
- Vulva, vagina, pene
- Cavidad oral y orofaríngeo

Existen serotipos de VPH que causan condilomas (verrugas) sin poder de transformación en cáncer. Serotipos según la capacidad de producir cáncer:

- Bajo grado: 6, 11, 43, 54, 61, 70, 72 y 74.
- Alto grado oncogénico: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 42, 44, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 67.

Es importante recordar que en nuestro país se detectan aproximadamente 350 casos anuales de cáncer de cuello uterino, donde un tercio de ellos tiene desenlace mortal para la persona. Las poblaciones de mujeres lesbianas y varones trans tienen dificultades en el acceso al sistema de salud que pueden generar diagnósticos tardíos y peor pronóstico.

El cáncer anal, al igual que el cáncer de cuello de útero, se vincula en su mayoría a la infección por VPH y puede ser desarrollado por personas de cualquier sexo. La forma de detección en ambos casos es la realización del PAP (cervical o anal). Se buscan células causantes transformadas en lesiones epiteliales. **Está indicado tanto para mujeres como para varones que practican sexo anal receptivo, y para aquellas personas que presentan lesiones por VPH en cuello de útero o verrugas genitales. También se recomienda para mujeres y varones con VIH.** El examen visual anal con anoscopía es la técnica complementaria que está indicada en personas que practican sexo anal frecuentemente o en quienes el PAP anal muestra células alteradas.

En nuestro país el tamizaje para este virus y de lesiones pre-malignas a nivel anal es poco frecuente, y no está disponible de forma masiva. Puede realizarse en algunos centros a nivel público como el Hospital de Clínicas (Udelar), Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Enfermedades Infecciosas Contagiosas (SEIC) e Instituto Nacional del Cáncer como parte de sus prestaciones a usuarios/as de ASSE.

Para el tratamiento se requiere trabajo en conjunto, donde tienen que participar de las decisiones terapéuticas dermatología, ginecología y urología. Los tratamientos no curan la infección por VPH pero oportunamente frenan la progresión. Por otro lado, el tratamiento de la pareja sexual, en caso de tenerla, es innecesario si no presenta lesiones. Igualmente la mayor parte probablemente ya tienen infecciones subclínicas con el VPH.

El mayor riesgo de desarrollo de cáncer anal vinculado a la infección por VPH lo presentan las personas viviendo con VIH con inmunodepresión e infección anal por VPH, lo cual está vinculado a las prácticas sexuales anales frecuentes. Los varones gays y las mujeres trans con VIH son por tanto quienes sin duda deben realizarse PAP anal periódicamente.

Los métodos de barrera son una herramienta eficaz contra la infección por VPH, si bien no es posible disminuir la transmisión a cero, dado que es imposible evitar el contacto de la piel infectada en distintos sectores (ej: periné).

La vacunación es una estrategia más de prevención disponible. La vacuna es segura y previene la infección por los serotipos de VPH para los cuales está diseñada, que son algunos de los de mayor poder oncogénico. En Uruguay es gratuita para adolescentes mujeres nacidas a partir del año 2001, debiéndose vacunar a los 12 años de edad. Si bien está recomendada, no es de carácter obligatorio. Su optimización máxima se obtiene cuando aún el/la adolescente no se ha iniciado sexualmente.

Desde el punto de vista individual y colectivo es posible recomendarla para varones y mujeres sin importar identidad de género u orientación sexual, idealmente antes del inicio de las relaciones sexuales o de lo contrario hasta los 26 años. Además de la vacuna, es importante la detección precoz de lesiones tanto en cuello de útero como en ano como ya se comentó.

Signos y síntomas comunes de las ITS con manifestaciones genitales

<i>Signos y síntomas comunes de los principales síndromes de las ITS y sus etiologías (Cabral et al, 2009, p. 82)</i>		
Síndrome	Síntomas	Signos
Secreción vaginal	<ul style="list-style-type: none"> • Flujo vaginal • Picazón en vulva y vagina • Dificultad y/o dolor al orinar • Sensación de no haber terminado de orinar luego de hacerlo • Sensación de no poder contener la orina • Dolor durante las relaciones sexuales con penetración 	Secreción vaginal
Secreción uretral	<ul style="list-style-type: none"> • Secreción anormal en el pene proveniente de la uretra • Dificultad y/o dolor al orinar • Sensación de no haber terminado de orinar luego de hacerlo • Sensación de no poder contener la orina • Dolor en los testículos 	Secreción uretral
Úlcera genital	<ul style="list-style-type: none"> • Llagas dolorosas o no dolorosas, únicas o múltiples, recurrentes o no, que pueden presentarse en los genitales, alrededor del ano o en la boca 	Úlceras genitales

Tumoraciones genitales	<ul style="list-style-type: none"> • Verrugas en la zona genital o anal 	<p>No causan síntomas</p> <p>Pueden verse en distintos tamaños</p>
Dolor abdominal bajo	<ul style="list-style-type: none"> • Inflamación y dolor escrotal • Inflamación y dolor en la zona pélvica 	<p>Dolor abdominal bajo o dolor escrotal</p>

VIH y población LGBT

Surgimiento del VIH y su denominación como la “Peste Rosa”

La aparición del VIH en los años 80 incrementó el estigma de la población gay, que por esos años había comenzado recientemente su lucha contra la discriminación social. En la época se consideró a los homosexuales como los principales portadores de “la peste”, por eso el VIH fue llamado la “peste rosa”, como si fuese una infección exclusiva de esta población.

Según Muñoz (1996), existen dos estrategias discursivas opuestas, denominadas: “el discurso de la promiscuidad” y “el discurso del sexo seguro”. El primero surgió a comienzos de los 80, y afirmaba que el VIH es causado por conductas promiscuas. Desde el prejuicio de que el estilo de vida de los homosexuales es promiscuo se construye la idea de que son “culpables” de la propagación de esa enfermedad. Incluso desde algunos sectores del catolicismo, se divulgó que el VIH era el castigo divino hacia los homosexuales. El discurso de la promiscuidad sentaba sus bases en el miedo y como método de prevención se recomendaba la monogamia, “tener pareja estable”. Aún hoy, aunque las personas con pareja estable sean menos propensas a infectarse, esto no determina que tener pareja estable prevenga el VIH.

Durante la década del 90 surgió “el discurso del sexo seguro” con una paulatina destigmatización de los homosexuales, vinculada con un crecimiento de la transmisión heterosexual del virus. Las primeras guías de sexo seguro fueron impulsadas desde organizaciones de la diversidad sexual, haciendo énfasis en la dimensión del placer. Las autoridades sanitarias del momento definieron como población riesgo a las mujeres amas de casa, heterosexuales promiscuos y adolescentes (Muñoz, 1996).

Actualmente la estrategia prioritaria es ofrecer la prueba de detección de VIH masivamente, esto además de responder a la necesidad de diagnóstico precoz para un tratamiento oportuno en todas las personas, ayuda a la des-estigmatización de la realización de la prueba, y a impedir que los profesionales la soliciten solo en caso de varones gays o mujeres trans.

Conceptualizando al VIH/SIDA

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) al ingresar al cuerpo humano se instala en aquellos glóbulos blancos que se encargan de la defensa del organismo contra las diferentes enfermedades a las que las personas se ven expuestas a lo largo de su vida.

El virus ingresa en estas células específicas (linfocitos TCD4+), vive, se multiplica y las destruye, debilitando esta defensa natural que tiene todo organismo para responder contra las infecciones. A medida que la infección avanza, la concentración de linfocitos comienza a descender. A lo largo de los años, si la persona no inicia un tratamiento, la carga viral cada vez se hace más alta y los linfocitos cada vez más bajos. Cuando una persona no está bajo tratamiento, a los 10 años la evolución de la infección es rápida y se presentan importantes infecciones y tumores que ponen en riesgo su vida. Esto puede llevar a estadios avanzados, desarrollándose el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA), que puede desencadenar, si no se trata a tiempo, con la muerte.

En el contacto sexual entre dos individuos sero-discordantes (uno con VIH y el otro no) es mucho menos probable la transmisión del virus que el adquirirlo. Esto, entre otras variables, hace que la percepción de riesgo por parte de la población general sea muy baja. Es importante detectar a tiempo los nuevos casos, porque dada la ausencia de síntomas, en la mayoría de las ocasiones las nuevas infecciones son generadas por personas que no saben que están infectadas. Por otro lado, la capacidad de infección es mayor en los primeros meses, ya que la cantidad de virus en el organismo alcanza niveles altos en sangre.

El riesgo de transmisión del VIH está relacionado con distintos factores

Qué fluidos corporales pueden transmitir la infección:

Dentro de los fluidos potencialmente transmisores se encuentran: los fluidos sexuales (semen y líquido vaginal), el moco de la vagina y el ano, la sangre y la leche materna. ►

Cómo se produce la infección, lo que se denomina “vías de infección”, cuyas vías más habituales son el contacto con las membranas mucosas de los genitales o el ano, las úlceras, llagas, desgarros o microabrasiones (cortes microscópicos) en el tejido genital (en el recubrimiento de la vagina, el pene o el ano) y cualquier vía que conduzca directamente al flujo sanguíneo, como los cortes en la boca. El compartir agujas y material de inyección comporta uno de los mayores riesgos de transmisión del VIH. Esto se debe a que es una vía directa entre los flujos sanguíneos de dos personas (Hernández y Martínez, 2013).

La carga viral plasmática, en semen y fluido vaginal. Es el factor más importante para determinar la posibilidad de transmisión del VIH. La carga viral indetectable, que se produce a través de la administración de antirretrovirales disminuye drásticamente la probabilidad de transmisión por lo que es una medida muy eficaz para disminuir el número de nuevas infecciones, “tratamiento como prevención” (Hernández y Martínez, 2013; MSP, 2014).

Principales mitos sobre las vías de transmisión del VIH

- No hay riesgo de transmisión por compartir el mate
- No hay riesgo de transmisión por intercambiar saliva en un beso
- No hay riesgo de transmisión por compartir una pileta
- No se contrae por colocar la mano sobre los genitales de la otra persona
- No se contrae por contacto en la piel de fluidos sexuales
- El sudor no es una vía de transmisión
- La orina, las heces y los esputos no tienen capacidad de transmitir el virus
- No se adquiere por mordiscones de una persona infectada
- No se adquiere por una picadura de insecto
- No se transmite a través de los animales
- El virus muere al entrar en contacto con una superficie inanimada en un minuto
- No es necesario que la persona infectada en su casa tenga su propio plato, vaso, botella, etc, ya que no representa una amenaza para su núcleo familiar

Prácticas sexuales y VIH

Muchas prácticas sexuales no suponen un riesgo de transmisión del VIH, entre ellas se incluye la heteroestimulación (masturbación a la pareja) y dar besos o besos profundos.

Prácticas sexuales de baja probabilidad de transmisión del VIH: El sexo oral es de bajo riesgo a nivel general, aunque, algunas particularidades pueden aumentar el riesgo, como por ejemplo: La presencia de cortes en la boca, sangrado de encías o carga viral muy elevada. Asimismo practicarle sexo oral a una mujer conlleva menos riesgo que a un varón, es más difícil que el fluido vaginal o cervical llegue a la boca. Para la prevención con métodos de barrera en general se utiliza el campo de látex y el preservativo masculino.

Prácticas sexuales de más alta probabilidad de transmisión del VIH: penetración vaginal (el mayor riesgo es para el quien practica sexo vaginal receptivo); penetración anal (el mayor riesgo es para quien practica sexo anal receptivo); penetración con juguetes sexuales que presentan fluidos como semen o secreción vaginal. Para estos casos se recomienda el uso de métodos de barrera (preservativo masculino y femenino).

Elementos que aumentan la probabilidad de transmisión del VIH

- Encuentros sexuales prolongados o múltiples durante un mismo período de tiempo (pueden provocar daño en los tejidos debido a la fricción)
- Si el grado de intensidad de la práctica sexual es elevado (provoca pequeños desgarros)
- Determinantes personales, como la presencia de receptores específicos de las células CD4 que aumentan la probabilidad de transmisión.
- Si se emplean drogas y/o alcohol (pueden provocar una desinhibición que altere las conductas de auto cuidado y toma de decisiones en cuanto a los métodos de barrera)

En suma: la probabilidad de transmisión del VIH depende de muchas variables. Las estrategias de prevención en población LGBT necesariamente implican conocer el tipo de práctica sexual habitual y esporádica de la persona, para confeccionar el mejor plan de prevención, poder explicar adecuadamente cuales son las vulnerabilidades específicas y trabajar sobre ellas. No es recomendable intentar disuadir o modificar el tipo de práctica sexual, así como adjetivarla con carácter “correctivo”. Esto es violatorio de los derechos de las personas y además es ineficaz.

VIH – Primoinfección

En la primoinfección, con la entrada del virus inicialmente en la mucosa y luego en el torrente circulatorio del individuo, se produce lo que se conoce como seroconversión, el periodo en el que empiezan a generarse en el organismo las respuestas inmunitarias frente al VIH. Por lo general, esto sucede en las primeras 2 a 4 semanas. Durante este periodo, hasta el 80% de las personas presentan síntomas y éstos pueden durar de unos pocos días a unas pocas semanas (MSP, 2014).

Principales síntomas de la primoinfección

Se pueden confundir con los de una gripe, aunque el 20% de las personas que se infectan por VIH no presenta ningún síntoma. Entre los síntomas se incluyen:

- Fatiga (cansancio)
- Fiebre
- Dolor de garganta
- Exantema cutáneo (rash)
- Dolor de cabeza
- Pérdida de apetito
- Dolor muscular y de articulaciones
- Inflamación de los nódulos linfáticos

Periodo ventana

El periodo ventana es el tiempo que transcurre entre la exposición al VIH (cuando este se trasmite) y el momento en que la prueba proporcionará un resultado reactivo. Esto depende del test que se realice para la detección, en nuestro país, en la mayoría de los que se emplean, este período es de 2 a 4 semanas. Durante el periodo de ventana, una persona puede tener VIH y ser capaz de transmitir la infección, pero dar negativo en la prueba del VIH.

VIH en el mundo y en Uruguay

Según el informe elaborado por ONUSIDA el número de personas con VIH está en aumento, debido no solo a las nuevas infecciones, sino a la accesibilidad al tratamiento antirretroviral, que contribuyó a la disminución de la mortalidad por SIDA. Por causas relacionadas con el

SIDA, en el 2011 murieron 1.8 millones de personas en el mundo, un avance significativo en relación al tope máximo alcanzado en el año 2000 cuando murieron 2.2 millones de personas en el mundo (MSP, 2013). A nivel regional, la epidemia de VIH en los países latinoamericanos es estable, aproximadamente son diagnosticados 100.000 nuevos casos por año. En América, el Caribe es la región más afectada por la epidemia del VIH y la segunda a nivel mundial, solo detrás de África. Asimismo, en América Latina el número de personas que murieron por causas relacionadas con el SIDA disminuyó en un 10% entre los años 2005 y 2011.

La infección por el virus del VIH en Uruguay, en la mayoría de los casos, se produce por vía sexual (en un 99,9%), mientras que el restante 0,1% se produce por vía vertical o por compartir jeringas para uso de drogas intravenosas. El 40% de los diagnósticos se realizan en momentos avanzados de la infección. Anualmente se detectan alrededor de 1.000 nuevos casos, en 2012 se notificaron 3 casos de VIH cada 10.000 uruguayos, 4/10.000 hombres y 2 /10.000 mujeres (MSP, 2013). Si se analiza por zona geográfica, se encuentra que en el período 2011-2013, los departamentos que presentan una mayor proporción son Montevideo, Maldonado, Rocha, Salto y Rivera. Las principales explicaciones de esta mayor incidencia son las características sociales, culturales, el turismo y la movilización demográfica, entre otros (MSP, 2013).

Actualmente se estimula y ofrece el testeo gratuito, y desde el año 2011 se hace anualmente una jornada masiva de diagnóstico en centros públicos. Esto ha generado que aumenten los casos diagnosticados en el país (14.000), lo que no significa que haya un incremento en el número de personas infectadas.

A nivel nacional la prevalencia de infecciones se estima alrededor de un 0,5 % de la población en general, es decir, cada 200 uruguayos/as existe un infectado/a con el VIH. Las mujeres presentan una tasa más pequeña, se estima en un 0,4 %. Si se desglosan los datos, se observa que hay grupos de personas más afectados que otros. En Uruguay las mujeres trans que ejercen el trabajo sexual tienen una prevalencia de un 20%. Entre los varones gays y otros varones que tienen sexo con varones, la prevalencia sería más alta que en el resto de la población (9,7%). Sin embargo, existen sesgos en el marco muestral (particularmente los referidos a varones gays), porque algunos de los datos se obtuvieron en boliches “gays friendly”, incluyendo en la muestra un alto número de trabajadores/as sexuales (Centurión et al, 2008; MSP 2013; MSP 2013b). Los números presentados concuerdan con los datos que presentan Estados Unidos y varios países de Europa en las últimas décadas, donde la relación de prevalencia es 2 a 1 a favor de varones, generalmente gays y jóvenes.

Más allá de que no se quiera estigmatizar ni asociar el VIH al colectivo de personas LGBT, estos datos deberían ser tenidos en cuenta a la hora de implementar medidas efectivas que reviertan y controlen la situación.

Calidad de vida y VIH

Vivir con VIH en la actualidad es muy distinto a como era en la década de los 80 o 90. Paulatinamente la expectativa y calidad de vida ha ido mejorando y especialmente en la última década se han logrado importantes avances. Si se realiza diagnóstico temprano, se establece un tratamiento eficaz y se retiene a la persona en el sistema con el cuidado y tratamiento indicado, el VIH puede ser considerado una enfermedad crónica, como lo son la diabetes o una enfermedad cardíaca, siendo incluso menos sintomática y con mejor pronóstico. En estas condiciones la expectativa de vida es similar a la de la población general.

Los antirretrovirales (ARV) son los medicamentos específicos utilizados para combatir el VIH. En la actualidad, continuamente surgen nuevos fármacos y asociaciones de fármacos que tienden a mejorar la calidad de vida, disminuyendo los efectos no deseados y tendiendo a la posología en dosis únicas. De no haber iniciado nunca un tratamiento, la mayoría de las personas tarda entre 8 y 10 años para comenzar a padecer los síntomas más graves. Como se mencionó, en Uruguay el 40% de los diagnósticos se dan en estadio SIDA, aspecto que complica el mantenimiento de una buena calidad de vida de esas personas. De hecho, preocupa el aumento de diagnósticos en los últimos años en este estadio para ambos sexos. Según el análisis de los certificados de defunción del año 2012, se registraron 193 fallecimientos por SIDA, siendo 142 varones y 51 mujeres (MSP, 2013).

Sobre la letalidad por SIDA, en Estados Unidos la tasa de muerte por esta causa es bastante baja, desde el 1999 hasta la fecha ha continuado bajando progresivamente. Históricamente en ese país y España han sido más afectados los varones y también han muerto más. Respecto de la región, en Argentina y Chile la mortalidad bajó en relación a décadas anteriores, aunque se mantiene más alta que en los países desarrollados. En Uruguay nunca disminuyó, a pesar que desde el año 2000 están todos los medicamentos disponibles. Probablemente el principal factor explicativo sea el diagnóstico tardío. Uruguay ocupa el tercer lugar en inversión de medicamentos, no obstante, presenta las peores estadísticas de la región y, hasta el momento, si bien ha descendido la letalidad, la mortalidad se ha mantenido estable y no se logró obtener la pendiente de disminución.

Las pautas establecen que debe ofrecerse a todas las personas con VIH iniciar el tratamiento sin importar cuál sea su recuento de células CD4. En todos los casos es recomendable seguir el tratamiento más adecuado dependiendo del caso en particular. Hoy en día se emplean entre 1 y 6 comprimidos, con escasos o nulos efectos no deseados (MSP, 2014).

No existen circunstancias ni médicas, ni socio-culturales o económicas, que hagan necesario excluir a una persona del tratamiento ARV. En Uruguay, de las 17.000 personas que se estima

están infectadas y de las 14.000 diagnosticadas sólo unas 5.000 se encuentran bajo tratamiento. La meta es tratar al 90% de las personas VIH positivas lo cual requiere el diagnóstico de las mismas y la retención en los cuidados.

Para realizar el diagnóstico oportuno y retención en cuidados es necesario que el sistema de salud sea amigable a la comunidad LGBT. Esto no significa centros diferenciales y/o exclusivos sino el respeto de los derechos por parte de todo el personal, en cualquier circunstancia, en todos los centros de salud. Además, requiere establecer centros amigables con horarios diversos y disponibilidad de sistemas de prevención, testeo y tratamiento, sin cuestionamientos a la conducta de los/as usuarios. Nuestro sistema de salud aún está muy lejos de esta realidad. El proceso de inclusión y naturalización de la atención de personas con VIH es una realidad en algunos sitios, pero aún no está generalizada.

VIH y diagnóstico temprano

En Uruguay, en los últimos años, las estrategias de diagnóstico se han ido expandiendo. Se ha hecho más natural para las/os usuarios el solicitar un test para VIH, algo que hasta no hace muchos años se pedía con mucho temor, con la voz baja, por el estigma asociado a la infección y por las representaciones que tienen las personas sobre la misma. Las pruebas rápidas están disponibles en casi todos los servicios del primer nivel de atención especialmente en Montevideo y área metropolitana y casi exclusivamente en el subsector público. Igualmente, resta mucho por hacer en camino a naturalizar la solicitud del diagnóstico.

Cuando se realiza un diagnóstico temprano de VIH con la presencia de CD4+ se obtiene:

- Menor morbilidad
- Menor mortalidad
- Mejor calidad de vida y expectativa de vida
- Disminución de la transmisión del VIH entre las personas

Desde 2009 diferentes estudios muestran que, cuando la pareja es serodiscordante y el individuo que está infectado por VIH tiene la carga viral indetectable, la transmisión tiende a cero. Cuando la carga viral es indetectable en la sangre, frecuentemente también es indetectable en el semen y la secreción vaginal, por lo tanto, es muy baja la chance de transmisión mediante relaciones sexuales, aunque incide el tipo de práctica sexual que se realiza.

La utilización de preservativo presenta lo que denominamos un “tope conductual”, se estima que solo se usa en la mitad de las relaciones sexuales independientemente de las recomendaciones y del conocimiento sobre la importancia del uso del mismo para evitar la trasmisión del VIH.

Seguimiento de las personas con VIH

El objetivo más importante del tratamiento antirretroviral (TARV) es mantener la carga viral del VIH indetectable. Si esto no sucede, se está frente a un fallo de adherencia a la TARV, interacciones o resistencia del virus. En el seguimiento es imprescindible medir periódicamente la carga viral (copias de ARN viral/ml de sangre) y, frente a una carga viral detectable, deben rápidamente realizarse estudios y cambios en el TARV con el objetivo de mantenerla indetectable. La carga viral indetectable es el factor protector más importante para evitar el desarrollo de resistencia del VIH a los ARV.

El control periódico se realiza además con la medición de linfocitos TCD4+, estos idealmente deben estar altos para evitar la aparición de enfermedades oportunistas (MSP 2014).

Estrategias farmacológicas de prevención en VIH

Estas estrategias son eficaces y para evitar fracasos o resultados adversos relacionados con los fármacos o su indicación deben ser implementadas por médicos entrenados en su realización (Project Inform, 2013).

a. Profilaxis pre exposición

En nuestro medio no es frecuente la profilaxis pre-exposición (PreP) pero existe y, en otros países, se implementa con éxito. Se inicia el tratamiento con fármacos antirretrovirales a personas VIH negativas para impedir que se produzca la transmisión. Tiene una tasa de eficacia muy importante. Se utiliza tenofovir/emrticitabina, que son fármacos costosos y de difícil acceso. La persona debe estar registrada en un programa de profilaxis pre exposición, la adherencia debe ser alta, y puede tener complicaciones, sobre todo resistencia. Esta estrategia se puede poner en marcha en diversas situaciones, las más habituales son:

- Parejas no monogámicas que desconocen si sus parejas sexuales tienen VIH
- Pareja estable donde uno de los integrantes vive con VIH y no está indetectable

La mayoría de los trabajos que avalan esta estrategia se realizaron con parejas de varones gay, tanto en monogamia como en quienes tienen múltiples parejas sexuales.

b. Profilaxis post exposición

Consiste en el tratamiento con ARV a personas VIH negativas luego de que estuvieron expuestas a una posible transmisión. Es ideal el inicio en las primeras 6 horas, pero puede hacerse la 1° toma hasta 48-72 horas posteriores al contacto. La adherencia es importante y se mantiene el tratamiento por 4 semanas. Esta estrategia impide con alta eficacia la infección en el caso de que el virus haya estado en contacto con las mucosas en la relación sexual. Suele implementarse en:

- Accidente laboral
- Contacto sexual sin consentimiento (violación)
- Contacto sexual con consentimiento y sin utilización de métodos de barrera, con una persona VIH+ o con serología desconocida

Prevención de la transmisión de VIH por vía materno infantil/transmisión vertical

La transmisión madre-hijo/a (transmisión vertical) puede producirse durante el embarazo, el parto y la lactancia. La realización de la prueba de VIH durante el embarazo en el primer control, en el segundo y el tercer trimestre, permite detectar si existe o no infección prematuramente. Dentro de la población LGBT hay mujeres que, aún auto-identificándose como lesbianas, pueden haber cursado embarazos en el marco de vínculos heterosexuales o mediante algún tipo de tratamiento.

La transmisión del VIH de madre a hijo puede producirse durante el embarazo, parto/cesárea o lactancia. La medida más importante para prevenir la transmisión es mantener la carga viral indetectable durante todo este período, lo que se logra con la administración ARV que son seguros en esta circunstancia. Las mujeres embarazadas, o con deseos de tener un hijo/as, deben ser controladas por un equipo entrenado en estas estrategias de prevención y ARV, con lo que se obtiene un riesgo de transmisión menor a 2%. Debe sustituirse la lactancia por fórmulas de leche maternizada en todos los casos.

DDHH Fundamentales de las personas viviendo con VIH/SIDA

En 1988 se reunieron Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) de distintos países y elaboraron la Declaración de los Derechos Humanos de las personas con VIH/SIDA. La Declaración fue aprobada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se encuentra vigente en la actualidad.

Es conveniente que sean conocidos por el personal de salud, de modo que se encuentren capacitados para informar a usuarios/as y promover el ejercicio de sus derechos. Se debe tener en consideración que, en ocasiones, las personas LGBT previamente ya han sufrido vulneraciones y violaciones a sus derechos en distintos ámbitos y en sus variadas dimensiones. Por eso, ante la presencia de un diagnóstico de VIH+, es importante abordar este punto en algún momento del proceso. A continuación se enumerarán algunos de los derechos más destacados.

Declaración de los Derechos Humanos de las personas con VIH/SIDA

- Toda persona con VIH/SIDA tiene derecho a continuar ejerciendo su vida civil, profesional, sexual y afectiva y ninguna persona podrá restringir su pleno derecho a la ciudadanía.
- Ninguna persona está obligada a someterse al análisis de VIH ni a declarar que es portadora o portador de VIH o que ha desarrollado SIDA.
- Quien de manera voluntaria decida realizarse el análisis de VIH tiene derecho a que éste se haga en forma confidencial y a que el resultado del mismo sea manejado con absoluta reserva.
- Toda persona tiene derecho a recibir del personal de salud responsable, información sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y las alternativas existentes para su cuidado, en un lenguaje comprensible que le posibilite tomar las decisiones más adecuadas.
- Las personas seropositivas tienen derecho a la asistencia y a los tratamientos dados sin restricción alguna, de modo que garanticen su mejor calidad de vida.
- Deben recibir asistencia médica y hospitalaria oportuna, que incluya un trato digno, respetuoso y calificado, aún estando privadas de su libertad.
- Ningún empleador puede exigir la realización del análisis de VIH como condición para acceder a un puesto de trabajo o para permanecer en él.
- Ninguna persona en un trabajo público o privado, por el hecho de tener VIH o de haber desarrollado SIDA, puede ser despedida, suspendida u obligada a renunciar.
- Los centros educativos públicos o privados no pueden impedir bajo ningún concepto el acceso, sancionar o expulsar por su condición de salud a ninguna persona, sea ella menor de edad o adulta.
- Nadie puede tomar acción alguna que limite o impida el alojamiento, la participación en actividades sociales o deportivas, así como el libre tránsito dentro del territorio nacional, a las personas seropositivas.

El VIH/SIDA desde una mirada social

Las estadísticas a nivel internacional y nacional indican que el VIH/SIDA afecta en mayor medida a varones y - dentro de ese grupo- la epidemia se concentra en varones jóvenes, principalmente aquellos que se vinculan sexualmente con otros varones (independientemente de que se consideren a sí mismos gays, bisexuales o heterosexuales). En Uruguay, la proporción de casos del sexo masculino corresponde a 63.3% de todas las notificaciones (MSP, 2013). Aunque la principal explicación de estos datos responde a cuestiones biológicas, algunos factores que aumentan el riesgo de contraer VIH pueden asociarse al modelo hegemónico de masculinidad.

Uno de los mandatos de este modelo es la búsqueda de situaciones de riesgo como estrategia para reafirmar esa masculinidad, hecho que es importante para obtener el reconocimiento de los otros (López y Ferrari, 2008). Dentro del modelo hegemónico de masculinidad es esperable que los varones ejerzan su sexualidad sin demasiada censura. También suelen presentar cierta omnipotencia propia de superhéroes protagonistas de series televisivas, que los expone constantemente a situaciones de riesgo. Como aparece en distintos relatos (Lukomnik y Ramos, 2012), muchos varones que mantienen relaciones sexuales con otros varones y/o mujeres trans afirman que no son capaces de adquirir o transmitir ningún virus o ITS porque “tienen mujer” o porque “son sanos”.

Asimismo, los varones suelen presentar mayor incidencia de abuso de alcohol y otras drogas. Estos son factores de riesgo a la hora de contraer una ITS y también lo son a la hora de vivir con VIH. El consumo de estas sustancias afecta la calidad de vida y la capacidad de adherir a los tratamientos, promoviendo la aparición de otras infecciones y/o enfermedades que pueden revestir gravedad para la persona y repercuten en la continuidad del tratamiento. El consumo de drogas intravenosa (si bien poco usual en nuestro medio) es un factor de riesgo destacado y el mayor porcentaje de infecciones por esta causa corresponden al sexo masculino (Hernández y Martínez, 2013). Por esa razón, quienes proponen abordajes desde la reducción de daño recomiendan acciones como tener una jeringa propia con su correspondiente aguja y no compartirla. Estas recomendaciones se extienden para prevenir la Hepatitis C, dado que también se puede transmitir por esta vía. Otros estudios muestran una relación entre el uso de cocaína intranasal y fumable con la incidencia de VIH y otras infecciones (Rossi y Goltzman, 2012).

En algunas personas LGBT estos riesgos se ven potenciados, porque las situaciones de discriminación, estigmatización y exclusión que sufren en la vida cotidiana, hace más probable un acercamiento al consumo excesivo de alcohol y otras sustancias. En ocasiones, la presencia

de homo/lesbo/transfobia internalizada en estas personas hace que tengan una autoestima baja que no les permite tomar recaudos en sus relaciones sexuales, quedando expuestos/as a contraer una ITS (Ruiz, 2009).

Las ITS y el VIH/SIDA afectan a un número importante de personas en el mundo y en Uruguay. Para prevenir, detectar, controlar y tratar las distintas infecciones y enfermedades se debe educar sexualmente a la población. En la atención a la salud, esto puede trabajarse desde el primer nivel de atención, pero también en instancias educativas en todos los niveles.

Es importante propiciar espacios de formación para profesionales y equipos que trabajan en el sector salud que contemplen la sensibilización hacia personas LGBT. Se debe seguir avanzando en la gestión de estrategias de tratamiento y prevención de ITS en nuestro medio, incluyendo todas las herramientas disponibles en este sentido: educación, métodos de barrera, vacunas, profilaxis farmacológica y tratamiento como forma de prevención.

Referencias bibliográficas

- Cabral, J; Cruz, C; Ramos, U y De Fátima, P. (2009). Atlas de ITS. *Manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento*. D.F.: OMS.
- Centurión, M; Duranti, R; Hessling, M; Leone, G y Sotelo, J. (2008). Salud, VIH-SIDA y sexualidad trans. Atención de la salud de personas travestis y transexuales. *Estudio de seroprevalencia de VIH en personas trans*. Buenos Aires: Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.
- Failache, M. (Coord.) (2007). *Hablemos de VIH/SIDA*. Montevideo: ASEPO.
- Hernández, J y Martínez, F. (2013). *Transmisión sexual del VIH. Guía para entender las pruebas de detección y el riesgo en las prácticas sexuales*. Barcelona: Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH).
- López, P. y Ferrari, F. (2008). *Apuntes para el trabajo en sexualidad desde los enfoques de género, derechos y diversidad*. Montevideo: Gurises Unidos.
- Lukomnik, J. y Ramos, M. (2012). *Relevamiento de necesidades de salud en personas trans*. Montevideo: MYSU.
- Montoya Herrera, O. (2008). *Guía de orientaciones básicas para la atención clínica de hombres gays, bisexuales, personas trans y hombres que tienen sexo con hombres (GBTH) en los servicios de salud*. Quito: Fundación Ecuatoriana Equidad
- MSP, Unidad de Gestión Proyecto Fondo Mundial para el SIDA – MSP y Grupo RADAR. (2013). *Situación y desafíos para la inclusión social y el derecho a la salud de las personas trans femeninas en Uruguay*. Montevideo: MSP.
- MSP. (2005). *Manual sobre Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Pautas de diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico*. Montevideo: MSP.
- MSP. (2013). *Estudios de seroprevalencia de vih/sida y de conocimientos, actitudes y prácticas entre usuarios de pasta base, crack y otras denominaciones de la cocaína fumable en Montevideo y su área metropolitana*. Montevideo: MSP.
- MSP. (2013). *Informe de la situación nacional de VIH/SIDA*. Montevideo: MSP.
- Project Inform. (2013). *Salud y bienestar con el VIH. Después de recibir una prueba positiva*. San Francisco: Project Inform.

- Romero, C; Perdomo, V; Chamorro, F; Assandri, E; Pírez, M.C y Montano, A. (2012). Prevención de hepatitis A mediante vacunación en Uruguay (2005-2010). *Revista Médica del Uruguay*, 28(2), 115-122.
- Rossi, D. y Goltzman, P. (Coord.) (2012). *Uso de drogas y VIH. Documento de trabajo con orientaciones para la intervención y la investigación*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Ruiz, S. (2009). *Diversidad sexual en las aulas. Evitar el bullying o acoso homofóbico*. Badajoz: Cuadernos Plural.
- UNICEF. (2008). *La infancia y el SIDA: Segundo inventario de la situación*. Nueva York: UNICEF.



**Capítulo 5: Atención ginecológica
de mujeres lesbianas
y bisexuales**



Capítulo 5: Atención ginecológica de mujeres lesbianas y bisexuales

Mónica Gorgoroso¹³ y Florencia Forrís¹⁴

En este capítulo se abordan aspectos clínicos específicos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres lesbianas y bisexuales. Se propone además aportar insumos para repensar las prácticas cotidianas que se convierten en barreras de acceso para estas personas, vulnerando su derecho a la atención en salud.

Los contenidos aplican a las distintas consultas en la esfera de la salud sexual y reproductiva de estas mujeres, independientemente del profesional que las realiza y no exclusivamente a la consulta ginecológica desarrollada por ginecólogos/as u obstetras-parteras.

Aspectos de la atención ginecológica a mujeres lesbianas y bisexuales

¿Desde qué supuestos parten los equipos de salud en la atención de las mujeres lesbianas y bisexuales?

Los equipos de salud que asisten a mujeres, no están exentos de creer en los modelos de heteronormatividad imperantes en nuestra sociedad y reproducirlos. Las ciencias de la salud han sido funcionales a dichos modelos, generando y reafirmando los conceptos de “normalidad” y “riesgo”. Por ello es importante revisar estos supuestos y como ellos se vinculan con las prácticas clínicas habituales.

Los modelos heteronormativos de relación entre los géneros, llevan a realizar consciente o inconscientemente, generalizaciones que excluyen a algunas mujeres. Se suele creer que todas las mujeres son heterosexuales, o por lo menos todas aquellas que consultan. A la vez es frecuente pensar, que las mujeres no solo son heterosexuales, sino que además desearán tener hijos.

13 Coordinadora Programa Salud de la Mujer y Género. Administración de Servicios de Salud del Estado.

14 Colectivo Ovejas Negras / Área de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud Pública.

Al mismo tiempo, las clasificaciones dicotómicas en las que estructuramos el razonamiento clínico: normalidad versus anormalidad, heterosexualidad versus homosexualidad, justifican definir la homosexualidad como opuesto a heterosexualidad. En este sentido, puede plantearse como cierto que las mujeres no heterosexuales, las mujeres lesbianas, no desean ser madres.

La definición por oposición, también lleva a pensar que en las parejas de mujeres no se darán situaciones de violencia basada en género o que existen menores riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual. Por otra parte, si estos riesgos existen, la discriminación y la lesbofobia llevan a los profesionales a vincularlos con “conductas de riesgo” o “comportamientos propios de estas poblaciones” y no con las condiciones de vida, la vulneración de derechos y el menor acceso a los servicios, que estas personas enfrentan.

Al mismo tiempo, el modelo materno infantil tradicional, en base al cual se estructura el cuidado de la salud de las mujeres -privilegiando la salud reproductiva en detrimento de las demás necesidades en la esfera sexual y afectiva- implica que los equipos de salud y los dispositivos de atención estén centrados en la maternidad como evento trascendente y objeto de protección, invisibilizando y desatendiendo aquellos grupos en los cuales se supone que la maternidad no es deseada (mujeres lesbianas, mujeres que deciden abortar, entre otros).

Las mujeres lesbianas y bisexuales son personas sanas, que tienen necesidades de información, orientación y atención en diversos temas de su salud sexual y reproductiva, sin que ello implique mayores riesgos vinculados a su orientación sexual. No obstante, los equipos de salud deben prepararse para incluir la orientación sexual y la identidad de género como variables trascendentes en la atención de todas las personas. No hacerlo implica seguir siendo parte de las barreras que operan dificultando el acceso a los servicios de salud y ello sí constituye un riesgo en sí mismo.

¿Cómo se vinculan las mujeres lesbianas y bisexuales con los servicios de ginecología y obstetricia?

La invisibilidad es una característica de la población de mujeres lesbianas y bisexuales, lo que, en ocasiones, puede evitarles situaciones de violencia lesbofóbica pero, al mismo tiempo, las obliga a mantener oculta parte de su vida y sus vínculos de pareja.

En 2007, la Asociación Internacional de Gays y Lesbianas (ILGA por su sigla en inglés), publicó una investigación realizada en Italia, que establece que solo el 15% de las mujeres entrevistadas estaban enteramente “fuera del armario” es decir, que no ocultaban su orientación sexual en ningún ambiente social. En el ámbito de la salud, de estas mismas mujeres solamente

el 13.2% había hablado de su orientación sexual con su médico/a tratante, mientras que el 29.7% de las encuestadas la había revelado a su ginecóloga/o. Entre los motivos para no mencionarla predominaba el miedo al rechazo por parte del personal de salud.

En el año 2000, una encuesta estadounidense a mujeres que se identificaban como lesbianas mostró que solo un 11% declaró usar métodos de barrera en el sexo con mujeres. Los motivos incluían creer que no tenían riesgo y vergüenza a comprarlos (Diamant et al, 2000). En el mismo año, otro estudio relacionado con la percepción de riesgo de esta población para las infecciones de transmisión sexual (ITS), muestra que: 84% percibía no haber tenido relaciones sexuales de riesgo en el último año, y un 61% consideraba no haber tenido relaciones sexuales de riesgo en toda su vida (Morrow y Allsworth, 2000).

Las recomendaciones sobre sexo seguro, y el ofrecimiento de pruebas para detectar ITS debe ser algo presente en la consulta de salud sexual con mujeres lesbianas. Debe ofrecerse desde recomendaciones para prevenir el VIH, hasta para aquellas infecciones que no son propiamente consideradas ITS, como las vaginosis bacterianas, sobre todo considerando que estas últimas tienen más alta prevalencia entre mujeres lesbianas y bisexuales. Los motivos aún no son claros, pero se ha asociado esto con un número mayor de parejas sexuales mujeres, no higienizar de forma adecuada los juguetes sexuales y mantener relaciones sexuales orales – anales. Es importante tener en cuenta que el “preservativo femenino”, usado de la forma en que indica el fabricante, **no es un medio de protección adecuado para las mujeres cuando mantienen relaciones sexuales con otras mujeres.**

Finalmente debe considerarse que las experiencias de violencia y discriminación en los servicios de salud, así como la vivencia de las mujeres lesbianas y bisexuales de que la atención en salud no se relaciona con sus necesidades, son factores que desestimulan la búsqueda de servicios de orientación y control en salud. La discriminación opera además como una barrera concreta que retrasa la consulta aún ante signos físicos o necesidades de orientación específicas.

Salud reproductiva y planificación familiar en mujeres lesbianas y bisexuales

Que una mujer se identifique como lesbiana no quiere decir que no haya mantenido, o mantenga en la actualidad, relaciones sexuales con varones. Tampoco implica necesariamente que no haya estado embarazada y/o tenido partos, que tenga o no niñas/os a su cargo, o que por ser lesbiana no desee tenerlos.

Con el avance y mejora en el acceso a técnicas de reproducción asistida, así como los avances legales entorno a la adopción, esta realidad ya existente se vuelve cada vez más habitual. Sin embargo, puede ser que para algunas mujeres (heterosexuales, bisexuales y lesbianas) la reproducción biológica no sea algo deseado y, a la vez, sobre todo en lesbianas adultas o adultas mayores, es posible que existan menores tasas de embarazos que en mujeres heterosexuales.

Un estudio de “Iniciativa por la salud de las mujeres” del año 2000 incluyó mujeres posmenopáusicas de entre 50 y 79 años. Aquí se mostró que las tasas de haber estado embarazada alguna vez eran mayores entre bisexuales (80,8%) y mujeres que se asumieron lesbianas en su adultez (“lesbianas adultas”: 63%). Las tasas de embarazo de aquellas mujeres que se autoidentificaron de esta forma desde edades tempranas (“lesbianas toda la vida”) fueron considerablemente menores (35%).

Se debe tener en cuenta que con el modelo materno infantil convivieron muchas mujeres que no veían alternativas posibles para la reproducción. A la vez, aún hoy estas mujeres no tienen urgencia por métodos anticonceptivos, y en muchos casos no tienen conocimiento sobre la necesidad de usar métodos de barrera para prevenir infecciones de transmisión sexual en las relaciones que mantienen con otras mujeres (este desconocimiento es a veces compartido con el personal de salud).

Con los recursos existentes en la actualidad, sumados a avances normativos como son la nueva ley de adopción (año 2009) y la ley de reproducción asistida (año 2013), es necesario que el personal de salud se adapte a la posibilidad de recibir en sus consultas a familias compuestas por parejas del mismo sexo (homoparentales) y familias donde un/a integrante de la pareja es una persona trans.

En los casos en que el medio a utilizar sea la adopción (por voluntad propia o por imposibilidad de cursar un embarazo), el personal de salud puede acompañar este proceso y poner a disposición los recursos con los que cuente dentro del servicio. Es importante que el área de Servicio Social esté al tanto de las normativas vigentes y en condiciones de brindar un primer asesoramiento a estas personas (que podrán ser mujeres o varones trans o cis género) en el caso de que así lo requieran.

En los casos en que sea posible la gestación (mujeres lesbianas o bisexuales solteras o en familias comaternales, y si así lo desean también varones trans), es necesario que el personal de salud esté enterado de las nuevas normativas y esté en condiciones de brindar una orientación a las personas que consultan sobre cuáles son los pasos a seguir dentro de la propia institución y en cuanto a los aspectos legales vinculados a la filiación.

Ley N° 19.167 Regulación de las técnicas de reproducción humana asistida

Se citan a continuación, en forma resumida, los contenidos de la Ley 19.167 más relevantes en la atención de mujeres lesbianas y bisexuales:

Artículo 2º. (Alcance).- Las técnicas de reproducción humana asistida podrán aplicarse a toda persona como principal metodología terapéutica de la infertilidad, en la medida que se trate del procedimiento médico idóneo para concebir en el caso de parejas biológicamente impedidas para hacerlo, así como en el caso de mujeres con independencia de su estado civil, en conformidad con lo dispuesto en la presente ley (Ley 19.167, 2013).

Una mujer sin pareja o una pareja homosexual femenina podrá realizarse un tratamiento de reproducción humana asistida, ya que no es requisito para la realización de la misma la demostración de infertilidad. Desde una visión igualitaria, estas personas tienen los mismos derechos que las parejas infértiles de completar su proyecto reproductivo, teniendo en cuenta los diferentes modelos familiares actuales.

Artículo 5º. (Procedimientos de reproducción humana asistida de alta y baja complejidad y su cobertura).- A los efectos de la presente ley se definen las técnicas o procedimientos de baja complejidad como aquellos procedimientos en función de los cuales la unión entre el óvulo y espermatozoide se realiza dentro del aparato genital femenino (Ley 19.167, 2013).

Estas técnicas están contenidas en el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), por lo que deben ser brindadas por todos los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud y serán financiados por este, en mujeres de 40 años o menos. Serán igualmente cubiertas por el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), durante los 2 años siguientes a la fecha de promulgación de esta ley, las mujeres que hayan sobrepasado dicho límite de edad.

Las técnicas de reproducción asistida de baja complejidad comprenden:

1. Inducción de la ovulación con relaciones sexuales programadas (planteable en parejas heterosexuales)
2. Inseminación artificial con semen de la pareja (planteable en parejas heterosexuales).
3. Inseminación artificial con semen de donante.

Artículo 5. ... Las técnicas o procedimientos de alta complejidad son aquellas en virtud de las cuales la unión entre óvulo y espermatozoide tiene lugar fuera del aparato genital femenino, transfiriéndose a este los embriones resultantes, sean estos criopreservados o no (Ley 19.167, 2013).

Éstas técnicas, son parcial o totalmente subsidiados hasta un máximo de tres intentos, a través del Fondo Nacional de Recursos (FNR)

Las técnicas de reproducción asistida de alta complejidad con cobertura a cargo del FNR comprenden:

1. Inducción de la ovulación
2. Fertilización invitro (FIV)
3. Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI)
4. Transferencia de embriones
5. Criopreservación de embriones
6. Donación de gametos y embriones
7. Gestación subrogada

Sólo podrán realizar estas técnicas las instituciones públicas o privadas que estén debidamente habilitadas por el Ministerio de Salud Pública. Las mismas podrán aplicarse a toda persona mayor de edad y menor de 40 años, que haya prestado consentimiento informado para ello, luego de haber sido adecuadamente informada/o por el equipo técnico tratante sobre los procedimientos, riesgos y probabilidades de éxito.

En todos los casos (procedimientos de baja y alta complejidad) las prestaciones incluyen:

- los estudios necesarios para el diagnóstico de la infertilidad así como el tratamiento
- material de uso médico descartable y otros estudios que se requieran
- el asesoramiento y la realización de los procedimientos terapéuticos de reproducción humana asistida de alta y baja complejidad
- el tratamiento de las posibles complicaciones que se presenten
- la medicación correspondiente en todos los casos.

Artículo 6º. (Infertilidad).- A los efectos de la presente ley se define como infertilidad la incapacidad de haber logrado un embarazo por vía natural después de doce meses o más de relaciones sexuales (Ley 19.167, 2013).

Cabe aclarar que en mujeres sin pareja masculina no está justificado esperar 12 meses para completar la valoración y comenzar el tratamiento, ya que esto sólo disminuye las chances de éxito del tratamiento y la ley, si bien define infertilidad, no exige como requisito para acceder a la prestación tener esa condición.

Artículo 7º. (Requisitos para la realización de Técnicas de Reproducción Humana Asistida).- La realización de las técnicas de reproducción humana asistida deberá llevarse a cabo dando cumplimiento a los siguientes requisitos:

- a) Serán de aplicación a toda persona mayor de edad y menor de 60 (sesenta) años, salvo que hubiere sido declarada incapaz para ejercer la paternidad o maternidad, luego de ser previa y debidamente informada por el equipo médico tratante.
- b) Solo podrán realizarse cuando existan posibilidades razonables de éxito y no supongan riesgo grave para la salud de la mujer o su posible descendencia. (...)
- d) Consentimiento escrito por parte de ambos miembros de la pareja o de la mujer en su caso, para la realización de técnicas de reproducción humana asistida... (...)
- e) Ratificación por escrito de ambos integrantes de la pareja al momento de la inseminación e implantación (Ley 19.167, 2013).

En todos los casos de mujeres sin pareja masculina (y entonces para el caso mujeres lesbianas y bisexuales) que soliciten acceder a una técnica de reproducción asistida se deberá valorar de forma completa la fertilidad de la mujer previo realización de un tratamiento de reproducción asistida. Esto se realiza porque pueden existir factores de esterilidad o subfertilidad femeninos, que requieran tratamiento previo al procedimiento o que deban ser considerados al elegir el tratamiento indicado

Por otro lado los tratamientos de reproducción asistida requieren visitas frecuentes y múltiples al centro de salud, durante varios ciclos de tratamiento, con administración/ autoadministración de medicación inyectable y monitorización con exámenes de sangre y ecografías seriadas.

Por todo lo expuesto, antes de iniciar el tratamiento las mujeres y sus parejas deben estar bien informadas y adherir a la propuesta terapéutica y, durante el mismo, pueden requerir apoyo y contención adicional por parte del equipo de referencia.

Prevención de la infertilidad

La Ley 19.167 prevé que se implementen políticas de prevención primaria y secundaria de las disfunciones reproductivas. En el caso de las mujeres lesbianas y bisexuales cobra interés el asesoramiento en relación a factores que afectan la fertilidad tales como:

- el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas
- la obesidad y el bajo peso (IMC menor de 18 o mayor de 30)
- la edad por encima de 35 años
- las infecciones de transmisión sexual

Prevención de cáncer genito-mamario en mujeres lesbianas y bisexuales

En la actualidad existe poca evidencia sobre si existe un riesgo real aumentado de cáncer de mama en mujeres lesbianas, comparado con mujeres heterosexuales. Se habla, en general, de un riesgo potencial vinculado a la presencia de ciertos factores de riesgo como la nuliparidad, el consumo de alcohol, consumo de tabaco y obesidad (Case et al. 2004; Diamant et al, 2000).

El estudio antes citado de “Iniciativa por la Salud de las Mujeres” encontró que 14% de las mujeres consideradas “lesbianas toda la vida” y 17,6% de mujeres consideradas “bisexuales” reportaron haber tenido algún tipo de cáncer, comparadas con un 11,9% de las consideradas “heterosexuales” en el mismo estudio. Las mujeres bisexuales tuvieron también la tasa más alta de cáncer de mama. De hecho, todos los grupos de mujeres no heterosexuales mostraban tasas más altas de este tipo de cáncer que las heterosexuales, pero eran también quienes tenían menores porcentajes de PAP y mamografías realizados en el pasado reciente.

Las mamografías para mujeres lesbianas y bisexuales deben programarse con igual frecuencia que para mujeres heterosexuales, teniendo en cuenta la edad y los factores de riesgo, fundamentalmente el antecedente familiar de cáncer de mama. Es necesario tener en cuenta que algunas de estas mujeres pueden presentar reticencia a realizarse estos estudios. El equipo de salud debe estar al tanto de esto y explicar la importancia de estos estudios

Este estudio mostró también que el cáncer de cuello de útero era más alto entre mujeres “bisexuales” y “lesbianas toda la vida”. A partir de esto es posible ver, entonces, que el riesgo aparece vinculado no a la orientación sexual en sí, sino a la falta de prevención y controles periódicos.

Es ya conocido el vínculo entre la infección por el virus del papiloma humano (HPV) y el cáncer de cuello de útero. Este virus puede transmitirse de mujer a mujer en la relación sexual pero el factor de riesgo principal es no realizarse exámenes ginecológicos con frecuencia, lo que impide la detección temprana. El riesgo de transmisión de HPV entre mujeres se ha visto asociado a un número aumentado de parejas sexuales varones y al uso de juguetes sexuales.

Para revertir estas situaciones, e incentivar la consulta ginecológica en mujeres lesbianas y bisexuales, son necesarios abordajes innovadores que den visibilidad a la problemática de esta población e involucren diversos actores sociales además del personal de salud.

En Australia, se han realizado campañas específicas para promover la realización de PAP en mujeres lesbianas. Para eso fue necesario romper con mitos existentes en el personal de salud sobre las mujeres lesbianas; previamente, en el país se había hecho un estudio donde se vio que a un 9% de estas mujeres el profesional de salud le había recomendado **no** hacerse un PAP.

Prevención de violencia basada en género

Se estima que entre cincuenta mil y cien mil mujeres son golpeadas por parejas del mismo sexo cada año en Estados Unidos. Sin embargo, se les ofrece menos servicios y protección que a las mujeres heterosexuales que son golpeadas. En varios lugares se excluye la violencia entre parejas del mismo sexo de las definiciones de violencia doméstica o de género. Se debe indagar sobre este particular y referir cuando sea necesario, teniendo en cuenta que los lugares de referencia no discriminen a las mujeres que han sido abusadas por otras mujeres.

Prevención de ITS

La mayoría de las ITS pueden ser transmitidas en las prácticas sexuales de las lesbianas. Además, las mujeres que se identifican como tales, pueden haber tenido varones como compañeros sexuales (en el pasado o presente), o haber experimentado abuso sexual. Adicionalmente, no se debe asumir que las mujeres lesbianas y bisexuales adultos mayores no son sexualmente activas, o que no necesitan que se indague sobre ITS. Las mujeres pueden “salir del closet” o iniciar las relaciones sexuales a cualquier edad.

En la prevención de ITS en las mujeres lesbianas y bisexuales es fundamental la utilización de barreras de látex. El equipo de salud debe preguntar sobre las prácticas sexuales habituales y brindar información sobre la utilización de campos de látex e incluso su elaboración artesanal a punto de partida de preservativos o guantes, dado que en nuestro mercado, no se comercializan insumos especialmente diseñados para estos fines como el condón para uso bucal o el campo de látex para uso genital.

Examen genital

Es necesario considerar que las mujeres lesbianas y bisexuales pueden presentar reticencia e incluso miedo a la realización del examen genital y mamario. El rechazo, la violencia y la invisibilidad que estas mujeres experimentan o han experimentado en el vínculo con el sistema de salud, condiciona la relación equipo de salud-usuaria y la necesaria confianza y seguridad que se necesitan para que el examen físico-genital no sea vivido como una experiencia traumática.

En el mismo sentido, si bien la vivencia y el conocimiento del propio cuerpo y de la genitalidad son individuales y únicos, existe un acumulado de experiencias desfavorables en la comunidad de mujeres lesbianas en relación a las consultas ginecológicas que se transmite entre pares y no debe ignorarse. Las mujeres lesbianas que no han mantenido relaciones sexuales coitales o que no han tenido partos, pueden tener incluso mayores dudas e incertidumbre con respecto al examen genital.

El equipo de salud debe preguntar sobre estos temas, estar preparado para explicar a la usuaria por qué es importante realizar el examen, como se realiza el mismo y planificar su realización en un ámbito de privacidad y confianza. Ello puede llevar varias consultas y debe quedar claro a la usuaria que solo se realizará con su consentimiento y en el momento que ella se sienta preparada.

Como se ha visto en el presente capítulo, el vínculo de respeto, inclusión y confianza que se genere con las usuarias lesbianas y bisexuales que nos consultan, es fundamental para prevenir enfermedades y promover el derecho a la salud. A la vez el indagar sobre aspectos vinculados a la orientación sexual y prácticas sexuales en todas las mujeres que consultan permitirá identificar tantas sexualidades como mujeres acuden a los servicios. Es responsabilidad del equipo asistencial repensar las prácticas que vulneran los derechos de estas personas y comprometerse con el cambio actitudinal y conceptual necesario.

Referencias bibliográficas

- Brown, A; Hassard, J; Fernbach, M; Szabo, E y Wakefield, M. (2003). Lesbians experiences of cervical screening. *Health Prom J of Australia*, 14 (2), 128-132
- Carroll, N; Goldstein, R.S; Wilson, L y Mayer, K.H. (1997). Gynecological Infections and Sexual Practices of Massachusetts Lesbian and Bisexual Women. *J Gay Lesbian Med Assoc*, 1(1), 15-23.
- Case, P. S; Austin, B; Hunter, D. J; Manson, J. E; Malspeis, S; Willett, W. C y Spiegelman, D. (2004). Sexual orientation, health risk factors, and physical functioning in the Nurses' Health Study II. *Journal of Women's Health*, 13(9), 1033–1047.
- Decreto Reglamentario 630 (2014).
- Decreto Reglamentario 671 (2015).
- Diamant, A. L; Wold, C; Spritzer, K y Gelberg, L. (2000c). Health behaviors, health status, and access to and use of health care: A population-based study of lesbian, bisexual, and heterosexual women. *Archives of Family Medicine*, 9(10), 1043–1051.
- Diamant, A.L; Lever, J y Schuster, M.A. (2000). Lesbians' sexual activities and efforts to reduce risks for sexually transmitted diseases. *J Gay Lesbian Med Assoc*, 4(2), 8-41.
- Diamant, A.L; Schuster, M.A, McGuigan, K y Lever, J. (1999). Lesbians' sexual history with men: implications for taking a sexual history. *Arch Intern Med*, 159(4), 2730-2736.
- ILGA. (2006). *La salud de las lesbianas y mujeres bisexuales: cuestiones locales, preocupaciones comunes*. Bruselas: ILGA.
- Lelleri, R; Pietrantonio, L; Graglia, M; Palestini, L y Chiari, C. (2005). Sesso e salute di lesbiche, gay e bisessuali oggi in Italia. *Sintesi dei principali risultati sociosanitari*. Bologna: Arcigay.
- Ley 19.167. (2013). Técnicas de reproducción humana asistida.
- Marrazzo, J.M; Koutsky, L.A; Kiviat, N.B; Kuypers, J.M y Stine, K. (2001). Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. *Am J Public Health*, 91(6), 947- 952.

- Morrow, K.M y Allsworth, J.E. (2000). Sexual risk in lesbians and bisexual women. *J Gay Lesbian Med Assoc*, 4(4), 159-165.
- MSP. (2013). *Manual de procedimientos para el manejo sanitario de reproducción asistida*. Montevideo: MSP.
- Murphy, N.E. (1995). Queer Justice: Equal Protection for Victims of Same-sex Domestic Violence. *Valparaiso University Law Review*, 30(6), 335–379.
- Smart, S; Singal, A. y Mindel, A. (2004). Social and sexual risk factors for bacterial vaginosis. *Sex Transm Infect*, 80(1), 58-62.
- Valanis, B. G; Bowen, D. J; Bassford, T; Whitlock, E; Charney, P y Carter, R. A. (2000). Sexual orientation and health: Comparisons in the women’s health initiative sample. *Archives of Family Medicine*, 9(9), 843–853.



Capítulo 6: Atención integral a personas trans



Capítulo 6: Atención Integral a personas trans

Primera parte: Atención en el primer nivel

Daniel Márquez¹⁵, Clara Niz¹⁶ y Mónica Olinisky¹⁷

En este capítulo se aborda la realidad de las personas trans en el Uruguay y se contextualiza con datos actualizados para dar un panorama general acerca de la situación de esta población. Se presentan tanto consideraciones para la atención de personas trans desde una perspectiva bio-médico como otras relacionadas con aspectos sociales como el vínculo con instituciones y organismos estatales que también están trabajando el tema.

También se analiza desde una mirada interdisciplinaria el acceso de la población trans a los servicios de salud y la calidad en términos de especificidad de los mismos. Se profundiza sobre el funcionamiento de un servicio de ASSE que funciona en la Unidad Docente Asistencial (UDA) del primer nivel de atención en el Hospital del Norte “Gustavo Saint Bois”. Este brinda una atención integral a las personas trans desde una perspectiva de salud, derechos y diversidad, incluyendo un vínculo con otros niveles de atención, relacionado a intervenciones quirúrgicas. En este capítulo además se describen las etapas del proceso de hormonización, proceso altamente demandado por esta población.

Situación actual de las personas trans

Con el fin de contextualizar la realidad de las personas trans en el Uruguay, se presentan algunos datos que señalan las enormes desigualdades que padece este colectivo y la situación de vulnerabilidad a la que es expuesto. Desde el año 2008 se han venido diseñando políticas específicas para combatir las inequidades que sufren. La realidad de la población trans es diversa y se ve cruzada por categorías como la etnia, la clase social, la religión, la edad

15 Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Universidad de la República. / Presidencia Administración de Servicios de Salud del Estado.

16 Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

17 Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

e incluso el sexo de nacimiento y crianza. En algunos casos estas pertenencias pueden resultar factores protectores y en otros casos pueden exponerlas/os aún más a situaciones de estigma y discriminación. En la determinación del impacto de estos factores tiene un rol central, al igual que para el resto de la población LGBT, qué lugar toman las familias a la hora de aceptar o rechazar las diversas manifestaciones de la identidad de género. Cada experiencia se ve limitada o potenciada por las oportunidades, condiciones y posibilidades que cada persona ha tenido o pueda tener para llevar a cabo su proceso. Existen diferencias dependiendo del nivel socioeconómico, habitualmente las personas con mayores ingresos tienen mejores posibilidades para performar su género y lograr una concordancia entre su identidad y su cuerpo, mientras que las personas con bajos ingresos tienen menor poder de elección y acceden a productos de baja calidad, que no solo ponen en riesgo su salud, sino que además no logran generar la imagen deseada.

Dentro de las posibles situaciones a las que pueden estar expuestas mujeres y varones trans se destacan:

- Temprana expulsión del núcleo familiar o negación y ocultamiento de esta situación a la interna del mismo (el primer caso es más frecuente en mujeres, el segundo en varones trans).
- Exclusión de los grupos de pares (niñez y adolescencia)
- Exclusión del sistema educativo formal
- Marginación social y laboral
- Dificultad de acceso a la seguridad social y otros beneficios sociales

Estas situaciones ofician como condicionantes de la calidad de vida de las personas trans, las/os exponen a situaciones de violencia que afectan de diversos modos su salud y condicionan su morbilidad, a la vez que las/os colocan una y otra vez en el ciclo de la marginación. No hay datos certeros respecto del número específico de varones y mujeres trans en nuestro país, ya que la identidad de género no ha sido una variable tomada en cuenta en los censos. La implementación de la Tarjeta Uruguay Social (TUS), por intermedio del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), permitió aproximarse a una caracterización de la población trans. Como parte del proceso de otorgar la TUS a personas trans, se recolectan datos demográficos, económicos, educacionales, entre otros. Sin embargo dicha caracterización no representa todo el colectivo de mujeres y varones trans. De hecho, muchos de los planes sociales y de salud implementados han tenido como usuarias, sobre todo, a las mujeres trans.

Probablemente esto se deba al alto impacto que tiene el trabajo sexual como medio de vida de gran parte de estas mujeres (53,4% según cifras del MSP, 2013), algo que pone en evidencia la desprotección de esta población. Es necesario incrementar los esfuerzos para la captación y atención de varones trans, que tienen características y necesidades de salud específicas, y son una población invisibilizada muchas veces, incluso a la interna de sus propias familias.

A partir de los datos de quienes accedieron a la tarjeta TUS, se puede decir que son mayoritariamente mujeres trans (97,5%), y que en un 26% se ubica entre los 18 y 29 años, mientras que en la población en general, solo un 18% se ubica en esa franja etaria (Lukomnik, 2013). Otro dato significativo es que el 43,6% de la población vive en Montevideo, le sigue Canelones, Salto, San José y Cerro Largo. Con todos los sesgos que puede tener la muestra, algunas de las hipótesis que se manejan es que emigran a la capital en busca de nuevas oportunidades y escapando de sus comunidades locales pequeñas (Lukomnik, 2013).

A nivel económico, la población trans presenta un nivel bajo de ingresos, un 62,3% percibe 5.000 pesos mensuales o menos, mientras que el 29,8% tiene ingresos entre 5.001 y 10.000 pesos mensuales (Lukomnik y Ramos, 2012). La exclusión temprana del sistema educativo disminuye las oportunidades laborales, sumado a un habitual escaso sostén familiar, genera bajos ingresos y puede, por ejemplo, acercar a las trans femeninas al trabajo sexual como estrategia de sobrevivencia. El nivel educativo alcanzado por la población trans destinataria de la TUS es bajo, el 71,6% no tiene ciclo básico completo, cuando, en el resto de la población esa cifra disminuye al 51%. Las estadísticas indican que a mayor edad menor es el nivel educativo alcanzado. Por ejemplo, en la franja entre 18-29 años solo el 6,9% tiene primaria incompleta, en cambio en la franja de 51 años en adelante asciende a un 26,2 %.

Personas trans en el sistema educativo

La orientación sexual, identidad de género e incluso la expresión de género pueden ser factores predisponentes de situaciones de discriminaciones y exclusión en el ámbito educativo, cuando no condicen con el modelo heteronormativo. Connell (1989) y Gowran (2004) afirman que los centros educativos reflejan los valores y actitudes de la sociedad en general, lo que puede configurarlos como potentes reproductores de las relaciones de género y los modelos de masculinidad – femineidad hegemónicos, que desacreditan las formas no heteronormativas de sexualidad. Tiene sentido que la principal exclusión de población trans se produzca en Ciclo Básico y no en otro nivel, dado que es en este ciclo dónde se hacen más evidentes las identidades de género discordantes en relación al sexo biológico asignado de ese/a adolescente trans.

Asimismo, es una etapa en la que se comienza a expresar el deseo sexual, lo que también expone a situaciones de violencia a personas con orientaciones sexuales no heterosexuales (esto último puede también incluir también a personas trans, duplicando la discriminación de la que son destinatarias/os). Por otro lado, en muchas ocasiones, en la adolescencia, el interés de las personas trans se concentra en las transformaciones estéticas y corporales, procesos que requieren de mucho tiempo y energía, lo que sumado al rechazo, puede colaborar con la exclusión escolar.

Una investigación realizada por Calvo (2011) concluye que las familias y los centros educativos son identificados por los/as entrevistados/as LGBT como fuentes de sufrimiento, ya que quedan expuestos/as sistemáticamente a la burla y el rechazo.

Principales núcleos problemáticos detectados por las personas trans en las instituciones educativas. Rocha (2014)

- Uso del nombre
- Uso de baños
- Uso de uniformes
- Otras divisiones genéricas (fiestas escolares, clases de educación física, actos públicos, entre otras)

Todas estas violencias padecidas pueden predisponer a:

- El uso y abuso de sustancias tóxicas
- La aparición de cuadros depresivos y de ansiedad
- Intentos de autoeliminación y suicidios
- Interrupción de las trayectorias educativas por no sentirse incluidas/os en las instituciones
- Interrupción de las trayectorias educativas por percibirla inútil al no ser recompensada con un trabajo por la transfobia en el ámbito laboral

Los números varían bastante en casos de varones trans. Allí los adolescentes perciben que tienen más oportunidades, su pasaje por las instituciones educativas puede ser menos problemático que el de las mujeres trans y, generalmente, cuentan con mayor apoyo de su núcleo familiar, que suelen acompañar presentemente ese proceso (Rocha, 2014).

Salud y calidad de vida en población trans

La esperanza de vida de la población trans se ubica en menos de 40 años, mientras que el resto de la población tiene una esperanza de 76,23 años (INE, 2011), es decir apenas mayor que la mitad. Muchas son las variables que podrían explicar este fenómeno: exclusión social, homicidios transfóbicos, epidemia de VIH (que se concentra en un número importante de mujeres trans), suicidios, entre otros. Por otro lado, sus propias rutinas y actividades (sobre todo cuando se dedican al trabajo sexual), sumadas a factores de riesgo presentes en parte de esta población como estrés crónico y depresión, favorecen el consumo abusivo de algunas sustancias que perjudican la salud (tabaco, alcohol y drogas ilegales). Por lo anteriormente dicho, se puede afirmar que en Uruguay ser trans acarrea un costo muy alto en todo sentido, significando una condición de máxima vulnerabilidad.

Respecto de la salud de las personas trans, el enfoque hegemónico binario de género condiciona al sistema de salud, que no brinda servicios adecuados ni cuenta con una infraestructura necesaria para la atención integral de personas trans. “Desde la sociedad civil se afirma que en el sistema de salud existe discriminación, maltrato, estigma y falta de confidencialidad en cuanto a personas de la diversidad sexual y de género” (Lukomnik, 2013, p. 79). Asimismo, existe una falta de reconocimiento de las necesidades de las personas trans en el ámbito sanitario, o no hay una validación de las necesidades relacionadas con su condición de trans. Algunos estudios evidencian la falta de capacitación técnica de los recursos humanos, por ejemplo, existen pocos endocrinólogos formados en atender a la población trans y la totalidad de ellos reside en la capital del país. Por otra parte, los/as profesionales declaran estar más dispuestos a atender problemas de salud generales, pero no les consideran importantes algunas necesidades específicas de la población trans. Ejemplo de esto es considerar la cirugías de reasignación de sexo como intervenciones estéticas y, por lo tanto, no necesarias.

Existe la necesidad de formar a más profesionales en estas temáticas y distribuir los recursos de un modo más equitativo para que no se reproduzca la histórica centralización. Además, las políticas sanitarias, como muchas otras políticas, siguen creándose desde un enfoque heteronormativo y binario de género (Lukomnik, 2013, p. 79).

En 2014, se comenzó a atender las demandas de la población trans desde el servicio de la UDA Saint Bois, y se volvieron a realizar intervenciones de inicio de reasignación de sexo, desde una perspectiva de salud y con un método innovador en el Hospital Pereira Rossell. Este nuevo modelo parte de la premisa de que la identidad de género es definida por el/la usuario/a y que, quienes acceden a estos procesos (desde la hormonización hasta diversos

cambios corporales), son personas sanas que deciden a qué tratamientos someterse y a cuáles no. Es prioritario que se emplee una transversalización en el sistema sanitario desde una perspectiva de derechos humanos, género y diversidad reconociendo como derechos de la salud e identidad, los cambios corporales y los distintos tratamientos hormonales que requiere la población trans (Lukomnik, 2013).

Acceso a los servicios de salud de personas trans

Las concepciones de salud asociadas a abordajes integrales, intersectoriales e interdisciplinarios, así como de continuidad de la atención y el enfoque familiar y social, son sustanciales para mejorar la calidad de la atención en salud.

Para que los servicios sean más inclusivos es importante que las personas trans sean llamadas por el nombre de su preferencia y no por el que aparece en el documento asociado a su sexo legal. Esta medida mejora el vínculo con el equipo de salud, respetando así su identidad trans y evitando la vergüenza que puede generarle usar su nombre legal.

Para los/as médicos/as (y otros integrantes del equipo de salud) se dificulta establecer un vínculo adecuado con los/as usuarios/as, pues muchas veces no tienen en su formación un saber específico acerca de este tipo de usuarias/os. La anatomía y la fisiología de las/os trans pueden haber sido objeto de intervenciones (hormonales y/o quirúrgicas) y esto será diferente en cada una de ellas. Los/as trans llegan 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, de las hormonas o de alguna intervención casera (Leone et al. 2008). Es importante conocer si la persona trans que se está entrevistando ha usado hormonas o ha realizado cambios en su cuerpo, explicándole la importancia de esta información para lograr una mejor atención y disminuir riesgos.

Hay que tener en cuenta que el uso, tanto regular como irregular, de hormonas puede tener efectos sobre el estado de ánimo de la persona, predisponiendo a oscilaciones del humor. Ayudar a la persona, y al equipo de salud a entender estos fenómenos, puede significar una mejora importante en la calidad de vida de esta población.

En lo que refiere al examen físico, la terapia hormonal puede producir variados efectos en diversas escalas: a) los trans masculinos pueden tener crecimiento de vello facial (variable de acuerdo al período de tiempo de aplicación de la terapia hormonal), clitoromegalia, acné y alopecia androgénica y distintos niveles de crecimiento del vello corporal; b) las trans femeninas pueden tener mamas en tamaño y forma femenina. Las mismas pueden

ser fibroquísticas si ha habido inyección de silicona. La galactorrea es vista en ocasiones en pacientes con altos niveles de prolactina (Schlatterer et al. 1998).

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 (Centurión et al. 2008, p.45).

Algunas recurrencias en las consultas de personas trans en los servicios de salud

- Las mujeres trans suelen ir solas a consulta o en compañía de una amiga
- Los varones trans suelen ir acompañados por algún miembro de su núcleo familiar
- Ambas vienen con un historial de situaciones donde se han sentido discriminadas, violentadas e incomprendidas por los distintos actores de la sociedad y a la interna de los propios servicios de salud
- Ambas suelen haber intentado previamente iniciar un tratamiento hormonal sin asesoramiento médico
- Al indagar en sus historias de vida, en la mayoría de los casos presentan una trayectoria educativa truncada

Mujeres trans: consideraciones especiales sobre salud, trabajo sexual e identidad

Algunas circunstancias particulares de las identidades trans femeninas han hecho que se centre en ellas la mayor concentración de estudios sobre sus ciclos vitales. Estudios hechos en Argentina por Berkins y Fernández (2004) a mujeres trans indicaban que un 79% vivía del trabajo sexual, más de la mitad de ellas controlaba regularmente su estado de salud (59%). El resto no lo hacía por una serie de motivos que incluían, en orden de importancia, la discriminación y el miedo. Una amplia mayoría había modificado su cuerpo (el 88%), fundamentalmente con tratamientos hormonales e inyecciones de siliconas (la mayoría se había realizado las dos modificaciones) hechos en sus domicilios particulares (97,7% en el caso de las siliconas y 92,9 % en el de las hormonas).

De acuerdo con los datos nacionales más recientes, en lo que a cambios corporales refiere, en un estudio de 2013 con una muestra de 640 mujeres trans, un 41% había recibido

inyecciones de silicona alguna vez, y dentro de ese porcentaje alrededor de un tercio lo había hecho dos o más veces. Cuando se les preguntó quién les había hecho la sugerencia, el resultado fue que mayoritariamente habían sido sus pares (80%), pero un 7% contestó que se lo había recomendado un profesional de la salud. De hecho, un 6% reveló que quien le había inyectado la silicona era un profesional de la salud también. La mayoría de estas mujeres (72%) se inyectó medio litro o más de silicona y en un 81% de los casos tuvieron complicaciones con este tratamiento (MSP, 2013).

Como señala el estudio, los implantes mamarios para las mujeres trans, en muchos casos son hechos por personas sin formación específica, en situaciones insalubres, en clínicas clandestinas, con materiales de baja calidad, que no cumplen ninguna norma de bioseguridad. **Esto pone en riesgo la salud de las personas** y puede llegar (y de hecho ha sucedido) a provocarles la muerte.

Incluso, el asesoramiento con respecto a la colocación de prótesis habitualmente se da entre pares. Esa carencia de asesoramiento médico (que se ve más fuertemente en sectores socioeconómicos deficitarios), también se ve a la hora de comenzar el tratamiento hormonal, repercutiendo directamente en la calidad de vida de estas personas y poniendo en riesgo la salud física y psíquica.

En cuanto a la hormonización, un 70% contestó que había utilizado hormonas feminizantes. Finalmente, un 70% también mencionó haber utilizado otras técnicas para modificar su cuerpo, dentro de las que se encuentran cirugías parciales de rostro, colocación de prótesis mamarias y distintas técnicas de depilación. Solo un 1% de la muestra había accedido a cirugía de reasignación de sexo, y un 33% manifestó interés en llevarla adelante (MSP, 2013).

Respecto al trabajo sexual, actualmente lo ejerce un 53,4% y además un 29,1% de quienes contestaron negativamente lo ejercieron alguna vez, es decir, un total de 82,5% de las mujeres trans se vincularon con el trabajo sexual. El 60% de estas mujeres refirió historias previas de explotación sexual comercial (antes de los 18 años). El 50% de las mujeres trans que se dedican al trabajo sexual mantienen un contacto con el sistema de salud a través de los controles que deben hacerse cada 3 meses, de acuerdo con la Ley Nro. 17.515 de reglamentación del trabajo sexual (MSP, 2013). Esos controles, establecen pruebas de detección de Hepatitis B, VIH/SIDA, Sifilis y otras ITS (Lukomnik y Ramos, 2012). Sin embargo, la mitad que no cumple con los controles necesarios, por lo general tampoco asiste a consultas de salud. Solo un 18% lo hace una vez al mes, 29% dice hacerlo “a veces”, y un 45% no acude nunca (MSP, 2013). Una pregunta que no fue incluida en este estudio es el por qué de esa ausencia.

La situación de la población trans en relación a las infecciones de transmisión sexual es muy delicada. En el último estudio disponible (Lukomnik y Ramos, 2012), un 28,6% de las mujeres trans manifestó que no siempre usa preservativo para protegerse de las ITS. Asimismo, sin tomar en cuenta el VIH, un 40% de las personas entrevistadas tuvo alguna vez una ITS. En Montevideo esta cifra asciende a 50%, mientras que en el interior la cifra es de 33,3%. Por eso es fundamental informar a las personas trans sobre modos de prevención de ITS.

Línea de la vida modificada

Es un instrumento creado en el servicio UDA (Unidad Docente Asistencial) Saint Bois. La línea de la vida se realiza en una hoja A4 y presentará dos extremos, en uno se coloca el número cero y en el otro la edad del/la usuario/a. Esta herramienta es creada en conjunto con las personas que consultan. Consta de dos pasos, **el primero** es realizada por el/la usuario/a a quién se le propone la siguiente consigna: “Marque aquí los hechos que piensas que fueron determinantes en tu vida”. Con un color él/ella subraya los hechos que marcaron su vida. Esto permite ordenar cronológicamente los eventos percibidos como significativos, analizar el grado de vulnerabilidad que ha padecido o no a lo largo de su trayectoria vital y clarificar la inserción en los distintos ámbitos e instituciones, entre otros aspectos.

En el segundo paso de la técnica, el profesional realiza una serie de preguntas y hace marcas en la línea con otro color. Para eso indagará sobre los aspectos relevantes que el/la usuario/a indicó anteriormente y otros que pudo haber omitido y que son importantes como edad en la que se empezó a identificar con determinado género, su tránsito por el sistema educativo, trayectoria laboral, inicio de relaciones sexuales, entre otras.

Para que esta técnica sea efectiva se debe preguntar, indagar y comprometer la escucha en ese momento, para que haya una secuencia coherente de datos que permita contar con información valiosa al término de la consulta y en las sucesivas instancias. Se recomienda tomar precauciones durante el uso de la técnica y medir hasta donde se puede avanzar. En ocasiones puede resultar movilizante para el/la usuario/a y, por tanto, es imprescindible que haya capacidad por parte del equipo de contenerlo/a. En caso de resultar efectiva la implementación de la técnica al término de la consulta se habrán recolectado al menos los siguientes datos:

- Juegos en la primera infancia
- Relación con sus padres y resto de los integrantes del núcleo familiar

- Desde cuando se sintió varón o mujer
- Anécdotas de socialización en la escuela y liceo
- Vivencia de los cambios en su cuerpo a causa de los caracteres sexuales secundarios
- Conductas de riesgo o abuso de sustancias
- Experiencia laboral
- Si comenzó un proceso de hormonización en algún momento sin monitoreo de un profesional.

Cabe mencionar que esta línea de la vida acompañará todo el proceso y será retomada en varias instancias con el/la usuario/a. No sustituye otra herramienta fundamental como el familiograma que brinda información sobre antecedentes personales, antecedentes familiares, vínculos familiares, patrones generacionales repetitivos, etapa del ciclo vital familiar, entre otros.

Proceso de hormonización

Este proceso requiere de un seguimiento médico. Las dificultades que a veces se presentan en la accesibilidad a hormonas de calidad, hace que muchas personas trans apelen al mercado negro, adquiriendo fármacos y consumiéndolos en dosis no adecuadas e incluso combinando fármacos de alto riesgo. Eso lleva a que se susciten inconvenientes de todo tipo, poniendo en riesgo su salud. “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” (Centurión et al. 2008, p.29). Cuando un/a usuario/a se somete a un proceso de hormonización, no solo se producen cambios fisiológicos y biológicos, sino que además, el efecto psicológico de iniciar un cambio deseado le permite posicionarse de otro modo, aumentar la seguridad en sí mismo/a, lo que puede llevar también a observarse en el lenguaje paraverbal.

Ambos procesos (el biológico y el psicológico) en conjunto fundan un nuevo modo de verse, sentirse y ser de ese sujeto. Cabe señalar que las hormonas generan efectos diferentes dependiendo de cada usuario/a, por tanto el tratamiento hormonal debe ser personalizado. En algunas personas, los cambios son notorios y en otras no tanto, eso depende de un cúmulo de factores y variables como pueden ser: la respuesta individual, la edad a la hora de iniciar el tratamiento, el funcionamiento orgánico, entre otros. **Es necesario aclarar que el hecho de que un/a usuario/a atreviese un proceso de hormonización no quiere decir que luego desee someterse a una cirugía.**

Pasos para acceder a la hormonización

En el servicio que lleva adelante la UDA (Unidad Docente Asistencial), se confeccionó un protocolo de atención diferente a lo que habitualmente aparece en los protocolos internacionales, ya que no patologiza las identidades trans y, por tanto, no requiere un diagnóstico de disforia de género, ni una consulta psicológica y psiquiátrica para brindar la prestación.

Desde la UDA no se trabaja con esta población desde una noción de enfermedad sino que, por el contrario, se abordan los casos y las situaciones desde una perspectiva de salud. Esto implica respetar su identidad de género, ya que los protocolos internacionales invisibilizan muchas realidades, violentando a las personas trans.

El servicio ofrece también la posibilidad de acompañar, en conjunto con el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), el proceso del trámite de cambio de nombre y sexo registral. Se pretende el mejor tratamiento que se encuentre disponible sin discriminar por orientación sexual y/o identidad de género. La participación activa del MIDES en la agenda de salud contribuye a abordarla de forma integral y a articular las políticas del sector sanitario, con el resto de las que conforman la matriz de protección social (Gainza, 2015; Márquez, 2015).

La escalera de abordaje

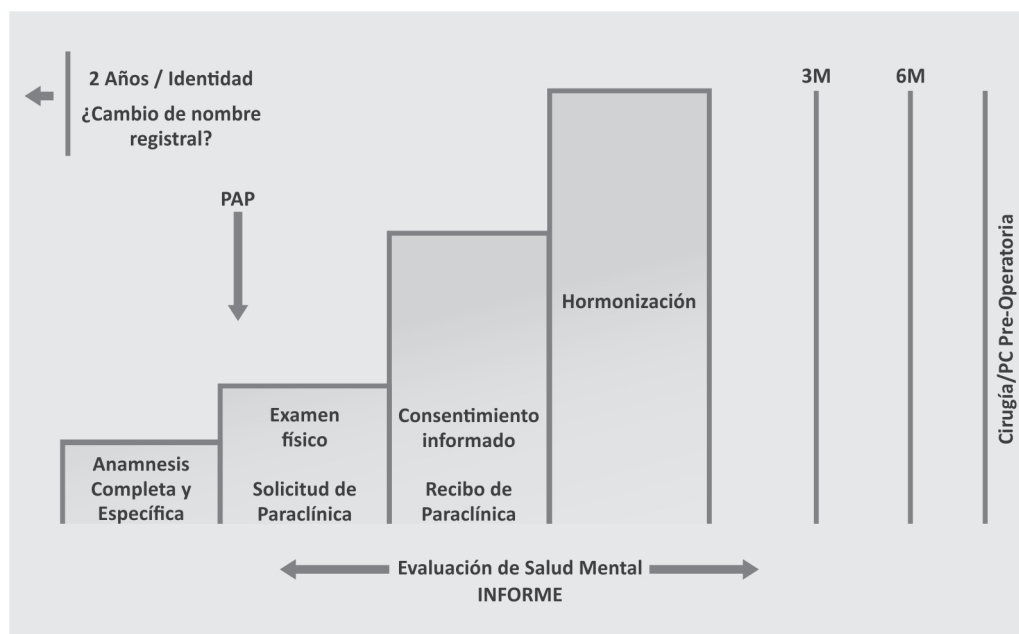
Es un instrumento que concentra una serie de pautas de trabajo para la atención a personas trans, a partir de la identificación de las necesidades que plantea el usuario o la usuaria. Asimismo, facilita la comunicación con los/as usuarios/as, puesto que les permite observar gráficamente el proceso completo. Como se puede apreciar en la ilustración 1, el dispositivo reconoce la importancia de aspectos sanitarios y no sanitarios, como el acceso al derecho de cambio de nombre y sexo registral.

Entre los aspectos sanitarios, se realiza un examen físico inicial, un segundo examen físico genital, la realización de paraclínica específica previa a la indicación de hormonoterapia y monitoreo periódico del proceso de hormonización. La hormonoterapia requiere la firma de un consentimiento informado, a través del cual se comunica cuáles son las transformaciones esperadas, en qué tiempo es esperable que ocurran y la reversibilidad o no de los efectos.

El abordaje incluye, de modo transversal, un acompañamiento psicológico, no como paso previo que habilita o no a la persona a “continuar” la secuencia establecida, sino como otro apoyo para el proceso del/a usuario/a.

Todos los escalones mantienen una interdependencia entre sí, que sean cuatro no significa que se realicen necesariamente en cuatro consultas diferentes. La escalera sirve para ordenar el proceso y para que la persona comprenda mejor las etapas que integran el mismo. La evaluación de la salud mental atraviesa todos los escalones y todo el abordaje se concibe desde un paradigma de la longitudinalidad, pilar fundamental del primer nivel de atención.

Ilustración. “Escalera de Abordaje” (Márquez, 2015)



Escalón 1: Se realiza la anamnesis, que es una entrevista clínica que tiene como objetivo conocer al/a usuario/a más profundamente. La entrevista es guiada y se abordan temas como los antecedentes personales y familiares, factores de riesgo, los hábitos higiénico-dietéticos y tóxicos, la salud laboral, entre otros. Se realiza también el screening (cribado en español). Se presenta al equipo de salud, los roles de cada integrante, se describe el método de trabajo y se le da una lista con números de contacto del servicio. Además se le manifiesta al/la usuario/a que el equipo estará disponible para cualquier consulta, tengan o no que ver con el proceso de hormonización. Asimismo se controla la presión arterial, se registra peso y talla y se calcula el índice de masa corporal.

Escalón 2: Se realiza un examen físico completo y se solicita la paraclínica. En el primer encuentro se le comunica al/la usuario/a que, en la siguiente consulta, se llevará a cabo un exhaustivo examen físico para prevenir situaciones con potencial para obstruir un desarrollo normal del proceso.

El examen tiene, entre otros objetivos, descartar lesiones causadas por prácticas sexuales y observar la presencia o no de signos de ITS. Se pueden encontrar: fisuras anales, verrugas por HPV, chancro luético, vesículas o úlceras herpéticas, secreciones uretrales dadas por uretritis gonocócicas y no gonocócicas, entre otros. También se realizará un examen de piel y mucosas, en búsqueda de lesiones (máculas, pápulas, úlceras, ampollas o verrugas producidas por ITS). Además, se informa sobre los métodos de prevención de ITS.

En el caso de hombres trans, ese segundo encuentro es una buena oportunidad para realizar la toma de la muestra del PAP. Debe tenerse especial cuidado en el caso de que el usuario esté previamente hormonizado ya que la atrofia de los órganos hace que la técnica sea más dificultosa. También se revisarán las mamas, ano y sus respectivos genitales.

Para mujeres trans el examen contempla la medición de los testículos, retracción del prepucio, la examinación del glande y del ano. También es importante diagnosticar si existe la presencia de fimosis o criptorquidia. Asimismo, si tiene una prótesis mamaria, se rastreará información sobre el origen de la prótesis, se medirán, se indagará bajo qué condiciones se realizó la intervención, si fue reciente o no, etc.

Para algunos/as usuarios/as esta instancia es todo un desafío porque los/as enfrenta con sus propios genitales, los/as expone a ser observados/as, tocados/as, evaluados/as, y puede generar ansiedades y angustia. Es importante que quien realiza el examen sea consciente de esto en todo momento.

Escalón 3: Se procede a la devolución de los resultados del examen paraclínico y por otro lado se firma el consentimiento informado que se busca, se vivencie como parte del proceso y no como un mero trámite. Allí están descriptos los efectos reversibles e irreversibles que el/la usuario/a tendrá. Se recomienda que el consentimiento informado sea leído en conjunto con el/la usuario/a, que sea explicado con vocabulario accesible y que se verifique la comprensión del mismo.

En caso que los resultados de los exámenes impidan comenzar o indiquen postergar con la hormonización, se sugiere que esa situación sea comunicada con mucho cuidado y sensibilidad, teniendo en cuenta que puede producir en la persona trans mucha angustia, ira o agresividad, por lo frustrante que resulta la situación.

Escalón 4: Se comienza el proceso de hormonización, luego habrá un primer control a los 3 meses, el siguiente a los 6 meses, hasta que se comienzan a hacer anualmente.

Estudios previos al inicio del tratamiento

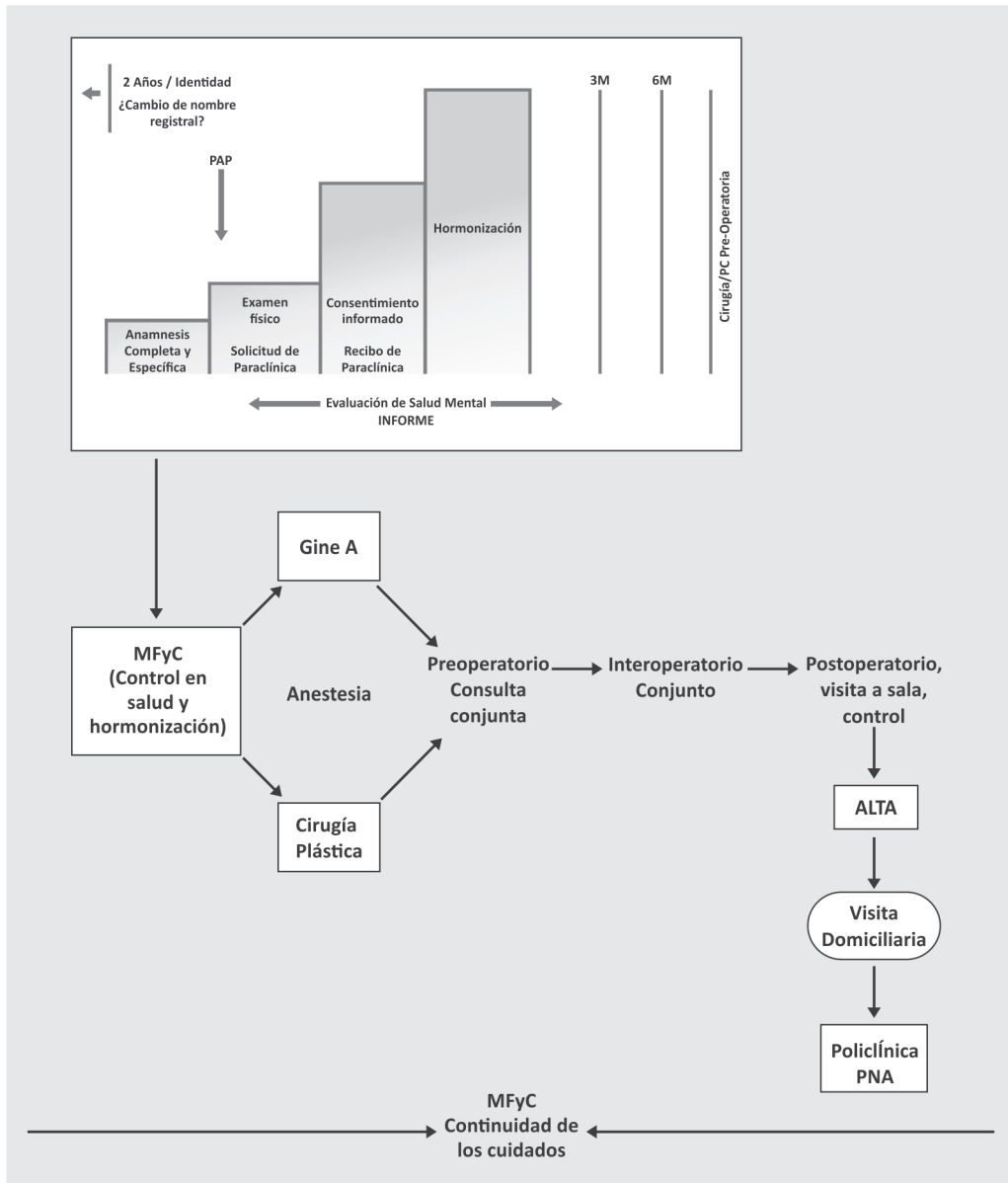
Antes de iniciar el tratamiento es necesaria una evaluación integral del individuo, con historia clínica detallada, evaluación del riesgo cardiovascular, antecedentes, hábitos tóxicos (incluido el tabaquismo), tratamientos farmacológicos, antecedentes de cáncer, hormonodependientes, indagar aspectos laborales, vínculos familiares y otros vínculos afectivos, entre otros. Es necesario un examen físico completo, atendiendo especialmente a situaciones como la inyección de silicona industrial, medición de los testículos y resto del examen genital.

Para consultar acerca de los **estudios previos al tratamiento, los regímenes hormonales, los efectos del tratamiento y las contraindicaciones del mismo, ver el Anexo**, donde se transcribe el protocolo de hormonización realizado por la UDA Saint Bois y ASSE.

Continuidad de los cuidados

Los aspectos quirúrgicos se abordan en la segunda parte del capítulo, pero es importante destacar el papel del equipo de primer nivel de atención en cuanto a la continuidad de los cuidados. Es importante la participación de un mismo equipo en todo el proceso de atención, la coordinación entre servicios de diferentes niveles de atención y la utilización de la visita domiciliaria como una herramienta más en este proceso. Estos aspectos se resumen en el siguiente esquema.

Ilustración "Escalera de abordaje ampliada: Continuidad de los cuidados" (Márquez, 2015)



Al igual que con cualquier otra población, la atención debe ser centrada en la persona, procurando dar una respuesta integral que promueva su salud integral. No se debe caer en el error de atender solo los problemas de salud relacionados con su identidad de género o de dar respuestas fragmentadas.

En Uruguay **las personas trans se encuentran en una situación de desigualdad** frente al resto de la población y, en su mayoría, en una situación particularmente vulnerable. Sistemáticamente son víctimas de hechos violentos, maltratos en distintos ámbitos, se ven expuestas/os a una mirada discriminadora que excluye y margina, lo que repercute en su nivel socio-económico, **afectando directamente su calidad de vida y sus estándares básicos de salud.**

Muchas personas trans **vivencian al sector salud como productor de angustias** y reproductor de una lógica dicotómica hegemónica de sexo y género. Eso limita su acceso al sistema por la falta de formación específica de algunos/as profesionales y por la falta de servicios que brindan los prestadores. Modificar esta situación es fundamental para **garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud** de esta población.

Segunda Parte: Abordaje gineco-quirúrgico a personas trans

Sebastián Ben, Rosina Silva Ledesma, Gabriela Ramos, Soledad Pérez, Luciana Miranda y Leonel Briozzo.¹⁸

Intervenir en los cuerpos de las personas trans significa un cambio de paradigma para la ginecología, ya que esta es una especialización inicialmente asociada exclusivamente a las mujeres. En Uruguay, desde la Clínica Ginecotológica “A”, del Hospital Pereira Rossell, se ha abordado desde el punto de vista integral a los usuarios trans masculinos, realizando incluso intervenciones quirúrgicas como parte de la reasignación de sexo. La metodología incluye trabajo en equipo en forma interdisciplinaria, coordinando en conjunto con medicina familiar y comunitaria, el área de salud mental, trabajo social, infectología, enfermería y cirugía plástica.

Si bien en este apartado se abordan aspectos principalmente quirúrgicos, la Ginecología como especialidad abarca también la asistencia en el primer nivel de atención, lo que determina un desafío en lo que refiere a la capacitación que comprende adquisición de habilidades y destrezas para la correcta atención.

Para éstos/as usuarios/as existen los siguientes planes quirúrgicos:

- Cirugía sobre genitales internos (histerectomía más anexectomía)
- Cirugía sobre genitales externos
- Cirugía mamaria y pectoral (mastectomía o colocación de implantes mamarios)
- Otras: cirugía sobre cuerdas vocales, redistribución de la grasa, etc.

Estas cirugías se realizarían de forma secuencial en diferentes oportunidades, de acuerdo a las preferencias y necesidades de cada usuario/a. En este apartado se abordará la cirugía sobre genitales internos en varones trans, que abarca histerectomía más anexectomía; es decir la extirpación del útero, trompas de Falopio y ovarios.

18 Clínica Ginecotológica “A”. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Indicación de la cirugía

Se destaca que las cirugías antes mencionadas se realizan en usuarios/as sanos/as, siendo este uno de los de los cambios de paradigmas más importantes. Cuando se hace referencia a un usuario/a sano/a, se considera a la salud como bienestar biológico, psicológico y social, tomando a la persona como un todo integrado. Desde ésta perspectiva, la transexualidad no refiere a una patología así como tampoco un trastorno o disforia¹⁹, adhiriendo al proceso de despatologización de la transexualidad impulsado desde la sociedad civil organizada.

Se tiene en consideración que puede resultar polémico el hecho de realizar cirugías mayores en personas sanas. Dichas resistencias pueden ser reflejo de concepciones económico-culturales y religiosas que intentan justificarse en la adecuada administración y gestión de recursos en salud, así como en las concepciones dogmáticas biologicistas que no incluyen la categoría de género en el análisis. Desde ésta perspectiva, se apela al concepto ético de equidad expresado en el principio bioético de justicia, en un intento de elevar la calidad de la asistencia. Se considera que brindar esta prestación a los/as usuarios/as es reforzar, proteger y promover su salud, y reconocer sus identidades más allá de la complejidad y posibles complicaciones que la intervención quirúrgica conlleva.

Requisitos para acceder a la(s) cirugía(s)

- Que el/la usuario/a exprese manifiestamente su deseo por someterse a la(s) cirugía(s)
- Evaluación de parte del equipo interdisciplinario en sus distintas etapas
- Tener la escalera de hormonización completa

Extirpación de útero y ovarios

Vía de abordaje

La extirpación de útero y ovarios (histerectomía más anexectomía) se puede realizar de acuerdo a diferentes abordajes quirúrgicos: convencional (laparotomía), vaginal o laparoscópico. En los usuarios trans masculinos la cirugía laparoscópica es de elección, siendo esta una técnica mini-invasiva en la cual se realizan pequeñas incisiones abdominales,

19 La transexualidad es definida en el DSM-IV como trastorno de la identidad sexual mientras que en DSM -V es clasificada como una disforia. La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 determina la transexualidad como un trastorno de la identidad de género

se insufla la cavidad abdominal y, mediante la utilización de instrumentos y una cadena de visión, se realiza la cirugía. Con este abordaje se conservan vasos, músculos y nervios que pueden ser necesarios en otras etapas de la resignación de sexo, produce menos dolor post operatorio, menos necesidad de analgésicos, permite otorgar un alta precoz, menos adherencias intraabdominales y menor sangrado. La recuperación es más rápida y a nivel estético los resultados son mejores (se evita la presencia de cicatrices que impresionan como cesárea en el cuerpo de varones trans).

Principales aspectos del pre- operatorio

Se requiere de un poder de coordinación, donde la gestión debe ser efectiva y eficiente. Se realiza una historia clínica completa mediante anamnesis general y específica, deteniéndose en antecedentes sexuales, tales como el disfrute en las relaciones sexuales y expectativas del proceso de readecuación, puntualmente de la hysterectomía y anexectomía. Luego se procede al examen físico. La historia clínica en sus respectivas etapas se realiza en tiempos que son variables e implican generar un clima de confianza, especialmente necesario en esta población. Se valoran los estudios paraclínicos preoperatorios generales y específicos (ecografía y PAP). Se explican los beneficios, riesgos y complicaciones. Este proceso incluye la firma de un consentimiento informado específico.

Se sugiere realizar una sensibilización del personal médico y no médico que participan en la atención, para evitar situaciones de mayor estrés a los usuarios.

Complicaciones de la cirugía

Como toda cirugía mayor puede presentar algunas complicaciones, aunque muchos de esos riesgos son poco frecuentes. Algunos de ellos son: complicaciones anestésicas, infección, hemorragia, trombosis, lesión de vísceras huecas, lesión de los uréteres, incontinencia de orina, dolor, complicaciones de la pared abdominal. Se hace mención a la abolición de la capacidad reproductiva y a la posible afectación del metabolismo óseo, como efectos secundarios de la cirugía.

Principales aspectos del post – operatorio

El postoperatorio transcurre en sala de ginecología, el tiempo de internación normalmente es de 24 a 48hs. Se sugiere el acompañamiento del usuario durante la internación por parte de los médicos y psicólogos tratantes del primer nivel de atención. Incluso luego del alta hospitalaria se recomienda realizar un plan de visita domiciliaria. Esas visitas permiten continuar evaluando los cambios y las respuestas del usuario, se apuesta a un real compromiso del equipo, acompañándolo en todo momento, intentando igualmente no volverse intrusivos.

Perspectivas de futuro

Es muy importante el cambio de paradigma de la ginecología que se propone desde la Clínica Ginecotocológica “A”, en la que la ginecología abarca aspectos de salud no solo de mujeres, siendo un pilar para la formación de postgrados en ginecología con habilidades y destrezas necesarias para la atención integral de usuarios/as trans.

La atención actualmente está asegurada como prestación en el subsector público, siendo un elemento clave la universalización de la prestación de servicios hacia el subsector privado y la tendencia a descentralizar el servicio.

El desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva -con todas las ventajas mencionadas- es fundamental para ofrecer el mejor tratamiento a los usuarios.

El trabajo interdisciplinario con otras especialidades quirúrgicas permitirá ofrecer mayores opciones quirúrgicas, actualmente se está comenzando a realizar cirugías mamarias en el Hospital Pereira Rossell en conjunto con el equipo de cirugía plástica.

Tercera parte: Enfoque quirúrgico plástico mamario en personas trans

Cirugías de reasignación de género mamaria: mastectomía plástica en trans masculinos y mastoplastia de aumento en trans femeninas

Carlos Arrué²⁰

El abordaje de las personas trans involucra muchos elementos específicos que son desarrollados en varias etapas. Esta etapa es quirúrgica y configura un peldaño más en la escalera de atención a los/las pacientes trans orientada a la inclusión social, a la igualdad de derechos y la consecución de los mismos.

La cirugía plástica mamaria en estos casos busca incrementar la consonancia género/imagen corporal mediante la utilización de técnicas específicas de la especialidad. Esto permite a las personas que se lo realizan apreciar y evaluar los resultados obtenidos, y a la vez, en algunos casos, (lo pondría así para no excluir a las personas que no quieren la reasignación genital) prepararse para la siguiente etapa que corresponde a la reasignación genital propiamente dicha.

Aspectos Generales

La atención tanto en consulta preoperatoria, fase quirúrgica y cuidados postoperatorios tiene como pilares:

- Lograr una atención humana y de calidad técnica.
- Permitir el más amplio asesoramiento, para que una vez recibida la información los/as pacientes decidan libremente.
- Brindar cirugías con altos estándares internacionalmente comparables.

20 Área de Cirugía Plástica. Hospital de la Mujer. Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).

Aspectos Específicos

Mecanismos de acceso a la consulta

La consulta puede ser realizada libremente por todas aquellos/as usuarios/as que lo soliciten, a través de los mecanismos correspondientes. El lugar físico es la policlínica del Área de Cirugía Plástica ubicada en el Hospital de la Mujer del CHPR.

Indicaciones/contraindicaciones

Se pueden beneficiar de este tipo de cirugía todas aquellas personas que hayan completado los siguientes pasos médicos quirúrgicos:

- Evaluación médica por el equipo tratante primario con adecuada hormonización y seguimiento
- Evaluación psicológica favorable a la cirugía por el equipo tratante
- No presentar contraindicaciones medico/quirúrgicas generales para la cirugía.

Valoración y cuidados preoperatorios

Una vez realizada la valoración clínica se determina si el/la paciente tiene indicación general para la cirugía y no presenta contraindicaciones clínicas para ello.

Se solicitan paraclínica general de rutina incluyendo crisis sanguínea y urocultivo (para descartar infecciones subclínicas).

Específicamente se solicita evaluación imagenológica mamaria correspondiente (mamografía / ecografía) para descartar patología oncológica.

Finalmente se debe realizar la evaluación de las patologías presentes por los especialistas médicos correspondientes así como una evaluación anestésica. Los/las usuarios/as que tengan más de 40 años, sean fumadores/as o presenten patología cardiovascular o pleuro pulmonar requerirán realizar electrocardiograma (ECG), Rayos X (radiografía) de tórax, consulta con cardiólogo y eventualmente neumólogo.

Los/las usuarios/as deben estar completamente compensados de sus patologías médicas y presentar una función orgánica que sea compatible con el procedimiento.

Es necesaria también una correcta inmunización antitetánica.

Cuidados preoperatorios específicos

Previo a la cirugía es necesario suspender ciertas medicaciones y/o hábitos:

Hábitos y medicaciones a suspender

- Suspender la hormonización 2-3 semanas antes para minimizar las potenciales complicaciones tromboembólicas.
- No consumir ácido acetilsalicílico (AAS) en las 2 semanas previas para minimizar el sangrado intra y postoperatorio.
- Suspender hábito tabáquico, suplementos de nicotina y consumo de cannabis 1 mes previo a cirugía para mejorar potencialidad de cicatrización y disminuir posibilidad de necrosis de tejidos, dehiscencia de sutura, extrucción protésica.
- Suspender uso de fajas compresivas mamarias por 1 mes con objetivo de mejorar la vascularización local y la cicatrización.
- Suspender depilación y afeitado local 72 horas antes para disminuir la irritación local y la posibilidad de foliculitis.

Se recomienda, en el caso de necesidad de implantes quirúrgicos mamarios, se realice un manejo profesional interinstitucional para evitar la pérdida de esterilidad por almacenaje incorrecto por parte de las usuarias.

Los/as usuarios/as deben contar con una prenda compresiva de tensión suave/moderada para el postoperatorio inmediato: faja elástica mallada para mastectomía plástica y top deportivo lycra algodón para mastoplastia de aumento.

La presencia de cualquier infección en curso determinará el aplazamiento de la cirugía hasta lograr una adecuada recuperación.

Aspectos Quirúrgicos

Se realizan dos tipos generales de cirugías mamarias de reasignación de género:

1. Mastectomía plástica para los usuarios trans masculinos
2. Mastoplastia de aumento para las usuarias trans femeninas

Las técnicas son específicas y se pueden realizar bajo diferentes tipos de anestesia según cada caso, siendo la más utilizada la anestesia general.

Mastectomía plástica para los usuarios trans masculinos

La intervención consiste en extirpar la glándula mamaria respetando la piel que la recubre y el complejo areola-pezón. Esto producirá una ausencia del volumen mamario en la región torácica lo que redundará en lograr una apariencia más adecuada al género.

Destacamos que es una cirugía con detalles específicos hacia la reasignación y que es diferente a la mastectomía oncológica y a las técnicas de reducción mamaria en las cuales los objetivos son otros.

Según el caso se realizará una incisión en la parte inferior de la areola o alrededor de toda ella y/o extendido horizontalmente o a nivel del surco mamario.

A través de esta incisión, se extirpa la glándula mamaria. Se envía la pieza a evaluación anatomopatológica. Se controla la hemostasis. Se realiza un rearmado de los tejidos restantes para evitar defectos visuales y se sutura por planos. Puede ser necesaria la colocación de drenajes aspirativos. También pueden ser necesarias incisiones complementarias -para reducir tamaño de areola y pezón- las que pueden realizarse en la misma cirugía o en diferido. En algunos casos puede ser necesario extraer totalmente la areola para después injertarla sobre la piel torácica (amputación injerto). Inmediatamente después de la curación se coloca una prenda compresiva suave mallada (faja) que se mantendrá por un mes aproximadamente.

Evolución, complicaciones y cuidados postoperatorios específicos

La evolución postoperatoria habitualmente es rápida y favorable. El dolor es bien tolerado y tratado adecuadamente solo con antiinflamatorios no esteroideos (AINES), siendo no deseable el uso de opiáceos postoperatorios por la potencialidad hemética. Se indica deambulación temprana suave en las primeras 24 horas.

Las complicaciones inmediatas más importantes a identificar son:

- El hematoma es la más importante a descartar en las primeras 24 horas. Es evidenciable como un aumento repentino del volumen mamario con fluctuación y tensión en la piel. Puede ser necesario drenaje en sala de internación o block quirúrgico. Debe diferenciarse de las equimosis subcutáneas, presentes habitualmente, que pueden corresponder a infiltración anestésica o manipulación tisular. Estas no presentan aumento de volumen y no requieren tratamiento quirúrgico. Es fundamental el correcto control de funcionamiento y permeabilidad de los drenajes para prevenir la acumulación de líquidos.

- La congestión venosa mantenida del complejo areola pezón debe ser prevenida y tratada siempre porque puede llevar a la necrosis tisular con pérdida parcial o total del complejo. En las primeras 24 horas es fundamental controlar la vitalidad de los complejos (cada 1-2 horas). En caso de congestión deben ser corregidos elementos de posible compresión, por ejemplo retirar la faja, identificar y tratar un hematoma.
- La infección quirúrgica es una complicación rara dado el uso de antibióticos de manera profiláctica, sin embargo es fundamental identificar su aparición generalmente después de las 48 horas postoperatorias.

Mastoplastia de aumento para las usuarias trans femeninas

Es un procedimiento quirúrgico destinado a aumentar el volumen mamario. El aumento de la mama se consigue implantando prótesis mamarias de silicona médica. Esto redundará en lograr una apariencia más adecuada al género.

Las incisiones de abordaje se pueden realizar en el surco submamario o hemiareolar inferior o en la axila, siendo de un porte de entre 4 y 6 cm según el volumen del implante necesario.

A través de estas incisiones se realiza un bolsillo para la colocación protésica, la que puede ubicarse retroglandular, subfacial pectoral o submúsculo pectoral parcial (dual plane) según la evaluación preoperatoria.

Previo a la colocación del implante se realiza un correcto control de la hemostasis para disminuir la posibilidad de hematoma. Finalmente se cierra la herida por planos para proteger al implante adecuadamente y prevenir la dehiscencia. En algunos casos puede ser necesario la utilización de algún tipo de drenaje.

Evolución, complicaciones y cuidados postoperatorios específicos

La evolución postoperatoria habitualmente es rápida y favorable. El dolor generalmente es bien tolerado, siendo un poco mayor en los casos de colocación retromuscular o subfascial. Igualmente es tratado adecuadamente con AINES, siendo no deseable el uso de opiáceos postoperatorios por la potencialidad hemética. Las usuarias pueden sentir sensación de tensión importante. Se indica deambulación temprana suave en las primeras 24 horas.

Las complicaciones inmediatas y alejadas más importantes a identificar son:

- El hematoma es la más importante a descartar en las primeras 24 horas. Un hematoma no tratado puede determinar dehiscencia de sutura, exposición

protésica y/o infección. Es evidenciable como un aumento repentino del volumen mamario con gran tensión en la piel. Su drenaje quirúrgico debe ser realizado solamente por equipo entrenado en condiciones de asepsia adecuadas para evitar la contaminación del implante. Debe diferenciarse de las equimosis subcutáneas, presentes habitualmente, que pueden corresponder a infiltración anestésica o manipulación tisular. Estas no presentan aumento de volumen y no requieren tratamiento quirúrgico. Es fundamental verificar el correcto control de funcionamiento y permeabilidad de los drenajes (si los hubiera) para prevenir la acumulación de líquidos.

- El seroma es otra colección periprotésica posible. Puede aparecer en los primeros días (cercano a la semana), pero también puede aparecer después del mes o hasta años después de la cirugía. Se debe sospechar la presencia de un seroma en aquellos casos en que haya un aumento repentino del volumen, con calor y eritema local. Puede haber salida de líquido citrino por la herida/cicatriz. Puede ser útil realizar antibioticoterapia oral profiláctica con cefalosporinas de primera generación o trimetropim/sulfametoxazol por la posibilidad de infección subclínica. El manejo quirúrgico del seroma debe ser evaluado y tratado por equipo entrenado, en condiciones de asepsia adecuadas, para evitar la contaminación del implante.
- La dehiscencia de sutura es una complicación muy importante que debe ser descartada precozmente porque puede conducir a la exposición del implante, su subsecuente contaminación y necesidad de extracción. La dehiscencia puede ser inmediata (en los primeros días) o tardía (hasta cerca de un mes o más) por necrosis tisular o colección líquida periprotésica no tratada.
- La infección quirúrgica es una complicación rara dado el uso de antibióticos de manera profiláctica, sin embargo es fundamental identificar su aparición, generalmente después de las 48 horas postoperatorias. El tratamiento sigue las líneas habituales según necesidad: antibioticoterapia oral, intravenosa, drenaje quirúrgico en caso de colección. La infección franca requiere la remoción quirúrgica del implante a cargo de equipo entrenado.
- La congestión venosa mantenida del complejo areola pezón es mucho menos habitual que en los casos de mastectomía (ver arriba), sin embargo, es posible sobre todo en los casos en que se realizan procedimientos complementarios como la mastopexia (elevación de la mama). Allí es fundamental controlar la vitalidad de los

complejos, sobre todo en las primeras 24 a 48 horas. En caso de congestión deben ser corregidos elementos de posible compresión, por ejemplo retirar top deportivo, identificar y tratar una colección periprotésica. En caso de necesidad de algún tipo de punción diagnóstica, esta se debe realizar siempre bajo ecografía y por equipo entrenado para evitar lesionar el implante.

- Se puede realizar control imagenológico mamario en las pacientes con implantes (ecografía, mamografía, resonancia magnética nuclear (RMN)). Es conveniente realizarlo como mínimo a partir de los 6 meses postoperatorios para evitar confusiones diagnósticas con los procesos quirúrgicos. Se debe informar a los/as técnicos/as actuantes la presencia de implantes.

Introducción a la cirugía genital en la reasignación de género

La cirugía genital en este protocolo de trabajo se realizará de manera diferida e independiente de la fase mamaria (1 año). Esto tiene 3 beneficios:

- Permite a los/as usuarios/as evaluar y apreciar los resultados de la cirugía mamaria.
- Prepararse adecuadamente para esta cirugía genital la cual es irreversible
- Posibilita una más detallada atención de cada área lo que mejora los resultados estéticos reconstructivos.

Se trata de cirugías complejas que presentan un nivel de complicaciones, sobre todo funcional, más elevado que las anteriormente expuestas y/o mayor morbilidad por presencia de más cicatrices. El manejo de esta etapa será multidisciplinario e involucra a ginecólogos/as, urólogos/as y cirujanos plásticos cooperando de manera horizontal, en una misma cirugía, para la consecución de los mejores resultados y la disminución de las complicaciones.

Las cirugías planteadas para usuarios trans masculinos incluyen:

Vaginectomía, vulvectomía, alargamiento uretral, faloplastia, escrotoplastia, inclusión de implantes testiculares y peneanos.

Las cirugías planteadas para usuarias trans femeninas incluyen:

Penectomía y orquiectomía, acortamiento uretral, vaginoplastia, vulvoplastia, clitoroplastia.

Las cirugías buscan lograr estética, función sexual y urinaria, compatibles al género asignado. Los pilares en esta etapa son iguales a los expuestos previamente, en relación a lograr una atención humana y de calidad técnica, brindar cirugías con altos estándares y, sobre todo, entregar el más amplio asesoramiento respecto a las técnicas, para que una vez recibida la información, los/as usuarios/as decidan libremente.

Referencias bibliográficas

- American Psychological Association. (2014). *DSM- V*. Washington: APA.
- Bye, L; Gruskin, E; Greenwood, G; Albright, V. y Krotki, K. (2004). *The 2003 California Lesbian, Gays, Bisexuals, and Transgender (LGBT) Tobacco Survey, San Francisco*. CA: Field Research Corporation,
- Berkins, L. y Fernández, J. (2007). *La gesta del nombre propio. Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina*. Buenos Aires: Ed. Madres de Plaza de Mayo.
- Calvo, M. (2011). *Si la biología no es determinante, que la cultura no sea limitante: Aportes para incorporar la realidad de las personas trans a las políticas de juventud*. Montevideo: MIDES.
- Centurión, M; Duranti, R; Hessling, M; Leone, G y Sotelo, J. (2008). *Salud, VIH-SIDA y sexualidad trans. Atención de la salud de personas travestis y transexuales. Estudio de seroprevalencia de VIH en personas trans*. Buenos Aires: Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.
- Chu, J; Gange, S; Anastos, K; Minkoff, H; Cejtin, H; Bacon, M; Levine, A y Greenblatt, R. (2005). Original contribution-Hormonal Contraceptive Use and the Effectiveness of Highly Active Antiretroviral Therapy. *American Journal of Epidemiology*, 161(3), 881-890.
- Clements-Nolle, K; Katz, M. H. y Marx, R. (1999). *Transgender Community Health Project: Descriptive results*. San Francisco: San Francisco Department of Public Health.
- Connell, R. W. (1989). Cool guys, swots and wimps: the interplay of masculinity and education. *Oxford review of education*, 15(3), 203-291.
- Coppelillo, F. (2013). Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la Atención Primaria y la Medicina Familiar. *Archivos de Medicina Familiar y General*, 10 (5), 45-50.
- Escuredo, B. y Limon, E. (2011). Enfoque personal y familiar en aps. Atención familiar y salud comunitaria. *Elsevier*, 1(3), 19-33.

- Filardo, V. (2010). *Transiciones a la adultez y educación*. Montevideo: Cuadernos del UNFPA, 4(5).
- Futterweit, W. (1998). Endocrine Therapy of Transsexualism and Potential Complications of Longterm Treatment. *Arch Sex Behav*, 27(2), 209-226.
- Gooren, L; Giltay, E y Bunck, M. (2007). Long-Term Treatment of Transsexuals with Cross-Sex Hormones: Extensive Personal Experience. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93(4), 119-125.
- Gowran, S. (2004). 'See no evil, speak no evil, hear no evil? The experiences of lesbian and gay teachers in Irish schools. Primary voices: Equality, diversity and childhood in Irish primary schools, 37-55.
- Instituto Nacional de Estadística. (2011). *Anuario estadístico 2011*. Montevideo: INE.
- Israel, G. y Tarver, D. (1997). *Transgender Care-Recommended guidelines, practical information and personal accounts*. Philadelphia: TempleUniversity Press, Philadelphia.
- Lukomnik, J. (2013). *La identidad de género en las políticas sociales. Informe de monitoreo de las políticas de inclusión para población trans*. Montevideo: MIDES.
- Lukomnik, J. y Ramos, M. (2012). *Relevamiento de necesidades de salud en personas trans*. Montevideo: MYSU.
- Ministerio de Salud Pública. (2009). *Directrices para la atención integral de la salud de las/os trabajadoras/es sexuales*. Montevideo: MSP.
- Ministerio de Salud Pública, (2013). *Unidad de Gestión Proyecto Fondo Mundial para el SIDA – MSP y Grupo RADAR con apoyo financiero de El Fondo Mundial De Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. Situación y desafíos para la inclusión social y el derecho a la salud de las personas trans femeninas en Uruguay*. Montevideo: MSP.
- Moore, E; Wisniewski, A. y Dobs, A. (2003). Endocrine Treatment of Transsexual People: A Review of Treatment Regimens, Outcomes, and Adverse Effects. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 88(3), 3467-3473.

- ONU. (2006). *Principios de Yogyakarta sobre la aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género*. Ginebra: ONU.
- Prior, J; Vigna, Y y Watson, D. (1989). Spironolactone with physiological female steroids for presurgical therapy of male to female transsexualism. *Arch. Sex. Behav*, 18(2), 49-57.
- Roa, R. y Siede, J. (2001). Proceso clínico centrado en el paciente. *Ed. Medica Panamericana*, 13(4), 53 -63.
- Rocha, C. (2013). *Políticas de juventud y diversidad sexual. Aportes desde el análisis del programa "+ Centro: Centros Educativos Abiertos"*. En *Asesoría Marco en Políticas Sociales (2013). Políticas públicas y diversidad sexual: Análisis de la heteronormatividad en la vida de las personas y las instituciones. Informe Final*. Montevideo: MIDES.
- Saez, M. (2008). Modelo clínico centrado en el paciente. *Archivo de Medicina Familiar*, 5(1), disponible en <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/viewFile/64/>
- Sáez Sesma, S; Rullán Bertson, R; Luengo Matos, S; Bataller, V; Cambasani, O; Casanova, A; Becerra Fernández, A; Abenoza, R y Antonelli, C. (2003). *Guía Transexualidad*. Zaragoza: Consejo de la Juventud del Principado de Asturias.
- Schlatterer, K; von Werder, K. y Stalla, G. (1996). *Multistep treatment concept of transsexual patients*. Munich: ExpClinEndocrinol Diabetes.
- Schlatterer, K; Yassouridis, A; Von Werder, K; Poland, D; Kemper, J; y Stalla, G. K. (1998). A follow-up study for estimating the effectiveness of a cross-gender hormone substitutiontherapy on transsexual patients. *Archives of Sexual Behavior*, 27(6), 475-492.



ANEXO:

Protocolo de Hormonoterapia Cruzada

Endocrinología	Medicina Familiar y Comunitaria
<p>Dr. Mauricio Gutiérrez. Endocrinólogo. RAP – ASSE Metropolitana.</p> <p>Dra. Lilia Martin. Referente Endocrinología y Diabetes. Equipo Técnico Asesor RAP - ASSE Metropolitana.</p> <p>Dra. Elizabeth Ibarra Facal. Endocrinóloga. Hospital Maciel – ASSE.</p>	<p>Dra. Mónica Olinisky. Prof. Adj. Departamento Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina – Udelar.</p> <p>Dra. Clara Niz Prof. Agda. Departamento Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina – Udelar.</p> <p>Prof. Dr. Julio Vignolo. Departamento Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina – Udelar.</p>
Coordinador	
<p>Dr. Daniel Márquez. Adjunto Presidencia de ASSE y Asistente Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria Facultad de Medicina – Udelar.</p>	

Agradecimientos

A la Dra. Fernanda Lozano, Médica Legista de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, por revisión del documento.

A la Dra. Cristina Alonso, Endocrinóloga, por su trabajo realizado en el MSP sobre la temática.

Al Dr. Diego Sempol, Docente Investigador Facultad de Ciencias Sociales – Ovejas Negras.

A la Dra. Mónica Gorgoroso – Coordinadora del Programa Salud, Mujer y Género – ASSE.



Instituciones

ASSE Salud.

RAP ASSE Metropolitana.

Udelar. Facultad de Medicina. Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. UDA Saint Bois.

Introducción

Se define como variabilidad de género, al grado en el que la identidad de género difiere de las normas culturales para personas de un sexo concreto.

Desde hace algunos años, múltiples sociedades civiles y científicas han instado a la despatologización de la variabilidad de género. En ese sentido la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH) en 2010 señala que “la expresión de las características de género, incluidas las identidades, que no están asociadas de manera estereotipada con el sexo asignado al nacer, es un fenómeno humano común y culturalmente diverso que no debe ser juzgado como inherentemente patológico o negativo”. (1)

La hormonización cruzada permite, mediante la administración de agentes endócrinos, la atenuación de los caracteres sexuales secundarios propios y la inducción de los caracteres del sexo con el que se identifica. (2)

Los cambios buscados por el usuario varían desde rasgos corporales ambiguos (andrógino), hasta un grado máximo de masculinización o feminización cruzada.

Esta intervención es plausible de aplicar a personas con variabilidad de género independiente de la presencia de discomfort con el sexo biológico.

Podrá prescribirse a la persona que lo solicite y cumpla los criterios de tratamiento, independientemente de si se somete o no a cirugía de reasignación de sexo.



Objetivos del Tratamiento (3)

1. Reducir los niveles de hormonas sexuales predominantes para el sexo biológico.
2. Administración de las hormonas sexuales predominantes para el género con el que se vive, siguiendo las mismas pautas que para el paciente con hipogonadismo.

Criterios del Tratamiento

Antes de iniciar el tratamiento hormonal hay que comprobar que el paciente cumple los criterios de elegibilidad. Si no se cumplen estos criterios no puede iniciarse ningún tratamiento.

Tabla 1. Criterios de elegibilidad para el tratamiento hormonal.

- Tener la capacidad y el grado de madurez necesario para la toma de la decisión en forma válida. En caso de niños/as y adolescentes rigen los mismos criterios que para las demás consultas médicas y en salud sexual y reproductiva. La madurez, en caso de adolescentes es valorada por el equipo de salud, como en otros actos médicos, y en caso de duda puede realizarse interconsulta con especialistas en psicología y psiquiatría infantil y adolescente. Al igual que en otras situaciones, como establece la normativa se propenderá a que las decisiones se adopten en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de su confianza, debiendo respetarse en todo caso la autonomía progresiva de los adolescentes.
- Conocimiento de riesgos y beneficio de la hormonoterapia.
- Se recomienda un año de experiencia de vida con la identidad de género (la expresión de las características de género asociadas con el sexo elegido y no el asignado al nacer).
- Descartar sicopatía asociada que pueda ser agravada por el tratamiento hormonal. El médico valorará la necesidad y oportunidad de realizar interconsulta con salud mental.



Efectos del Tratamiento Hormonal

Los cambios corporales de la hormonoterapia se producen gradualmente y presentan una variabilidad individual. El resumen de los cambios, tiempo de inicio y de efecto máximo se puede apreciar en la tabla 2. (4)

Los principales cambios de la hormonoterapia de feminización incluyen: mayor emotividad al inicio del tratamiento, redistribución de la grasa corporal por un patrón de tipo ginoide (aumentada en caderas), disminución de masas musculares, desarrollo mamario (en las fases iniciales puede ser dolorosa), disminución del vello corporal (normalmente no hay respuesta completa), detención de la calvicie de patrón masculino, disminución de la libido, y de la fertilidad (atrofia testicular). Si bien la mayoría de los cambios son reversibles al suspender el tratamiento, no es posible predecir el comportamiento de los mismos en todos los pacientes. Si la hormonoterapia se produce luego de la pubertad no ocurren cambios en el tono de la voz, dado que ya se ha desarrollado la laringe adulta. (2) (4)

Los cambios de la hormonoterapia de masculinización son más fáciles de conseguir: aumento del vello facial y corporal, aumento de masas musculares, aumento de libido, desarrollo de calvicie de patrón masculino y amenorrea. Se produce una voz más grave sin llegar al tono masculino y no se producen cambios en el desarrollo mamario.

Tabla 2: Resumen de los cambios esperados, tiempos para el inicio de los mismos y tiempo de lograr los máximos efectos.

Tabla 2a. Efectos y Tiempo esperado de las hormonas Masculinizantes		
Efecto	Inicio	Máximo Efecto
Oleosidad piel/acné	1-6 meses	1-2 años
Crecimiento del vello facial/corporal	3-6 meses	3-5 años
Alopecia androgénica	> 12 meses	Variable
Aumento de la masa muscular / fuerza	6 -12 meses	2-5 años
Redistribución de la grasa corporal	3-6 meses	2-6 años



Cese de las menstruaciones	2-6 meses	n/a
Aumento del clítoris	3-6 meses	1-2 años
Atrofia vaginal	3-6 meses	1-2 años
Profundización de la voz	6-12 meses	1-2 años

Efecto	Inicio	Máximo Efecto
Redistribución de la grasa corporal	3-6 meses	2-5 años
Disminución de la masa muscular / fuerza	3-6 meses	1-2 años
Suavización de la piel / disminución de la oleosidad	3-6 meses	Desconocido
Disminución de la libido	1-3 meses	1-2 años
Disminución de las erecciones espontáneas	1-3 meses	3-6 meses
Disfunción sexual masculina	Variable	Variable
Crecimiento mamario	3-6 meses	2-3 años
Disminución del volumen testicular	3-6 meses	2-3 años
Disminución de producción de esperma	Variable	Variable
Perdida y crecimiento desacelerado de vello corporal o facial	6-12 meses	> 3 años
Calvicie de patrón masculino	Sin rebrote	1-2 años
Cambios en la voz	No	n/a

Antes de iniciar el tratamiento es necesario explicar en forma individualizada los riesgos y beneficios, aclarando que los tiempos en los cambios informados son promedios estadísticos, que dependen de fenómenos individuales.



Es necesario no generar falsas expectativas, manejando adecuadamente la ansiedad de los usuarios.

Debemos asegurarnos que el paciente comprende toda la información brindada. Antes de iniciar el tratamiento hormonal el paciente debe firmar el Consentimiento Informado.

Contraindicaciones de la hormonoterapia

Hormonoterapia de Feminización:

- Enfermedad tromboembólica.
- Cardiopatía isquémica.
- Enfermedad cerebrovascular.
- Hipertensión no controlada.
- Hiperprolactinemia y/o Prolactinoma.
- Hepatopatía grave (transaminasas > 3 veces el límite superior de normalidad).
- Cáncer de mama.
- Migraña intensa.
- Falla renal.
- Hipertrigliceridemia severa.
- Obesidad Mórbida.
- Diabetes mal controlada.
- Historia familiar de cáncer de mama.
- Psicosis Activa.

Hormonoterapia de Masculinización:

- Eritrocitosis (hematocrito > 55%).
- Hepatopatía grave (transaminasas > 3 veces el límite superior de normalidad).
- Cáncer de mama o útero.
- Falla renal.
- Hipertrigliceridemia severa.



- Obesidad mórbida.
- Diabetes mal controlada.
- Psicosis Activa.
- Cardiopatía isquémica.
- Hipertensión no controlada.

En ambas situaciones el tabaquismo multiplica los riesgos.

Riesgos de hormonoterapia

El tratamiento hormonal tiene consecuencias a nivel metabólico, produciendo modificaciones en la distribución de la composición de tejido graso y muscular, que inducen aumentos de peso corporal y de la presión arterial (PA). Estas variables deben ser valoradas previo al inicio del tratamiento y en los controles sucesivos.

El tratamiento con andrógenos produce un aumento de la resistencia a la insulina, modificación del perfil lipídico y puede producir alteración de las enzimas hepáticas.

El tratamiento hormonal presenta riesgos a vigilar, aparte de enfermedades mentales, determinadas situaciones y cuadros orgánicos contraindican el tratamiento con hormonas sexuales, ya que supondrían mayor riesgo que beneficio.

Los principales riesgos de la hormonoterapia se describen en las tablas 3 y 4.



Tabla 3: Riesgos a vigilar mediante la valoración clínica y eventualmente paraclínica

Hormonoterapia de Feminización:

Riesgo muy elevado de efectos adversos:

- Enfermedad tromboembólica.
- Riesgo de moderado a alto de efectos adversos:
- Hiperprolactinemia.
- Hepatopatía grave (transaminasas > 3 veces el límite superior de normalidad).
- Cáncer de mama.
- Cardiopatía isquémica.
- Enfermedad cerebrovascular.
- Migraña intensa.

Hormonoterapia de Masculinización:

Riesgo muy elevado de efectos adversos:

- Eritrocitosis (hematocrito > 55%).
- Riesgo de moderado a alto de efectos adversos:
- Hepatopatía grave (transaminasas > 3 veces el límite superior de normalidad).
- Riesgo de moderado a bajo de efectos adversos:
- Cáncer de mama o útero.

En ambos THM y TMH el tabaquismo multiplica el riesgo.



Tabla 4: Resumen de la mayoría de los riesgos de la hormonoterapia (1)

Nivel de Riesgo	Feminizantes	Masculinizantes
Probable riesgo aumentado	Enfermedad tromboembólica venosa ¹ Cálculos biliares Aumento enzimas hepáticas Aumento de peso Hipertrigliceridemia	Policitemia Aumento de peso Acné Alopecia androgénica Apnea del sueño
Probable aumento de riesgo si hay factores de riesgo adicionales ²	Enfermedad Cardiovascular	
Posible aumento de riesgo	Hipertensión Hiperprolactinemia o prolactinoma	Aumento enzimas hepática Hiperlipidemia
Posiblemente aumento de riesgo en presencia factores de riesgo adicionales	Diabetes tipo 2	Desestabilización de ciertos trastornos psiquiátricos ³ Enfermedad cardiovascular Hipertensión Diabetes tipo 2
Sin evidencia concluyente o documentada de aumento de riesgo.	Cáncer de Mama	Perdida de densidad ósea Cáncer de mama Cáncer cervical Cáncer de ovario Cáncer uterino

1. El riesgo es mayor con la administración de estrógenos orales que con la administración de estrógenos transdérmicos

2. Otros factores incluyen la edad.

3. Incluye trastorno bipolar, esquizoafectivo y otros que pueden presentar síntomas maníacos o psicóticos. Este evento adverso parece estar asociado a dosis más altas o concentraciones supra-fisiológicas de testosterona en sangre.



Dada la disminución de la fertilidad de estos pacientes, se informará sobre las opciones de preservación de gametos, así como de las técnicas de reproducción asistida.

Evaluación clínica inicial

Es importante puntualizar que la atención debe ser centrada en la persona igual que en la población general.

La evaluación de las personas trans antes de iniciar el tratamiento hormonal requiere anamnesis, examen físico y valoración paraclínica.

La anamnesis debe ser detallada. Es prioritario evaluar capacidad intelectual, consignar máximo nivel de instrucción. Es importante indagar sobre la presencia de los factores de riesgo cardiovascular, antecedentes personales y familiares de trombosis venosa y/o tromboembolismo pulmonar (TEP), trombofilia, insuficiencia venosa crónica, cardiopatía isquémica, hepatopatía, patología psiquiátrica que pueda agravarse, ataque cerebrovascular (ACV), problemas uro-andrológicos o ginecológicos, tratamientos farmacológicos actuales y previos, hábitos tóxicos y antecedentes personales o familiares de cáncer hormono-dependiente.

Indagar aspectos de la familia, de pareja, existencia de otros vínculos y apoyos, indagar trabajo, conformidad con el mismo, posibles amenazas y/o factores de riesgo.

Es pertinente la evaluación de los valores culturales y religiosos.

Es fundamental relevar presencia de factores protectores en lo personal, familiar y en su entorno inmediato.

Examen físico. Además de lo recomendable según edad y sexo, se debe recoger: PA, hábito externo, presencia de vello, una exploración genital y mamaria así como la presencia de plastias.



Tabla 5: Paraclínica Inicial

Básica	Extendida según clínica y antecedentes
Glucemia	Coagulación
Creatinina	17-OH-Progesterona
Ionograma	DEAHS
Hemograma	Androstenediona
Perfil lipídico	Cortisol basal
Enzimograma hepático	Serología hepatitis B, C, HIV y VDRL
FSH	Cariotipo
LH	Ecografía ginecológica
Estradiol	Mamografía
Testosterona Total	ECG
PRL	Colpocitología
TSH	

Tratamiento hormonal feminizante (1) (5) (6)

La feminización se consigue mediante el uso de diferentes estrógenos:

17β-estradiol: Es el estrógeno de elección y dado que es menos trombogénico que el etinilestradiol. Puede administrarse por vía oral o transdérmica. La vía transdérmica se prefiere en mayores de 40 años porque produce menos efectos secundarios.

Si se realiza orquiectomía deben reducirse las dosis al mínimo de manera que no se produzcan síntomas de deficiencia y que al mismo tiempo se proteja de la osteoporosis.



Para monitorizar el tratamiento estrogénico deben medirse los niveles de estradiol y testosterona en sangre. El nivel de estradiol debe mantenerse en el valor medio diario de las mujeres premenopáusicas (< 200 pg/mL) y el nivel de testosterona debe estar en el rango femenino (< 55 ng/dl).

La supresión de los caracteres sexuales originales puede realizarse mediante compuestos que ejercen un efecto antiandrógeno por diferentes mecanismos:

Fármacos que bloquean los receptores androgénicos: Acetato de ciproterona y espironolactona.

Fármaco	Dosis Inicial	Dosis Máxima
Valerato de Estradiol	2.0 mg/día	6.0 mg/día
17βestradiol gel	2.0 mg/día	6.0 mg/día
Acetato de Ciproterona	50 mg/día	100 mg/día
Espironolactona	100 mg/día	200 mg/día

El seguimiento se realizará cada 2-3 meses en el primer año y luego semestral o anualmente:

- Cambios caracteres sexuales.
- Búsqueda de efectos adversos.
- Presión arterial.
- Hemograma
- Creatininemia
- Ionograma (Especialmente control del potasio si recibe espironolactona)
- Función hepática
- Glucemia
- Perfil lipídico
- Testosterona Total (< 55 ng/dl).
- Estradiol (< 200 pg/mL)
- PRL (< 25 ng/ml)
- Cribado de cáncer de mama como en el caso de la mujer biológica



Tratamiento hormonal masculinizante

Se emplea testosterona por vía intramuscular o transdérmica (presentación en gel).

El tratamiento debe continuar tras la ooforectomía para prevenir los sofocos, la pérdida de las características masculinas y sobre todo la osteoporosis. Si persisten las menstruaciones podrían utilizarse progestágenos, la ablación endometrial o la histerectomía y doble ooforectomía.

Fármaco	Dosis Inicial	Dosis Máxima
Enantato de Testosterona i/m	100 mg/15 días	250 mg/15-21 días
Dihidrotosterona gel 1%	50 mg/día	100 mg/día

El seguimiento se realizará cada 2-3 meses en el primer año y luego semestral o anualmente:

- Cambios caracteres sexuales.
- Búsqueda de efectos adversos.
- Presión Arterial.
- Hemograma: Hb y Hematocrito (terapia se interrumpirá o disminuirá la frecuencia con Hematocrito > a 55% o Hemoglobina > a 17 mg/dl).
- Creatininemia.
- Función hepática.
- Glucemia, y HbA1c si es diabético.
- Perfil lipídico.
- Testosterona (Punto medio entre dosis). Entre 300 ng/dl y 700 ng/dl.
- Estradiol (< 50 pg/ml).
-
- PRL (<25ng/ml).
- Considerar Densitometría ósea basal si hay riesgo de fractura osteoporótica.

Medir los niveles de estradiol durante los primeros 6 meses o hasta que se detengan las menstruaciones. Deben mantenerse por debajo de 50 pg/ml.



Si hay tejido cervical presente se realizará colpocitología con técnica de PAP según recomendaciones para la población general. Si no se realizó mastectomía y si no tiene factores de riesgo para cáncer de mama realizar mamografía según las recomendaciones para población de riesgo intermedio.

Sugerencias a los equipos de salud:

El seguimiento debe estar signado por un abordaje integral de las personas considerando las repercusiones en el plano individual, en el ámbito de la pareja, familiar, social, laboral. Es importante monitorizar el grado de cumplimiento de las expectativas y la existencia de frustraciones.

Conocer estos aspectos es de relevancia ya que muchas veces es ahí donde radica la explicación al abandono de tratamientos o a prácticas no recomendadas autoadministradas o administradas por personas no autorizadas.

Se debe tener presente el concepto de prevención definido por la OMS como “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas”. Estrategia de Atención Primaria que hace efectiva la atención integral de los individuos.

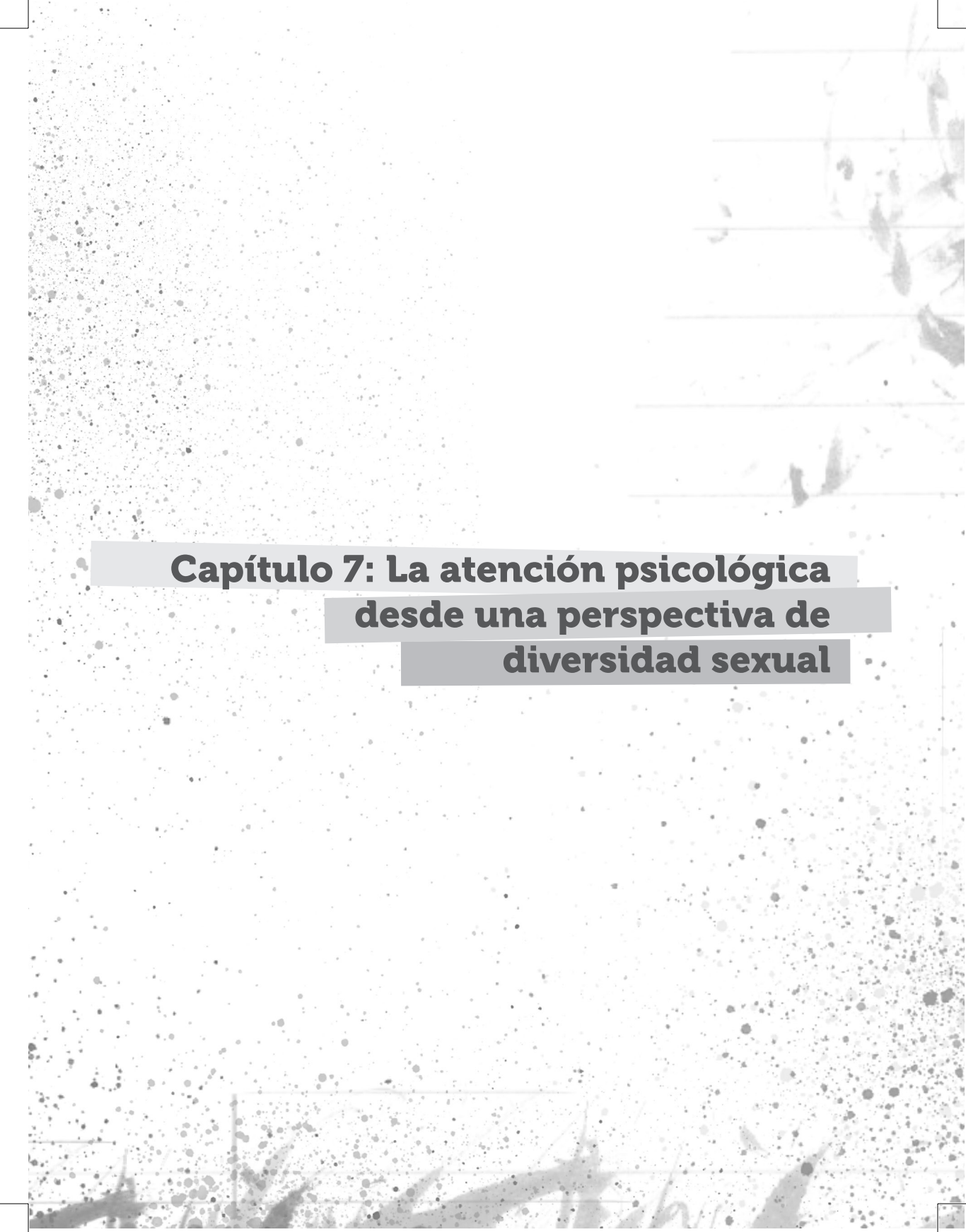
Es fundamental que estas personas igual que la población general tengan un médico de referencia que pueda contribuir sustancialmente al cuidado de su salud y a la resolución de sus problemas de salud.

Antes del inicio de la hormonoterapia en ambos sexos:

- Recomendar Cese de hábito tabáquico.
- Estimular el ejercicio físico regular.
- Fomentar alimentación adecuada, saludable, con bajo contenido en sodio, grasas y azúcares simples, rica en frutas y verduras, escasamente procesada.
- Orientar para evitar el consumo abusivo de alcohol.
- Pesquisar la presencia de violencia, particularmente violencia sexual comercial y no comercial.
- Indagar apoyo familiar y soporte social

Bibliografía

- 1) Eli Coleman, et al. Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género. Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH). www.wpath.org. 2012.
- 2) Alonso, Cristina. Tratamiento Hormonal Cruzado. Hormonización de personas trans. MSP. 2014.
- 3) Protocolo de Atención Sanitaria a Personas Transexuales. Gobierno de Canarias, Consejería de Sanidad, Servicio Canario de Salud, Dirección General de Programas Asistenciales. Año 2009.
- 4) Hembree WC, et al. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2009 94 3132–3154.
- 5) Moreno-Pérez O, Esteva de Antonio I. Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN). *Endocrinol Nutr* 2012. Doi:10.1016/j.endonu.2012.02.001.
- 6) Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria; Royal College of Psychiatrists (2013).
- 7) Coppelillo, F. Cuidados centrados en la persona. Bases epistemológicas para la Atención Primaria y la Medicina Familiar, en *Archivos de Medicina Familiar y General*, mayo 2013: vol 10 (1) 45-50
- 8) Saez M. Modelo clínico centrado en el paciente. *Archivo de Medicina Familiar* 2008 vol 5, n°1 disponible en <http://archivos.famfyg.org/revista/index.php/amfyg/article/viewFile/64/63>
- 9) Roa R, Slede J. Proceso clínico centrado en el paciente En: Rubinstein A *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria 1.a ed.* Buenos Aires: Ed Médica Panamericana; 2001 p. 53 -57
- 10) Escuredo B, Limon E Enfoque personal y familiar en aps En: Martín Zurro A, Jodar G *Atención familiar y salud comunitaria 1 ed.* Barcelona Elsevier; 2011 p.19-33



**Capítulo 7: La atención psicológica
desde una perspectiva de
diversidad sexual**



Capítulo 7: La atención psicológica desde una perspectiva de diversidad sexual

Alejandra López Gómez y Gonzalo Gelpi²¹

En este capítulo se aborda la diversidad sexual desde una mirada psicológica con perspectiva de derechos y diversidad sexual. En un primer momento, se describe el rol del psicólogo en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, en particular en el Plan Nacional de Salud Mental. Se historiza la relación entre la diversidad sexual y las ciencias para posteriormente centrarse específicamente en las teorizaciones de la(s) psicología(s) sobre la homosexualidad y diversidad sexual en general. Debido a la incidencia de la tradición psicoanalítica en la formación de los psicólogos en Uruguay, se profundiza en las postulaciones freudianas sobre la homosexualidad, sus distintas interpretaciones y se ubican las producciones más contemporáneas desde otros corpus teóricos sobre estos asuntos. También se hace énfasis en los modelos de atención con personas que se autoidentifican como LGBT en el contexto clínico, detallándose las demandas más frecuentes identificadas en esta población. Se realizan algunas sugerencias y recomendaciones para el abordaje, atención e intervención, donde se problematiza sobre los factores de riesgo y los protectores con foco en los/as adolescentes. Para finalizar, se brinda información sobre dos servicios de atención psicológica destinados a la población LGBT que actualmente están funcionando en nuestro país.

El Plan Nacional de Salud Mental y los cambios que produjo su implementación

La Ley Nro. 18.211 que creó al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), expresa entre otros aspectos, que la protección de la salud es un derecho humano fundamental de cuyo efectivo ejercicio el Estado es responsable y debe, por tanto, crear las condiciones para que toda la población tenga acceso a servicios integrales de salud (MSP, 2009). Los principales cambios que introdujo la reforma se centraron en el modelo de atención, de financiamiento y de gestión, siguiendo los principios rectores de universalidad, accesibilidad, equidad, calidad de la atención, promoción y prevención integral a través del trabajo en equipos interdisciplinarios (MSP, 2011).

21 Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades. Facultad de Psicología. Universidad de la República

El Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) formó parte de la reforma de la salud, de cuya definición participaron múltiples instituciones y actores. Para cumplir con los requerimientos de las normativas instauradas por el SNIS en 2008, se comenzaron a implementar diferentes estrategias, planes, programas y servicios a partir de las cuáles se delinearía el PNSM. Hay algunos antecedentes aislados de Programas y Comisiones, que funcionaron durante un tiempo pero que, al no encontrarse enmarcados y coordinados institucionalmente, no tuvieron éxito y fueron interrumpidos.

El concepto de salud mental se interrelaciona con el de salud integral, a pesar que se diferencien en el abordaje y alcance. La salud mental es un campo diverso de teorías, prácticas y dispositivos de abordaje. Refiere a los procesos de bienestar y malestar emocional y/o psíquico que experimentan las personas a lo largo de la vida en dependencia de sus condiciones materiales y subjetivas de existencia. Desde el año 2011, el Estado uruguayo se compromete a brindar prestaciones en salud mental en los servicios del SNIS, las cuales se han ido incorporando paulatinamente. Dentro de las principales barreras para la incorporación de estas prestaciones, se encuentra el lugar marginado que ha tenido la salud mental en los dispositivos de atención sanitarios. En este contexto es que se deben diseñar distintas estrategias, políticas y servicios que se adecuen a las necesidades y demandas del colectivo de personas LGBT.

La salud mental es un derecho humano fundamental, y por ende las intervenciones psicosociales, las psicoterapias y otras formas de preservarla o recuperarla deben de ser accesibles a todas las personas. Se prevé que no solo se vea beneficiada la persona, sino la familia, la sociedad y el resto del sistema de salud (MSP, 2011). Desde el colectivo “psi” se sugiere que lo ideal sería que las personas accedan a consulta psicológica o sostengan un proceso psicoterapéutico como modo de prevención y no que como consecuencia de experiencias críticas o de malestar psíquico, como frecuentemente sucede.

Antes de la entrada en funcionamiento de este la población en general ha accedido gratuitamente o con un costo bolsillo moderado a algunos servicios, entre ellos:

- El Servicio de Psicoterapia del Hospital de Clínicas, el cual funciona desde hace 26 años.
- La Clínica Pediátrica del Hospital de Niños y otros dentro de la órbita de la Facultad de Medicina y Psicología, Udelar.
- El convenio por el sistema de Asistencia Integral del MSP con la Facultad de Psicología, Udelar.
- La atención en Policlínicas de la Intendencia de Montevideo (IM).
- Escasas experiencias en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y en empresas.
- La Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU) cuenta asimismo con una red de atención psicológica, organizada territorialmente y que ofrece aranceles sociales diferenciales.

Históricamente las consultas psicológicas y los procesos psicoterapéuticos se brindaban en consultorios privados y con aranceles que representaban una limitante importante para gran parte de la población. La entrada en funcionamiento del PNSM fue un avance significativo, porque progresivamente se intenta universalizar el acceso de todos los sectores sociales.

La atención psicológica es definida como prioritaria. Estudios epidemiológicos muestran diferentes tasas de prevalencia, pero se calcula que una de cada cuatro personas padece uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de la vida. El dato varía dependiendo de la etapa del ciclo vital en el que la persona se encuentra (MSP, 2011). Existen poblaciones de mayor riesgo por distintos factores que las colocan en situación de vulnerabilidad, como los/as adolescentes y las personas no heteroconformes, entre otros. El conocimiento disponible a nivel internacional evidencia la relación existente entre orientación sexual y prevalencia de cuadros clínicos a nivel mental como consecuencia de las vivencias de discriminación, estigmatización y violencia que las personas LGTTB sufren en sus vidas.

El MSP (2009), aludiendo a declaraciones realizadas por el Ministerio de Salud de Brasil, señala la importancia de reconocer explícitamente la orientación sexual e identidad de género como determinantes sociales y condicionantes de la salud. Además plantea que “para disminuir la discriminación por orientación sexual y/o identidad sexual y de género en los servicios de salud es fundamental el desarrollo de políticas institucionales claras, coherentes y acordes con las disposiciones relativas a derechos humanos” (p. 14).

El concepto de determinantes sociales de la salud hace referencia a “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (OMS, 2008, p.2). Existen tres tipos de determinantes sociales de la salud: estructurales, intermedios y próximos. Dentro de las determinantes estructurales se encuentran el nivel socioeconómico, el género, la etnia-raza, el nivel de educación alcanzado, la orientación sexual, entre otras. Por otro lado, dentro de los determinantes intermedios se encuentran el acceso a recursos materiales y simbólicos, servicios, información, redes de apoyo social, trama familiar, etc (OMS, 2008).

El rol del psicólogo en el SNIS en el marco del Plan Nacional de Salud Mental

Según el Plan Nacional de Salud Mental, el/la psicólogo/a podrá intervenir atendiendo distintas demandas, algunas de ellas prioritarias para los prestadores de salud, como por ejemplo las personas con consumo problemático de sustancias, personas con patologías mentales, personas con intentos de autoeliminación, familiares de personas que presenten

algún tipo de discapacidad, embarazadas primerizas, personas que mantengan alguna relación con el sistema educativo (maestros/as, profesores/as, docentes, educadores/as, etc.). Aunque actualmente las personas LGBT no sean un grupo prioritario de atención para los prestadores, esto no significa que no puedan acceder a la atención psicológica por otras de las demandas si priorizadas. En esos casos puede emerger durante la consulta la necesidad de trabajar algún padecimiento emocional, derivado de la experiencia subjetiva de su orientación sexual y/o identidad de género. Por ese motivo, es fundamental que los psicólogos/as y los equipos de salud se capaciten y se actualicen respecto a la perspectiva de diversidad sexual.

Desde los prestadores se ofrece psicoterapia individual, grupal o de familia, abarcando distintas etapas del ciclo vital, con un diseño de abordaje diferenciado, existiendo prestaciones dirigidas para niños/as, adolescentes y otras focalizadas exclusivamente para adultos (MSP, 2011). Los/as psicólogos/as que forman parte de este servicio tienen un plazo máximo para intervenir, son procesos que no exceden determinadas cantidades de horas y meses, por lo que sería deseable que las consultas se resolvieran en los plazos predeterminados.

Existe un código de ética profesional del psicólogo/a vigente, que fue elaborado por la Comisión de Ética Profesional de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU), por representantes de la Facultad de Psicología de la Udelar, Facultad de Psicología de la Universidad Católica (UCU) y Sociedad de Psicología del Uruguay. Fue aprobado por unanimidad en una Asamblea General Extraordinaria de la CPU y, desde el 3 de mayo de 2001, rige en todo el territorio nacional.

En el Artículo 1º “Responsabilidades Generales del Psicólogo” se establece que “el/la psicólogo/a en la práctica de su profesión se guiará por los principios de responsabilidad, confidencialidad, competencia, veracidad, fidelidad y humanismo prescindiendo de cualquier tipo de discriminación” (Comisión de Ética Profesional, 2001, p.2). Por tanto, si en el marco de una consulta psicológica y/o psicoterapia, el/la psicólogo/a discrimina por razón de orientación sexual y/o identidad de género, estaría cometiendo una falta ética grave, plausible de sanción.

Servicios de atención psicológica focalizados en población LGBTI en Uruguay

Actualmente están en funcionamiento y disponibles para las personas LGBTI dos servicios de atención psicológica. En ambos se trabaja desde una perspectiva de género, derechos y diversidad sexual. En uno de los casos la atención es gratuita y en el otro los aranceles son

sociales, contemplando la situación particular de los/as usuarios/as, procurando ser accesibles e inclusivos. Lamentablemente, este tipo de servicios sólo está disponible en Montevideo, aunque se espera poder descentralizar la oferta en los próximos años.

El Centro de Referencia Amigable (CraM) es un servicio que existe desde el segundo semestre de 2014 y surge de un convenio entre la Dirección de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Udelar). Se fundamenta en la necesidad detectada por el MIDES, de crear un espacio que contemplara demandas vinculadas a temáticas sobre diversidad sexual (Barros et al. 2015). El servicio CraM cuenta con los recursos para asesorar, orientar y atender las distintas demandas que realicen los actores que tienen derecho de acceder a él, es decir personas LGBT, familiares de personas LGBT, parejas conformadas por personas LGBT, colectivos que tengan consultas e instituciones que se quieran informar, asesorar o derivar usuarios/as. Es atendido por docentes y estudiantes de grado de Facultad de Psicología, en un proyecto que prevé enseñanza, extensión e investigación. Actualmente funciona en una dependencia de INMUJERES en Florida 1178, de lunes a viernes de 18 a 21 horas. También se puede contactar con el servicio, dejando nombre completo y teléfono para agendar consulta en el número 091 421 817, o por mail a cram@psico.edu.uy.

Hasta mayo del 2015 se habían recepcionado 26 consultas de personas comprendidas entre los 14 y 57 años de edad. Casi todas ellas se atendieron bajo la modalidad de tratamiento psicoterapéutico. Se procura que los mismos sean breves y son conducidos mediante un dispositivo psicoanalítico, lo que representa un desafío dado los tiempos habituales de estos procesos. Se contempla la posibilidad tanto de la psicoterapia individual, como la familiar y la de pareja (Barros et al 2015). Para acceder al servicio es necesario agendar por vía telefónica o por email antes de presentarse a una primera consulta.

En Septiembre del año corriente se puso en funcionamiento un **servicio de atención psicológica a personas LGTTB que se encuentran en situación de violencia** ejercida por su pareja. Esta iniciativa ha sido impulsada por el Colectivo Ovejas Negras. Se trata de un servicio que incorpora en su abordaje tanto la perspectiva de género como la de diversidad sexual. El equipo de trabajo está compuesto por psicólogas/os, trabajadora social y abogada. Allí se ofrece un espacio de atención psico social y legal frente a situaciones de violencia vividas por personas LGTTB por parte de sus parejas. Se pretende que sea accesible y, por ese motivo, los aranceles son sociales contemplándose la situación socio-económica particular de cada consultante. El servicio funciona actualmente en Casa Tomada (Soriano 762) y las personas interesadas en recibir atención deben de ponerse en contacto de manera telefónica al 092 962 532 y agendarse para una primer entrevista.

Como se mencionó anteriormente, este servicio viene a llenar un vacío importante en relación a la atención de situaciones de violencia en el marco de un vínculo de pareja entre personas LGBT. Especialmente en los relatos de personas trans, es frecuente que se narren padecimientos de violencias en distintos ámbitos, incluyendo el doméstico. Se hizo mención en el capítulo 3 a la invisibilización de la violencia que se produce en parejas conformadas por personas del mismo sexo y por personas trans. Por eso motivo, desde Ovejas Negras se diseñó una propuesta para dar respuesta a las demandas y necesidades del colectivo de personas LGBT frente a una problemática que se presenta con mayor frecuencia de lo que se cree.

La(s) Psicología(s) y la diversidad sexual

El concepto “sexualidad” surge a mediados de S. XVIII y tuvo en sus orígenes una vocación normalizadora, asociada a la moral de la época. Las expresiones de la sexualidad consideradas “desviadas” fueron invisibilizadas, estigmatizadas y categorizadas como anómalas y patológicas.

A pesar de las transformaciones que se pueden registrar en el campo social, de la ciencia y en las políticas públicas, en el mundo hay más de 70 países que tipifican como delitos condenables las prácticas sexuales homosexuales y en 6 de ellos se condena a muerte a las personas LGBT (Ruiz, 2009). En muchos de esos países son los propios Estados quienes persiguen, torturan y asesinan a las personas LGBT. La ciencia debe sostener el compromiso de producir conocimiento científico de calidad, libre de todo tipo de prejuicios, que sesguen las hipótesis, teorías, métodos y conclusiones. Sin embargo, aún en la actualidad, existen en el mundo científicos/as y profesionales que conciben a la homosexualidad y otras expresiones no heteroconformes como una patología. La medicina, psiquiatría y psicología se destacan dentro de las ciencias que han alimentado discursos normalizantes sobre la sexualidad y, en particular, la homosexualidad, aunque desde mediados del siglo pasado, muchos/as científicos/as vienen actualizando y revisando viejos preceptos a partir de los aportes del feminismo, y las perspectivas de derechos y diversidad sexual.

Diversas teorías psicológicas han abordado la sexualidad humana y han atendido demandas realizadas por personas LGBT. Algunas de ellas son el psicoanálisis, el conductismo, la terapia cognitivo- conductamental y los enfoques sistémicos, humanistas y existenciales (Pineda, 2013). Las personas que se autoidentifican como LGBT y acceden a una consulta psicológica, o inician una psicoterapia, en general desconocen la postura teórica desde la que interviene el/la psicólogo/a. Es importante remarcar que por encima de las corrientes o dispositivos están las personas. Por eso, desde una perspectiva de derechos y diversidad sexual, en lo que deben coincidir los/as terapeutas, es en abordar las consultas desde una concepción ética, de respeto por la identidad, la dignidad humana y la autodeterminación de las personas.

Dependiendo de la opción teórica variará el modo en el que se abordará la consulta clínica con los/as consultantes, las dimensiones que son tomadas en cuenta en sus identificaciones, interacciones y acciones. Asimismo cambia desde donde se posiciona el/la psicólogo/a para atender al sujeto, como se explica su funcionamiento psíquico y como se intentan revertir ciertas conductas, que pueden obstruir un funcionamiento saludable de ese sujeto en la esfera bio-psico-social.

Varias de las corrientes psicológicas tienen como base las producciones teóricas psicoanalíticas, las que fueron revisitadas y reformuladas a la luz de nuevos enfoques, inaugurando nuevos corpus teóricos. En este sentido, el fecundo diálogo entre feminismo y psicoanálisis ha aportado nuevas perspectivas para comprender los complejos procesos de las subjetividades generizadas.

El padre del Psicoanálisis, Freud, trastocó el pensamiento hegemónico de comienzos del siglo XX con sus postulados sobre la sexualidad infantil (Freud, 1905). El psicoanálisis se convirtió en una corriente de pensamiento que interroga más allá de la razón y en un método clínico que procura la resolución de un conflicto psíquico (Clavero, 2014). Freud teorizó sobre la evolución psicosexual de los sujetos en nuestra cultura y habilitó el estudio de la sexualidad en un estatus que no había tenido hasta ese momento. La formación del sujeto sexuado pasa a ser considerado un pilar del psiquismo humano y, a partir de allí, también lo son las conflictivas que se desarrollan para la asunción de la posición sexuada dentro de la cultura en cada género (Fridman, 2011, p.1). Asimismo, el psicoanálisis contribuyó de modo invaluable en el cambio de paradigma epistémico, de allí su importancia radical como teoría y método clínico en el campo psi.

Halperin (2006) afirma que la psicología debe desempeñar un papel importante como productora de conocimiento científico de calidad en el campo de los estudios de diversidad sexual. Su lente disciplinar tienen especificidad en la dimensión subjetiva. El autor plantea que la relación entre la(s) psicología(s) y las personas LGBT (y en especial del psicoanálisis con las personas LGBT), ha presentado vaivenes, pasando por distintas etapas a lo largo de la historia. Desde la patologización y medicalización de la homosexualidad (al concebirla como perversión), hasta el estudio de las subjetividades generizadas y el reconocimiento de la diversidad de posicionamientos del deseo erótico sexual, todas ellas como legítimas producciones psicosociales.

Más allá del psicoanálisis, otras corrientes teóricas de la psicología han ido haciendo un camino similar que va desde una inicial patologización, a una revisión y posterior progresiva aceptación de la diversidad. Un punto de inflexión en ese proceso tuvo lugar en el año 1973,

cuando la Asociación Psicológica Norteamericana (APA), decidió retirar de los manuales de psicopatología a la “homosexualidad”, anteriormente considerada una enfermedad. Años después, en 1990, la OMS tomó una decisión en la misma dirección. Actualmente, el enfoque que se pretende impulsar se centra en el respeto de los derechos humanos y el reconocimiento de la diversidad sexual, recibiendo los/as consultantes una atención integral a su salud (Montoya, 2006).

Así como la despatologización plantea un cambio en el enfoque de la psicología a la hora de atender profesionalmente a la población LGBT, también propone un nuevo marco para la construcción de conocimiento científico desde esta disciplina. En la primera etapa, cuando la homosexualidad y transexualidad eran pensadas como una enfermedad, la indagación científica se centró en la búsqueda de posibles causas e intervenciones que pudiesen “curarla”. El nuevo enfoque centra su mirada no en la orientación sexual o identidad de género de la persona, sino en las condiciones micro, meso y macro sociales que pueden generar angustia o tienden a proteger al sujeto. Más adelante se presentan los resultados de algunas de estas nuevas formas de indagar en el tema desde la psicología.

Más allá de los avances teóricos, los/as profesionales de la psicología, que se desempeñan tanto en la clínica como en en la academia, necesitan una actualización permanente en los temas referidos a la diversidad sexual y una constante vigilancia de su propia implicancia. Los avances en este campo son recientes y aún son objeto de disputa política y científica. Por ese motivo es fácil caer, aun sin quererlo, en posturas normalizadoras que no pongan en el centro de la indagación científica o la atención profesional el respeto por los sujetos.

Psicoanálisis Freudiano y sus teorizaciones sobre la homosexualidad

Respecto de la visión de la homosexualidad por parte del psicoanálisis freudiano hay dos posturas: a) por un lado, los detractores de esta corriente, plantean que la homosexualidad es entendida por la misma como una perversión y por tanto, como algo indeseable y patológico. De hecho, esta crítica a su visión sobre la homosexualidad es sostenida también por algunos defensores del propio Freud. b) Pero también existe una minoría de especialistas que plantean que estas críticas derivan de una lectura simplista de su obra y que, por eso, se arriba a conclusiones apresuradas y descontextualizadas. Su libro, *Tres ensayos para una teoría sexual* (1905), marcó un hito en el modo de comprender la sexualidad humana (principalmente por postular la existencia de una sexualidad infantil y distinguir entre lo genital y lo sexual).

Desde esta segunda postura se señala que Freud, en su obra, escribió sobre la “inversión” diferenciándola de la perversión. Define distintos tipos de “invertidos”, dependiendo de la elección de objeto, e indica que los mismos se comportan diversamente, dependiendo de la particularidad de su pulsión sexual. Asimismo, afirma que la pulsión no tiene un objeto predeterminado asociado a ella (Haydée, 2003). Además afirmaba que algunos/as de ellos/as aceptan su homosexualidad sin mayor represión ni prejuicios para su salud mental y otros/as, en cambio, lo vivencian con culpa, vergüenza y como una verdadera aberración. En su época, participó de la discusión sobre la etiología de la homosexualidad, considerando que, tanto las hipótesis que sostienen lo innato, como aquellas que la postulan como algo adquirido, no cuentan con suficientes sustentos para ser tomadas como válidas.

Por otro lado, algunos autores van más allá y consideran que el psicoanálisis es una corriente que acepta y explica la diversidad sexual. Consideran que el interés exclusivo de varones por mujeres, o viceversa, es un tema que requiere esclarecimiento (Gasque, 1991). Se plantea que cualquier persona podría, ocasionalmente, más allá de su orientación sexual, realizar una elección de objeto homosexual o heterosexual conscientemente y que, inconscientemente, suele suceder. Haydée (2003) señala que “todos los individuos de nuestra cultura poseen una corriente libidinosa heterosexual y una homosexual; la determinación de la orientación predominante depende de una serie de factores no completamente conocidos” (p.3).

En este sentido, muchos/as psicoanalistas no están de acuerdo en emplear la terminología de identidad homosexual. Consideran que aceptar la idea de la existencia de una identidad homosexual sería apoyar la noción de que existen diferencias fundamentales esenciales. Para aquellos/as psicoanalistas que se alinean a esta corriente que aborda a las personas LGBT desde una perspectiva de diversidad sexual y DDHH, esas diferencias “esenciales” no existen (Costa, 1998).

En síntesis, dependiendo del momento socio-histórico fueron variando los abordajes y dispositivos hacia personas LGBT desde las distintas corrientes psicológicas. Desde un inicio, cuando eran definidos como sujetos anómalos, hasta la actualidad donde, si bien persisten tratos desiguales, se ha dejado de lado la patología como orientadora de la atención para intervenir desde una perspectiva de salud integral. No obstante, marginalmente, siguen existiendo modelos de atención psicológica que no respetan los derechos de la comunidad LGBT, como las terapias de reconversión que se presentan a continuación.

Teorías de reconversión

Históricamente han existido diversos tratamientos psicológicos y psiquiátricos que procuraron redireccionar el deseo de sujetos LGBT. Sus versiones más violentas han sometido a las personas a tratamientos con electrochoques, hormonas, llegando incluso a las “violaciones correctivas”. Otras formas más sutiles, niegan la orientación sexual y/o identidad de género de las personas y se centran en culpar al sujeto por sus deseos “anti naturales y sus conductas anormales” (Montoya, 2006).

En nuestro país, los/as profesionales son atravesados/as por estos enfoques coexistentes, unos que aceptan la diversidad y otros que buscan “normalizarla”. Hay profesionales pro diversidad y otros/as que responden a un discurso más conservador que intervienen sesgados por la heteronormatividad y creencias personales.

En muchos países del mundo se siguen aplicando las terapias de reconversión. Se apela a ellas para intentar “sanar” al sujeto no heterosexual y devolverlo al “orden natural” de las cosas. Estas intervenciones se sostienen en una serie de teorizaciones sobre lo aprendido y aprehendido, con claras incidencias ambientales, culturales y religiosas. Las teorías de reconversión presentan investigaciones que con aparente “rigurosidad científica” justifican sus procedimientos, aunque sus supuestos de partida generalmente están viciados de sesgos discriminatorios y normalizadores. Habitualmente, tanto las investigaciones como las intervenciones de esta corriente, son financiadas por instituciones religiosas que defiende la familia tradicional y consideran un “pecado” toda práctica sexual no heterosexual. Estas posturas no solo patologizan a los sujetos LGBT, si no que atentan contra sus derechos humanos fundamentales.

Estudios científicos indican que el someterse a una terapia de reconversión produce efectos contraproducentes como: empeoramiento de la homofobia internalizada existente, interrupción del desarrollo de una identidad homosexual integrada, empeoramiento de síntomas de depresión y ansiedad, incremento del autorrechazo, baja autoestima, conductas autodestructivas, desarrollo de hostilidad en las relaciones heterosexuales y desconfianza en los profesionales de la salud mental (Montoya, 2006).

En América Latina existen varias clínicas de reconversión y psicólogos/as que las ofrecen sin mayores cuestionamientos. En Ecuador se han cerrado varias de estas instituciones, mientras que en países como Perú y Brasil aún hoy es posible acceder a ese tipo de tratamientos a pesar de que, salvo raras excepciones, la orientación sexual no se modifica a causa de la

intervención. Se debe remarcar que este tipo de tratamiento se enfrenta con las terapias afirmativas, las cuales intentan reforzar esa orientación sexual, identidad de género y elección de objeto como una orientación tan válida, saludable y reconocida como la heterosexual (Ardilla, 2007).

Diversidad sexual y salud mental

Factores de riesgo y problemas psicosociales asociados a la pertenencia a la comunidad LGBT

A pesar que los/as adolescentes suelen ser considerados sujetos saludables, aquellos que pertenecen a la comunidad LGBT están en una situación de mayor vulnerabilidad y, su pertenencia a la misma, se transforma en un factor de riesgo y condicionante de la salud. La evidencia disponible indica que esto se intensifica en el caso de los adolescentes varones gays o bisexuales (Pineda, 2013). Olavarría (2005) señala que los varones gays y mujeres trans son víctimas de discriminación con más frecuencia que las mujeres lesbianas, probablemente por el rechazo que le genera a la sociedad patriarcal la renuncia a la condición de varón heterosexual. Davis y Neal (1996) encontraron que en los varones no heteroconformes siempre hay, en algún nivel, homofobia internalizada. La heteronormatividad estructural de la sociedad y los sentimientos de homofobia interiorizada configuran la base para que puedan aparecer severos padecimientos psíquicos en las personas LGBT. En el contexto psicoterapéutico se debe prestar atención a determinados signos y síntomas que puedan dar cuenta de algún cuadro o trastorno que afecte la salud mental de los/as consultantes. Esto es especialmente importante en la adolescencia cuando, gran parte de las personas, comienzan a tener mayor consciencia y vivencia de sus deseos afectivo-sexuales.

Warwick (2011) indica que los/as adolescentes LGBT tienen entre **dos y tres veces más posibilidades de cometer suicidio que la población heterosexual**. “La edad puede ser un factor de riesgo de ideación e intento de suicidio entre jóvenes heterosexuales y homosexuales. Sin embargo las razones pueden ser explicadas de modo distinto, principalmente debido a que estos últimos atraviesan por etapas exclusivas...” (Pineda, 2013, p. 341).

Desde los estudios de suicidiología se entiende que el riesgo de suicidio está integrado por tres etapas: la de ideación, la de planeación y la de intento de suicidio. Dentro de la población LGBT, la franja etaria que presenta la tasa de suicidio más alta es la de los los/as jóvenes entre 13 y 21 años de edad, aunque existen estudios que la prolongan hasta los 25 años de edad (D, Augelli, 2008). En el mundo, cada 5 minutos se produce un suicidio en la adolescencia por problemas inherentes a la salud sexual y reproductiva. Dentro de los principales desencadenantes están:

abusos sexuales, embarazos no deseados, discriminaciones y persecuciones por orientación sexual y/o identidad de género e ITS, entre otros (Pineda, 2013). Aunque las mujeres presentan mayor prevalencia de ideación e intentos de suicidio, los varones suelen concretar la acción con mayor frecuencia debido a los métodos violentos que eligen para suicidarse. Si bien no se dispone de datos nacionales específicos sobre la población LGBT es importante destacar que, en Uruguay, el suicidio es la primera causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años (MSP, 2009).

La combinación de cuadros depresivos y abuso de sustancias están presentes en dos tercios de las personas que se suicidan. Particularmente, **la población LGBT presenta altas estadísticas de consumo abusivo de sustancias, sobre todo los varones gays, bi y trans femeninos**. Estudios realizados en Estados Unidos, Canadá y Gran Bretaña muestran que los/as jóvenes que se autoidentificaron como LGBT presentaron mayores riesgos que sus pares heterosexuales de padecer un trastorno mental, sobre todo depresión y ansiedad (Pineda 2013). Cualquier persona -más allá de su orientación sexual y/o identidad de género- puede atravesar por una depresión a lo largo de su vida. No obstante, las estadísticas señalan que, en el caso de las personas LGBT, la edad de mayor riesgo para padecerla es la adolescencia.

Según Espada et al. (2012), **los/as adolescentes homosexuales tienen mayor riesgo de depresión respecto a sus pares heterosexuales**. Entre las principales causas del fenómeno se mencionan: autoestima baja, miedo a hacer sufrir a seres queridos a causa de su orientación sexual y/o identidad de género, sentimientos de vergüenza y culpa, intentos frustrados de reorientar sus deseos sexuales y temor o tristeza por ser objeto de rechazo social.

La relación estadística entre depresión, abuso de sustancias e ideación suicida que se constata para la población general, se potencia aún más en población LGBT debido a los factores de riesgo que suponen la discriminación y la homonegatividad interiorizada. Los/as terapeutas deben estar atentos a síntomas y signos para intervenir y, de ser necesario, hacer derivaciones oportunas, con el fin de mantener la salud mental de sus consultantes a pesar de que, en ocasiones, el contexto sea desfavorable. Respecto de la mayor incidencia del suicidio en población LGBT es necesario remarcar que no existe nada de patológico en las orientaciones sexuales y/o identidades de género: lo que enferma y hace padecer a los/as sujetos es la discriminación existente en la sociedad y en su entorno inmediato.

También puede convertirse en un factor de riesgo para la salud mental **formar parte una religión (o provenir de una familia religiosa), cuya tradición rechace toda expresión no heterosexual**. El/la adolescente puede pensar y sentir que, a través de sus deseos o prácticas sexuales,

está cometiendo un pecado, que irá al infierno o será rechazado por Dios. Eso produce una acumulación de sentimiento de culpa y autorechazo (Pineda, 2013). Se recomienda que el/la psicólogo/a indague sobre las creencias religiosas del/a consultante y de su núcleo familiar, para evaluar el grado de incidencia que puede llegar a tener como factor de riesgo. Ser ateos, agnósticos o pertenecer a tradiciones religiosas que no rechacen la homosexualidad incide positivamente en la autoaceptación. No obstante en nuestro país, la moral de las religiones tradicionales occidentales sigue siendo un potente productor de subjetividad que incide en las personas, consciente y/o inconscientemente, más allá de las creencias.

Otro factor de riesgo es el nivel socio-económico. Hass et al. (2001), señala para Estados Unidos que la tasa de intentos de suicidio es más elevada entre los varones jóvenes gays y bisexuales de nivel socio-económico bajo. Los intentos se pueden interpretar desde múltiples causas que se interrelacionan: no solo condiciona la orientación sexual sino también la ansiedad, angustia e incertidumbre con la que proyectan el futuro muchos/as jóvenes al percibir las precarias condiciones en las que sobreviven sus familias (Haas et al 2011). Por otra parte, la acumulación de capital social y cultural puede atenuar algunos de los padecimientos asociados a la discriminación de la población LGBT.

Factores protectores para la salud mental de la población LGBT

Dependiendo el contexto del sujeto, **el revelar tempranamente la orientación sexual al núcleo familiar y/o grupo de pares contrarresta un mayor riesgo de psicopatología**, por la liberación que le produce al/la sujeto y porque evita tener que llevar adelante lo que popularmente se define como “doble vida”. No obstante, el sujeto debe evaluar muy oportunamente el momento para salir del closet, teniendo en cuenta la particularidad de su caso en concreto, porque a veces por las lógicas de funcionamiento familiares y/o a la interna de los grupos de pares pueden incluir reacciones en extremo violentas. Si la persona está en un proceso psicoterapéutico, el terapeuta debe acompañar y apuntalar este proceso e incluso, dependiendo la situación y sobre todo con los/as adolescentes, puede obrar de nexo entre el/la consultante y su familia.

Otro de los factores protectores es **que la persona circule por instituciones que promuevan el respeto por la diversidad sexual**. Ejemplo de esto pueden ser los centros de salud amigables que brindan una atención integral con perspectiva de derechos y diversidad sexual y las instituciones educativas amigables para con la diversidad, que promueven el respeto y condenan los actos de discriminación.

Los estudios coinciden en que, en las instituciones educativas, suele existir mayor discriminación en los casos donde la expresión de género de los/as adolescentes es discordante

a lo que se espera socialmente de un varón y una mujer. Según Ruiz (2009), no se discrimina principalmente las orientaciones sexuales de las personas sino su nivel de transgresión a la norma y al orden de género hegemónico.

Otro de los factores protectores **es contar con una pareja estable** ya que, en algunos casos, aleja de la mente pensamientos del estilo “siempre estaré solo/a”, “el ambiente es promiscuo, es difícil encontrar una pareja estable”, “el amor entre personas del mismo sexo no existe”, “hubiese preferido no ser homosexual, todo es más difícil”, entre otros mitos frecuentes.

Motivos de consulta frecuentes

Los motivos de consulta suelen variar dependiendo las poblaciones y el contexto. Cada uno de los casos debe ser encarado con la misma ética y seriedad profesional, ya que para cada sujeto sus problemas son importantes y, compete al quehacer profesional, trabajar en el espacio psicoterapéutico las angustias que esa situación-problema genera.

Cada sujeto es único e inicia un proceso individual cuyos objetivos varían dependiendo de cada persona. Indistintamente se puede afirmar que existen ciertas demandas y motivos de consulta que suelen reiterarse con asiduidad en población LGBT, así como hay otros que podrían considerarse específicos de esta población. Las demandas dependen también de la edad del/a consultante, su inserción social, su familia de pertenencia, entre otras variables. Es importante remarcar que la diversidad atraviesa toda la experiencia humana y, dentro de la diversidad sexual, las situaciones son muy heterogéneas, es decir, existe diversidad dentro de la propia diversidad sexual.

Algunos/as sujetos, pese a verse expuestos/as a factores de riesgo, en un ambiente hostil, represor del deseo y normalizador, igualmente logran desarrollar recursos que les permiten resistir esa realidad, manteniéndose saludables. En cambio, otros/as sujetos quedan fijados en el sufrimiento de haber vivenciado experiencias traumáticas a causa de su orientación sexual y/o identidad de género, y sus proyectos se suelen truncar. Asimismo, muchos/as sujetos autoidentificados/as LGBT, que han tenido la fortuna de contar con factores protectores, por distintas circunstancias tienen grandes padecimientos psíquicos. Es decir, la relación entre la exposición a los factores de riesgo y las consecuencias psíquicas no son lineales, y eso debe tomarse en cuenta a la hora de analizar los procesos de cada sujeto que con complejos y singulares.

Es importante que los/as terapeutas aborden las consultas desde una perspectiva de derechos y diversidad sexual para que la transferencia y contratransferencia sea buena, lo que permitiría que la psicoterapia sea viable. Sería un grave error pensar desde modelos homogeneizantes, que conciben a un/a único/a sujeto homosexual, bisexual, o transgénero, suponiendo de antemano cuáles son sus padecimientos. En la cotidianeidad, se manifiestan infinitos modos de vivir, sentir, expresar, practicar y narrar la sexualidad. Ser abiertos en la escucha de los padecimientos psíquicos de los/as consultantes es clave para poder empatizar y, en ocasiones eso implica resignificar los sistemas de creencias personales.

Se deben de diferenciar dos tipos de consulta, aquellas en las que el motivo manifiesto se relaciona con la diversidad sexual y otras donde la misma aparece relacionada con motivos latentes, dentro del contexto psicoterapéutico. Eso dependerá de cómo vivencia su sexualidad cada sujeto en particular, si acepta su orientación sexual y/o identidad de género o lo vive traumáticamente, así como del apoyo familiar y del grupo de pares con el que cuente el/la consultante. Mecanismos defensivos como la negación y la desmentida pueden aparecer en el proceso terapéutico, dependiendo del grado de asimilación que tenga el sujeto sobre la elección de objeto que realiza.

Recientes estudios indican que, en los países europeos, la salida del closet se produce a edades más tempranas, ubicándose en promedio a los 16 años (Ruiz, 2009). No obstante, en muchos casos el sujeto prefiere no revelar su orientación sexual en los distintos ámbitos e instituciones por las que circula, incluyendo el espacio psicoterapéutico. A veces, aunque la persona no haga pública su orientación sexual, el entorno presume su no heterosexualidad al decodificar sus expresiones de género como contradictorias al sexo biológico de la persona y a los mandatos de la heteronormatividad. Esto puede traer rechazo y condena por parte del resto de las personas y puede exponer al sujeto a discriminaciones y violencias. En el caso de las identidades trans esto es más frecuente, dado que la manifestación de la misma es claramente visible para el entorno.

En la literatura científica internacional se han documentado comportamientos auto lesivos asociados a la presencia de homofobia internalizada en población LGBT. En Estados Unidos, Rofes (1983), uno de los primeros autores que investigó esta problemática, afirma que -sobre todo varones gays- frecuentemente presentan **abuso de sustancias, trastornos de la alimentación y suicidabilidad** a causa del contexto percibido como amenazante. Pese a que la realidad nacional es distinta, sería posible pensar que en Uruguay, algunos motivos de consulta (tanto manifiestos como latentes, ya sea por voluntad propia o derivaciones institucionales) de las personas LGBT, se podrían relacionar con consumo problemático de

sustancias y trastornos de la alimentación. En lo que refiere a estos últimos, mientras en los varones gays y bisexuales la anorexia y la bulimia se presentan con mayor asiduidad, en las mujeres lesbianas es la obesidad el trastorno que se da con mayor frecuencia. Es importante que el/la terapeuta indague sobre las conductas basales, haciendo énfasis en el sueño y la ingesta de alimentos, para descartar cualquier trastorno o inicio del mismo (Williamson, 2000).

Otro motivo de consulta frecuente es que **muchas personas vivencian con angustia y ansiedad el tema de no encontrar pareja estable**. Algunos/as consultantes manifiestan que emplean las TICS para conocer gente a través de chats, redes sociales, Tinder, Grinder, Gps gay y otras aplicaciones. Sería importante que los/as psicólogos/as estén actualizados sobre los mecanismos de funcionamiento de estas aplicaciones para facilitar el diálogo en el proceso terapéutico. En general los/as consultantes manifiestan frustración por las relaciones que suelen establecerse mediante estas vías, lo que los/as lleva a pensar que son incapaces de establecer vínculos estables y duraderos.

Si bien el uso de estos medios no es exclusivo de la población LGBT, el impacto subjetivo suele ser mayor. Muchas personas LGBT prefieren estos medios porque la heteronormatividad estructurante de la sociedad las lleva a sentir miedo a represalias, rechazo, discriminación u otras conductas negativas que pueden surgir en situaciones de seducción en persona. Además, en muchas ocasiones no hacen pública su orientación sexual, lo que los/as inhabilita a conocer personas en ambientes donde frecuentemente sus pares heterosexuales si lo hacen.

Gran parte de la población LGBT emplea el silencio y el secreto como mecanismos protectores, lo que lleva a que los principales sitios donde conocen gente estén asociados a discos específicas para la comunidad, redes sociales y aplicaciones digitales. Otros lugares como el trabajo, las instituciones educativas, los clubes deportivos u otras instancias cara a cara, quedan en segundo plano. Los/as psicólogos/as no deben cuestionar el accionar de sus consultantes sino que deben elucidar si esas modalidades le resultan problemáticas o no, analizar si el uso de esos medios expone a riesgos al/la sujeto y evaluar cómo afectan directamente el plano subjetivo.

En personas LGBT adultas, **puede presentarse como motivo de consulta o emergente en el proceso psicoterapéutico, el deseo del hijo/a**. Esto sucede más allá de que tengan o no pareja, ya que las leyes nacionales posibilitan ambas opciones, dándole legalidad y cooperando para que el deseo se concrete. Fernández (2009) afirma que se debe concebir un deseo en relación con una historia. “En cada sujeto, el deseo de hijo depende de objetivos narcisistas y edípicos inherentes a su historia y por lo tanto independiente de las gravitaciones sociológicas de la reproducción en la sociedad o la especie” (Clavero, 2014, p.64). Algunas intervenciones

profesionales pueden estar atravesadas por ideas de algunas teorías psicológicas ya perimidas, que le otorgaban a la familia nuclear tradicional un rol central en la crianza saludable de los niños. En la actualidad está en crisis el modelo de familia tradicional nuclear cómo único posible. Existen múltiples tipos de familia, incluso reconocidas y protegidas por las normativas vigentes, lo que hace resignificar a la familia como institución.

Los/as psicoterapeutas no deben emitir juicios de valor o cuestionar ciertas decisiones personales o tipos de familia proyectada, sino que deberán de acompañar ese proceso. Será en el espacio terapéutico donde se interpretará y se dará nuevos sentidos a ese deseo o al no deseo en conjunto con el/la consultante. Estudios internacionales, regionales y nacionales afirman que no hay una diferenciación en si la crianza es llevada adelante por una pareja heterosexual u homosexual, en lo que refiere a la prevalencia de problemas en el desarrollo (Clavero, 2014).

Además tanto las funciones de maternidad como las de paternidad son independientes de la orientación sexual y/o identidad de género (Clavero, 2014). La amplia mayoría de antecedentes que recoge la tesis de Clavero (2014) señalan que los niños/as criados/as por dos padres o dos madres suelen presentar una mayor apertura hacia la diversidad, un grado importante de problematización de los roles y estereotipos de género y un buen relacionamiento con el entorno. A su vez, los procesos identificatorios se dan sin que necesariamente dejen como resultante hijos/as homosexuales, lesbianas o bisexuales. Quienes parten de esa premisa, sean profesionales o no, están omitiendo que casi la totalidad de personas LGBT fueron criadas por personas heterosexuales.

Si es necesario, en el espacio terapéutico se deben trabajar los **miedos asociados al ser padre/madre en el marco de una familia homoparental**, ya que en ocasiones los/as consultantes proyectan que sus hijos/as estarán expuestos/as a la burla, ridiculización, acoso, homo/lesbo/transfobia, bullying homofóbico en los centros educativos, entre otras expresiones de discriminación. El deseo de hijo no debería de reprimirse, a pesar que lo social pueda representar un obstáculo por la heteronormatividad existente. De hecho, los prejuicios sociales suelen afectar de modo diferente a las parejas de gays y de lesbianas. Las parejas gays que quieren adoptar o iniciar un tratamiento, suelen ser más discriminadas y juzgadas por no poseer “instinto materno”, idea derivada de una ideología patriarcal, reproductora del orden de género hegemónico y el modelo hegemónico de sexualidad.

Otro motivo de consulta puede ser **el comunicarle a hijos/as, que fueron fruto de un vínculo heterosexual, una actual identificación como LGBT y/o el establecimiento de una nueva pareja del mismo sexo**. En esas situaciones suele aparecer mucho miedo al rechazo,

a la pérdida, a la vergüenza, a la discriminación. Es importante trabajar sobre esos miedos para que no predomine ni el silencio, ni el secreto, en el funcionamiento del vínculo filial. También es importante trabajar la autoridad con el/la consultante, para que comprenda que no la pierde y su palabra continua teniendo valor para su(s) hijo(s)/a(s).

En ocasiones, **el motivo de consulta es un diagnóstico reciente de VIH positivo**, que como se señaló en el capítulo 4, tiene una prevalencia más alta, sobre todo en mujeres trans, gays, bisexuales y otros varones que tienen sexo con varones, sobre todo jóvenes. Ese proceso, requiere de apoyo para asimilar la enfermedad, insistir en que estar infectado/a no es sinónimo de muerte ni del fin de su vida sexual. Se deben elaborar los miedos, trabajar en el proceso salud - enfermedad y desmitificar lo transmitido en las primeras campañas de comunicación sobre VIH/SIDA (Ver capítulo 4).

El proceso psicoterapéutico puede servir de apoyo para que el consultante genere mayor adherencia a los tratamientos y al estilo de vida saludable que requiere. A su vez, directa o indirectamente se puede trabajar sobre las barreras de atención identificadas por los/as usuarios y quizá se pueda orientar hacia servicios de los denominados amigables (libres de homo/lesbo/transfobia) si el caso lo requiere.

Respecto a cuestiones referidas específicamente a la **población trans**, todas las recomendaciones y sugerencias realizadas en capítulos anteriores sobre esta población son válidas también en el marco de una atención psicológica. Lo central es que las/os usuarias/os puedan acceder a una atención integral, desde una concepción de salud y con perspectiva de derechos. **Al respecto se recomienda leer especialmente la primera parte del capítulo 6.**

Pensar la diversidad sexual desde la psicología es un desafío epistemológico, ideológico y político. Hay tensiones, contradicciones y luchas que se desatan en los distintos campos de disputa. Existen múltiples enfoques, teorías y métodos a la hora de abordar tópicos referentes a diversidad sexual. Algunas de esos enfoques reproducen desigualdades, estigmatizando a la población LGBT lo que agrava su situación de vulnerabilidad social.

Lo que se propone en este capítulo es un ejercicio profesional y académico de la psicología desde un enfoque inclusivo, pluralista, no discriminador, orientado por las perspectivas de derechos y diversidad sexual. Existe abundante evidencia científica que señala que ese camino es el más beneficioso para la salud mental de la población LGBT y es el único que respeta sus derechos, dignidad e integridad personal.

Referencias bibliográficas

- Ardila, R. (2007). Terapia afirmativa para homosexuales y lesbianas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 67-77.
- Barros, I; Beniscelli, A. y Freitas, P. (2015). *Informe de actuación CraM*. Montevideo: Facultad de Psicología – MIDES.
- Clavero, M. (2014). *Adopción Homoparental. Un estudio sobre la construcción de deseo de hijo en pareja gays*. Montevideo: Facultad de Psicología – Udelar.
- Comisión de Ética Profesional. (2001). *Código de Ética Profesional del Psicólogo/a*. Montevideo: Comisión de Ética Profesional.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Costa, J. (1998). *A questão psicanalítica da identidade sexual*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- D'Augelli, A.R. (2008). *Factores del desarrollo, contextuales y de salud mental entre jóvenes lesbianas, gays y bisexuales*. México: Manual Moderno.
- Davis, D. y Neal, C. (1996). *The pink therapy*. New York: Open University Press.
- Espada, J; Morales, A; Orgilés, A y Ballester, R. (2012). Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual. *Ansiedad y Estrés*, 18(2), 31-41.
- Fernández, A. M. (2009). *Las lógicas sexuales. Amor, política y violencias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fonseca, C. y Quintero, M.L. (2009). La teoría queer. La de-construcción de las sexualidades periféricas. *Revista Sociológica*, 69(3), 43-60.

- Freud, S. (Ed.) (1976). *Tres ensayos de teoría sexual*. (1905). En OC TVII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Fridman, I. (2011). Clínica psicoanalítica, subjetividad y poder. En el Foro de Psicoanálisis y Género. Meler, I. y Tajer, D. (Comps.) *Psicoanálisis y género. Debates en el foro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Gasque, M. (1991). Freud y la homosexualidad. *Debate Feminista*, 1(1), 264-271.
- Haas, P; Eliason, M; Mays, V; Mathy, R; Cochran; S y D`Augelli, A. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, bisexual and transgender populations: Review and recommendations. *J Homosex*, 58(4), 10-51.
- Halperin, D. (2006). ¿Qué quieren los hombres gays? Sexo, riesgo y la vida subjetiva de la homosexualidad. *Desde lo queer*, 2(8), 274-288.
- Haydée, G. (2003). A psicanálise e os modernos movimentos de “afirmação homossexual”. *Revista de Psicanálise Textura*, 170(6), 1-5.
- López, A. (Coord.) (2005). *Adolescentes y Sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo 1995 - 2004*. Montevideo: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- Ministerio de Salud Pública. (2011). *Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2009). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo Diversidad sexual*. Montevideo: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2009b). *Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención. Tomo 1*. Montevideo: MSP.
- Montoya, G. (2006). Aproximación bioética a las terapias reparativas. Tratamiento para el cambio de la orientación homosexual. *Acta Bioethica*, 12(2), 199-210.
- Olavarría, J. (2005). La masculinidad y los jóvenes adolescentes. Reflexiones pedagógicas. *Revista Docencia*, 27(10), pp. 46-55.

- Pineda, C. (2013). Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes autoidentificados como lesbianas, gays y bisexuales: estado actual de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(4), 333-349.
- Rofes, E. (1983). *I Thought People Like That Killed Themselves: Lesbians, Gay Men, and Suicide*. Nueva York: Grey Fox Press.
- Ruiz, S. (2009). *Diversidad sexual en las aulas. Evitar el bullying o acoso homofóbico*. Badajoz: Cuadernos Plural.
- Warwick, I. (2001). Playing it safe: addressing the emotional and physical health of lesbian and gay pupils in the U.K. *Journal of Adolescence*, 24(1), pp. 129-140.
- Williamson, O. (2000). Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Educ Res.*, 15(5), 97-107.