

DIVERSIDAD SEXUAL Y PERSONAS TRANS CON VIH

Los seres humanos somos diversos. Esta es una característica inherente a la especie humana, y por tanto también lo es de una de sus dimensiones fundamentales: la sexualidad. La sexualidad humana se caracteriza por su fluidez, es decir por su capacidad de evolucionar y cambiar a lo largo de la biografía de un individuo. A pesar de la percepción social amplia que existe sobre su inmutabilidad, lo cierto es que nuestra sexualidad va transformándose de manera continua desde antes del nacimiento hasta que morimos.

Esta diversidad es universal, lo que quiere decir que se ha registrado en todos los periodos de la historia de la humanidad y en todas las culturas, actuales y pasadas. Una muestra de ello son los *berdache* o las *vírgenes juradas*. Los berdache o “dos espíritu”, son personas de los pueblos nativos de Norteamérica que asumían roles de ambos géneros y que gozaban de un gran reconocimiento en sus comunidades, asumiendo funciones muy concretas. “Dos espíritus” es un término que reivindican en la actualidad las personas nativas estadounidenses LGTB para referirse a sí mismas. Las vírgenes juradas son mujeres de los Balcanes que juran renunciar a las relaciones sexuales y al matrimonio y asumen el papel del hombre en la familia, debiendo vestir a partir de ese momento como hombres, y portar armas. Las razones no tienen que ver necesariamente con la identidad de la persona; a veces el motivo para jurar es evitar un matrimonio no deseado o la falta de un hombre en la familia. En todo caso, se trata de una de las pocas formas institucionalizadas de cambio de género en Europa.



Como educadores/as, una de las labores más importantes es promover la salud sexual de nuestras usuarias y usuarios. La Organización Panamericana de la Salud define la salud sexual como la *experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad* (1).

La realidad social, cultural y económica a la que hacen frente las personas con el VIH hace necesario un enfoque de derechos que favorezca que las personas se hagan cargo de su salud sexual a través de información y diferentes intervenciones educativas. Además la alta prevalencia de VIH entre hombres gais y bisexuales y otros HSH y entre personas trans hace necesario sensibilizarse con la diversidad sexual y tener herramientas para comprender la sexualidad de las personas con las que trabajamos.

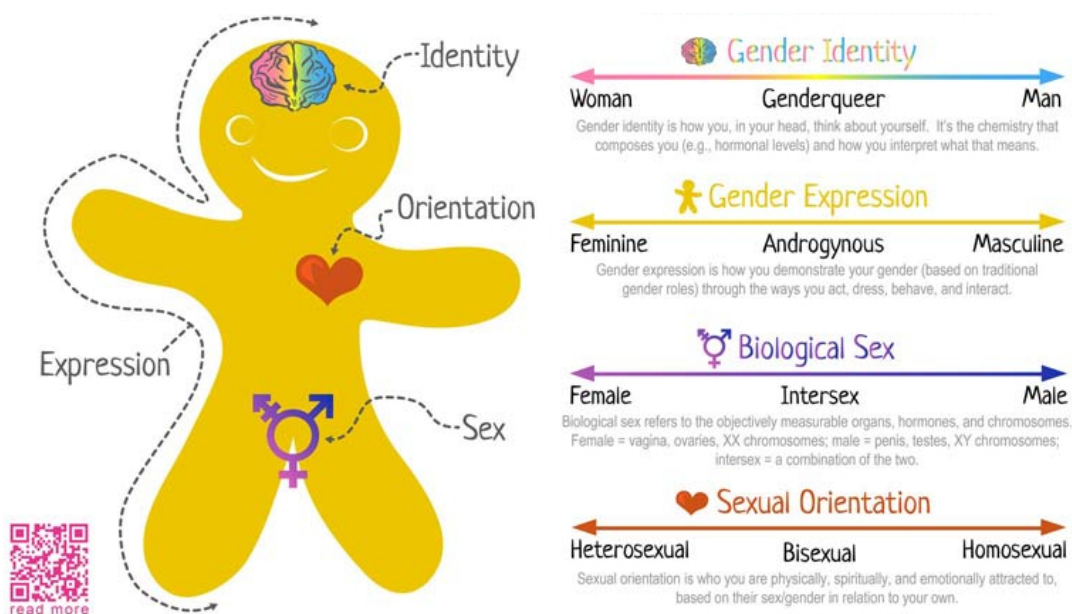
En este capítulo se abordará la diversidad sexual y las necesidades especiales de personas trans con el VIH.

1. Conceptos en torno a la diversidad sexual

El lenguaje referido a la orientación sexual, la expresión de género y la identidad de género está en constante evolución, expandiéndose para dar cabida a un espectro amplio de identidades fuera de la concepción clásica y binaria de los sexos y el género.

En este sentido, el punto de partida es el sistema sexo-género, es decir la forma en la que una sociedad organiza la reproducción, la sexualidad y la división sexual del trabajo. Según este sistema, a cada persona se le asigna un sexo al nacer en función de sus características físicas (generalmente los genitales externos) y con este sexo, una identidad de género que se entiende como la coherente con el mismo. Por medio de la socialización, se incita a los individuos a incorporar una serie de comportamientos que se entienden como los adecuados a los roles masculinos y femeninos, y se les presupone una orientación sexual que se dirige hacia el sexo contrario: es lo que conocemos como heteropatriarcado.

Sin embargo, la diversidad y la sexualidad de los seres humanos no puede limitarse a este esquema constrictivo. Entender la sexualidad desde una serie de ejes nos puede servir para cuestionar la concepción binaria (la asignación a uno de los dos polos sin tener en cuenta las realidades que se encuentran entre ambos polos), como muestra la siguiente figura:



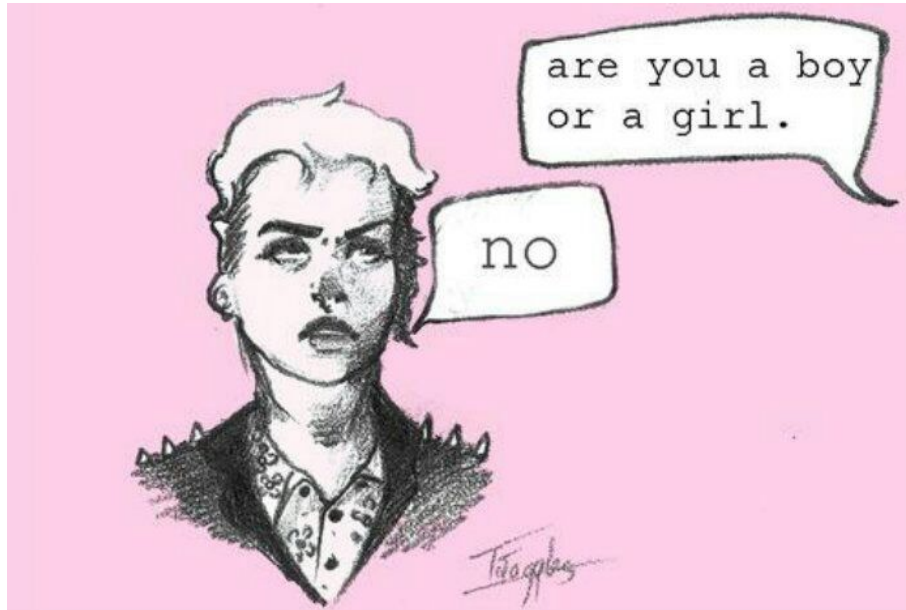
La **identidad de género** es la manera en que cada persona siente su género, que puede, o no, corresponder al sexo que se le asignó al nacer (**sexo de asignación**) y con sus marcadores de género en sus documentos legales e identificativos.

Cualquier persona cuya identidad de género y/o expresión de género difiera de su sexo de asignación al nacer es una **persona trans**. Pero atención, no tiene por qué tratarse necesariamente del género opuesto. Entre las personas trans, que se emplea cada vez con más frecuencia como término inclusivo, se encuentran quienes se identifican como **transexuales, transgénero**, andróginas, de género queer, y otras.

Las personas transexuales se identifican completamente con la identidad de género opuesta a su sexo de asignación y a menudo rechazan fuertemente sus caracteres sexuales primarios y secundarios y buscan tener una mayor correspondencia con su género elegido a través de tratamientos que pueden incluir terapia hormonal e intervenciones quirúrgicas. Las personas transgénero viven permanentemente de acuerdo a su género de elección y pueden, o no dependiendo de sus deseos y necesidades, requerir tratamientos médicos de tipo hormonal o quirúrgico.

Lo contrario son las personas **cisgénero o cissexuales**, es decir aquellas cuya identidad de género se corresponde con su sexo de asignación. El término se atribuye a Carl Buijs en 1995 (2).

Por otro lado, tenemos a las **personas de género no binario**, que no se sienten identificadas con las clasificaciones cerradas de hombre o mujer. Dentro de este concepto podría estar las personas que se definen a sí mismas como agénero, género fluido, transeúnte del género, género queer, postgénero, etc.



La **expresión de género** es la manera en la que una persona manifiesta su identidad de género a través de su vestuario, peinado, maquillaje, movimientos, comportamientos, etc. y cómo es percibida su identidad por el resto de personas (**másculina, femenina, andrógina**). Lo más frecuente es que la expresión de género sea acorde a la identidad de género (**expresión de género normativa**). Pero cuando no lo es nos encontramos frente a personas que no son necesariamente trans, sino que expresan el género de forma distinta a lo que socialmente se espera (**expresión de género no normativa**). No implica tampoco que se trate de personas homosexuales o bisexuales.

Las personas trans expresan su género a través de una serie de elecciones, más o menos permanentes en el tiempo, acerca de su forma de vestir, su apariencia o a través de modificaciones corporales, que pueden, o no, incluir intervenciones quirúrgicas, estéticas y tratamientos médicos.

La **orientación sexual** se refiere a la capacidad para sentir atracción sexual, afectiva o emocional hacia personas del mismo género (**homosexual, lesbiana** si se trata de mujeres, **gay** si se trata de hombres), de género diferente (**heterosexual**) o más de un género (**bisexual**) en su concepción más clásica.

Con respecto a su orientación sexual, las personas trans pueden expresarla de muy diferentes maneras y significados, dependiendo de si toman como referencia su sexo anatómico o su identidad de género. Así, es frecuente que algunas mujeres trans, sobre todo de origen latino, se refieran a sí mismas como "gay". En cualquier caso, son dimensiones independientes, y una persona trans, puede ser, a su vez, homosexual, heterosexual o bisexual.



En los últimos años, han ido haciéndose visibles otras orientaciones sexuales y realidades que no se sentían representadas o cómodas en los polos binarios anteriores. Nos referimos a la **asexualidad** (no experimentar atracción sexual o afectiva hacia nadie), la **grisexualidad** (sentir atracción de manera rara u ocasional), la **demisexualidad** (sentir atracción romántica o sexual hacia otra persona, independientemente de su género, sólo después de haber desarrollado un vínculo emocional), **pansexualidad** (sentir atracción hacia todos los géneros o independientemente del género de la otra persona) o **polisexual** (sentir atracción hacia múltiples géneros pero no necesariamente todos). Como decíamos al comienzo de este apartado, el lenguaje va evolucionando con el objetivo de nombrar e incluir a las distintas realidades que van manifestándose.

Por último, otro eje es el de las características biológicas de la especie, según el que tendríamos machos, hembras y personas intersexuales. Una **persona intersexual** es aquella en la que coexisten características biológicas de ambos sexos, y que puede manifestarse a nivel cromosómico (por ejemplo personas con sexo cromosómico XXY), gonadal (coexistencia de ovarios y testículos o de parte de ambos), de genitales externos (sexo genital no definido). El término médico que se emplea es el de trastornos del desarrollo sexual (DSD por sus siglas inglesas), y comprende en torno a 50 síndromes distintos de intersexualidad. Sin embargo, muchas personas intersexuales rechazan esta terminología por considerarla patologizante, y prefieren referirse a sí mismas como personas con intersexualidad, intersexuales, o con variaciones intersexuales. Las personas intersexuales pueden ser a su vez cis o trans, e identificarse, o no, con un género binario al igual que el resto de las personas.

Un término frecuentemente empleado es **LGTB**. Se trata de un acrónimo para incluir a lesbianas (L), gays (G), transexuales (T) y bisexuales (B). Lo más frecuente es que el

orden sea LGBT por agrupar primero las orientaciones (LGB sustituyendo así al anterior “comunidad gay”) y a continuación la identidad de género. Sin embargo en nuestro país el orden más extendido es LGTB. A veces se incluye la I (intersexuales), la A (asexual), Q (no quieren etiquetarse, queer o questioning, es decir que se lo están planteando), o sencillamente un +, para dejarlo abierto.

TENER EN CUENTA COMO EDUCADOR/A

Dirigirse de manera adecuada y acorde a la identidad de género de las personas con las que trabajamos es fundamental. Para ello, te proponemos algunas pautas:

Usa el pronombre adecuado. Las mujeres trans (personas cuyo sexo de asignación fue hombre) suelen preferir “ella” y los hombres trans (personas cuyo sexo de asignación fue hombre) suelen preferir “él”. En castellano, las personas de género no binario suelen utilizar “elle” y terminar por la letra “e” los adjetivos que tienen masculino en “o” y femenino en “a”. Algunas personas usan varios pronombres, pero no cualquiera. Si no lo tienes claro, ¡pregunta! Si organizas actividades grupales en las que puedan estar participando personas trans y pides que las personas se identifiquen con un nombre, añade que indiquen a continuación cuál es su pronombre de elección. Lo mismo para las tarjetas identificativas en que escriben su nombre.

Usa el nombre de elección de la persona. Nunca uses su nombre anterior, aunque conocieras a esa persona antes de su proceso de tránsito. Si no lo conoces, no se lo preguntes porque no es importante en su vida actual, y probablemente no tiene ninguna utilidad para tu función como educador/a.

Utiliza un lenguaje inclusivo. Evita formalismos muy comunes, pero binarios, que resulten excluyentes cuando te dirijas a un auditorio en que pueda haber personas trans. Cambia “señoras y señores” por “estimada audiencia” o fórmulas similares.

Pide disculpas si te equivocas. Puede ocurrir que empleemos ocasionalmente el género equivocado. Si te das cuenta, guarda la calma y pídele disculpas a la persona lo antes posible.

No valores su expresión de género. No le comentes a la persona si parece o no alguien de su género sentido. A veces los cumplidos bienintencionados pueden resultar ofensivos. Por ejemplo, evita comentarios del tipo “nunca hubiera pensado que eres una persona trans”, porque es una reafirmación del *passing privilege*. *Passing* se refiere a la habilidad de las personas trans para ser percibidas como del género con el que se identifican, y por tanto a no ser percibidas como trans. Se trata de un término

controvertido porque implica que hay algo encubierto en ser vistas tal como son. Se considera un privilegio porque las personas que *pasan* con más éxito por personas cissexuales afrontan menos discriminación y violencia. Mientras que muchas personas trans rompen completamente con su pasado antes de la transición, de modo que nadie piense que son trans, otras rechazan esta cisonormatividad y expresan su género de manera intencionalmente ambigua, una práctica al que dan el nombre de *genderfuck*.

2. ¿Sabemos qué porcentaje de la población son personas LGBTBI?

La proporción de personas LGBTBI dentro de la población es desconocida, en general, ya que la identidad de género y la orientación sexual son características que no se recogen en las grandes encuestas poblacionales ni en los censos de población.

Se estima que el porcentaje de personas intersexuales se sitúa en torno al 1,7% de la población (3), por lo que es estadísticamente más probable de lo que puede parecer.

La proporción de personas trans en la población es más desconocida, ya que además de que no se registre la identidad de género, no todas las personas trans utilizan servicios sanitarios (o al menos, no los especializados) ni solicitan cambios en sus documentos. Además, no todos los estudios parten de una definición común de persona trans (algunos se centran en personas transexuales). Por ello, las estimaciones a partir del número de personas en tratamiento hormonal infravaloran en número real de personas trans.

Algunos estudios recientes en Holanda y Bélgica han mostrado que entre un 2,2% y un 4,6% de las personas cuyo sexo de asignación al nacer fue el de hombre, y entre el 1,9% y el 3,2% de las personas cuyo sexo de asignación fue mujer, mostraron sentimientos de identidad de género ambivalente (igual identificación con el otro sexo que con el sexo de asignación). Entre un 0,7% y un 1,1% de las personas nacidas como hombres y entre un 0,6% y un 0,8% de las personas nacidas como mujeres mostraron una mayor identificación con el otro sexo (4).

Según una estimación realizada en nuestro país en 2009 la población transexual en España ascendería a 2.292 personas (1.632 mujeres y 660 hombres), que aumentaría en 67 personas cada año (5). Otras estimaciones hablan de entre 7.000 y 9.000 personas.

La asociación de familias de menores transexuales Chrysallis publica en su web un recorrido por distintos estudios que estiman la proporción de personas trans en la población. Estos estudios citados en el enlace que os indicamos más abajo van desde los más conservadores (1:11.900 – 1:45.000 en mujeres trans y 1:30.400-1:200.000 en

hombres trans) a otros que estiman una prevalencia de 0,3%, es decir, 3 de cada 1000 personas.

Más información en: <http://chrysallis.org.es/informacion/prevalencia/>

En relación a la orientación sexual, los estudios más clásicos que siguen tomándose como referencia en muchos casos son los de A. Kinsey (6, 7). En “El comportamiento sexual del hombre”, de 1948 mostró que un 4% de sus entrevistados tenía una conducta estrictamente homosexual durante toda la vida, y un 10% durante al menos 3 años. En “El comportamiento sexual de la mujer”, de 1953, mostró sobre 5.490 entrevistas realizadas a mujeres que el 3% tuvieron relaciones homosexuales durante al menos 3 años. Estos datos dieron pie a la famosa escala Kinsey, y a tomar como referencia el 10% para estimar la población homosexual masculina, pero conviene tener en cuenta que los datos se refieren a comportamiento sexual, y no estrictamente a orientación sexual. Muchas personas que sólo tienen relaciones sexuales con personas del sexo contrario no son necesariamente heterosexuales, ni viceversa, ya que la orientación nos referimos a la atracción y deseo sexual.

Un estudio más desconocido por la época y el país en que se desarrolló, pero muy pionero, nos trae a nuestro país “La sexualidad femenina” se gestó durante toda la posguerra, pero no se publicó en su primera edición hasta 1971. Recogiendo datos de 1417 entrevistas a mujeres durante más de 20 años, el doctor Ramón Serrano Vicens revelaba que hasta el 66% de las mujeres solteras había tenido alguna vez deseos de tener relaciones sexuales con alguna amiga o conocida, y el 32% las había llevaron a la práctica. Solo el 0,04% mantenía a lo largo de la vida atracción y relaciones exclusivamente con mujeres (8).

Más cercano a nuestros días, un estudio estadounidense muestra que un 3,5% de personas adultas se identifica como lesbiana, gay o bisexual. De ellos, una ligera mayoría se identifican como bisexuales (1,8% frente al 1,7% que se identifican como gays o lesbianas), siendo más probable que las mujeres se identifiquen como bisexuales (9).

Distintos estudios realizados en la última década en nuestro país con adolescentes entre 11 y 18 años concluyen que, alrededor del 85% sienten una atracción exclusivamente heterosexual, en torno al 5% de chicos y chicas expresan deseo no heterosexual y un 10% no responde (10).

En todo caso, conviene recordar la alta prevalencia de VIH entre personas LGTBI, particularmente entre hombres gays y bisexuales y entre personas trans, por lo que es muy probable que se encuentren entre la población usuaria con la que trabajemos como educadores/as.

TENER EN CUENTA COMO EDUCADOR/A

Es importante que nuestros servicios sanitarios y organizaciones sean acogedores y adecuados a todas las personas, independientemente de su identidad de género. Para ello, os proponemos algunos consejos traducidos y adaptados de la organización *Transgender Law Center* (11)

1. Muestra que las personas trans son bienvenidas en tu organización o servicio.

Anuncia tu recurso en medios y organizaciones LGTBI. Reparte folletos y coloca posters en la sede y/o banners en tu página web sobre transexualidad. Adapta tus formularios de acogida para incluir el “nombre de elección” además del “nombre legal”, en caso de que éste te sea necesario, así como una tercera opción de identidad de género para aquellas personas que no se identifican como hombre o como mujer.

2. Trata a las personas trans como te gustaría ser tratado/a.

Compórtate de manera respetuosa, relajada y amable, evitando actitudes y gestos faciales negativos.

3. Recuerda dirigirte siempre a la persona trans por el nombre y pronombre que se corresponda con su identidad de género.

Emplea esos pronombres y nombres aunque no estés en presencia de la persona usuaria, al referirte a ella.

4. Si no estás seguro/a sobre la identidad de género de una persona, o como desea ser llamado/a, pregúntale de manera amable.

Puede resultarte embarazoso no tener seguridad sobre la identidad de género de la persona que tienes delante. Pero si le aclaras a la persona que sólo intentas ser respetuoso/a, la pregunta será generalmente bienvenida: “¿cómo te gustaría que me dirigiera a ti?”, “¿con qué nombre quieres que me dirija a ti?”.

5. Establece un protocolo efectivo para combatir comentarios y comportamientos transfóbicos en tu organización.

Asegúrate de que todas las personas que trabajan contigo reciben formación o al menos sensibilización acerca de las personas trans y que hay una forma descrita para actuar ante comportamientos discriminatorios.

6. Recuerda centrarte en la atención y no en tu curiosidad.

En algunos contextos o consultas, la información sobre el sexo biológico, niveles hormonales, etc. pueden ser relevantes para valorar riesgos o interacciones con fármacos. Pero en otras, la

identidad de género es una información irrelevante. Preguntar sobre la situación clínica o el proceso de tránsito de una persona cuando sólo responde a la curiosidad y no está relacionado con la atención, es inapropiado y puede dar lugar a una situación discriminatoria.

7. Recuerda que la presencia de una persona trans en tu servicio no es una “oportunidad formativa” para otros/as educadores/as.

El impulso de formar a colegas o estudiantes de prácticas no siempre va a ser bienvenido, por lo que es necesario pedir permiso antes de invitar a otra persona a unirse a la conversación que estés teniendo con la persona usuaria. De lo contrario, puede sentirse una invasión en la privacidad y alzar una barrera importante para una atención de calidad.

8. No es adecuado preguntar a una persona trans sobre sus genitales si no tiene relación con la atención.

Ni los genitales, ni el hecho de haberse sometido a una cirugía de reasignación determinan la identidad de género de una persona.

9. Si la información no es necesaria para darle una mejor atención, no reveles nunca a otros/as profesionales si una persona es trans.

De la misma manera que no revelas el estado serológico de tus usuarios/as, la identidad de género no debe ser objeto de rumores. Revelar que una persona es trans puede ocasionarle insultos y violencia física. Si compartir la información es necesario para que sea mejor atendida, consúltalo antes con la persona trans usuaria y pídele permiso.

10. Formate más sobre temas de atención sanitaria a personas trans.

Fórmate, actualízate, y busca los recursos de tu territorio sobre diversidad sexual y atención a personas trans.

3. ¿Qué es la LGTBIfobia?.

La LGTBIfobia es un término empleado para agrupar la transfobia, la bifobia, la homofobia y la lesbofobia aunque cada una tenga matices diferenciales. La LGTBIfobia es el miedo, malestar odio dirigido hacia las personas LGTB.

Algunas personas rechazan el término porque no se trata exclusivamente de un rechazo personal o irracional (**fobia**) sino de un **prejuicio social** construido culturalmente y reforzado por la educación y la socialización para rechazar la homosexualidad y transexualidad y las personas que son o parecen LGTB. Entender el rechazo como algo socialmente construido y aprendido es importante porque ello significa que puede desaprenderse. Sin embargo, para algunas personas, este rechazo

puede ser tan profundo que resulte incapacitante y quede justificado el empleo del sufijo “-fobia”.

También es importante entender que **se dirige tanto contra personas LGB** como a las que **son percibidas** como tales, así como a las personas que se **saltan las normas del sistema sexo/género (trans)** y en definitiva, las que tienen una expresión de género no normativa.

Las personas LGTBI también pueden manifestar actitudes LGTBifóbicas, que se manifiestan por ejemplo en la transfobia de algunas personas cissexuales LGB, o en la bifobia mostrada por gais, lesbianas y bisexuales. Así mismo se manifiesta en la plumofobia o intolerancia de género y que afecta a personas que, independientemente de su orientación sexual, tienen una expresión de género no conforme a roles y expectativas que corresponden a su identidad (lo que se conoce como tener pluma). De este modo, los hombres que no son percibidos como suficientemente masculinos sufrirán el insulto homófobo tanto dentro como fuera de la comunidad LGTBI.

Pero además, la LGTBifobia se puede dirigir **contra sus familiares y amistades**. De una forma similar a lo que ocurre con el estigma asociado al VIH, el estigma de la homosexualidad y la transexualidad *se contagia* y convierte en *sospechosos/as* a todas las personas aliadas. Le ocurre por ejemplo, tanto a hijos e hijas de familias homoparentales como a los de personas con el VIH.

La LGTBifobia se expresa en un continuo de comportamientos y actitudes que va desde el rechazo y la exclusión (dejar de lado, ignorar, no dejar participar,) hasta la agresión física y sexual, pasando por la burla, el insulto, la ridiculización, los moteos, la intimidación, el acoso a través de las TIC, la amenaza, etc.

Entre las características que diferencian la homofobia de otras formas de odio a la diferencia, destaca su **carácter continuo**, ya que se sufre en múltiples ámbitos de la vida cotidiana, desde los centros educativos al lugar de trabajo y el hogar. Así mismo, se caracteriza por la **falta de apoyo familiar**, a diferencia de la discriminación por origen étnico, religioso, discapacidad cuyas víctimas encuentran en sus familias un espacio seguro. En cambio, según un estudio en nuestro país, un 82% de quienes están en edad escolar no informan a sus familias de su orientación o identidad por temor a perder su apoyo (12). Una última característica destacable es la alta **normalización** de la violencia por parte de las víctimas, vivida como algo cotidiano y en cierta forma justificada por no saber encajar en el patrón cisheterosexual.

Anteriormente hemos evocado la similitud entre el estigma asociado al VIH y el asociado a la diversidad sexual. Otro parecido entre la serofobia y la LGTBifobia se refiere a su doble vertiente social e interiorizada. Así hablamos de **homofobia social** (o confirmada) para referirnos al conjunto de prejuicios, discursos y comportamientos sociales negativos y de rechazo hacia las personas LGTBI, y de **homofobia interiorizada**

(o percibida) al referirnos a la interiorización del discurso social negativo acerca de la diversidad sexual por parte de las personas LGTBI.

Por último, conviene no olvidar que los estigmas asociados a la homosexualidad o a la transexualidad y el del VIH, en el caso de las personas infectadas, pueden tener un carácter sumatorio, por lo que en muchas ocasiones las personas LGTBI con VIH deben hacer frente a la discriminación tanto fuera como dentro de la comunidad LGTB (discriminación intracomunitaria).

4. Efectos de la homofobia en la salud.

La experiencia de victimización está asociada a diferentes síntomas psicosomáticos: insatisfacción, ansiedad, depresión, ideas de suicidio y suicidio.

Un estudio muestra que los y las adolescentes LGTB que han sufrido un alto rechazo de sus familias, al llegar a la edad adulta (21-25 años) tienen una probabilidad:

- 8 veces mayor de haber intentado suicidarse,
- 6 veces mayor de presentar depresión,
- 3 veces mayor de riesgo de infectarse por el VIH e ITS, y
- 3 veces mayor de consumir sustancias (13).

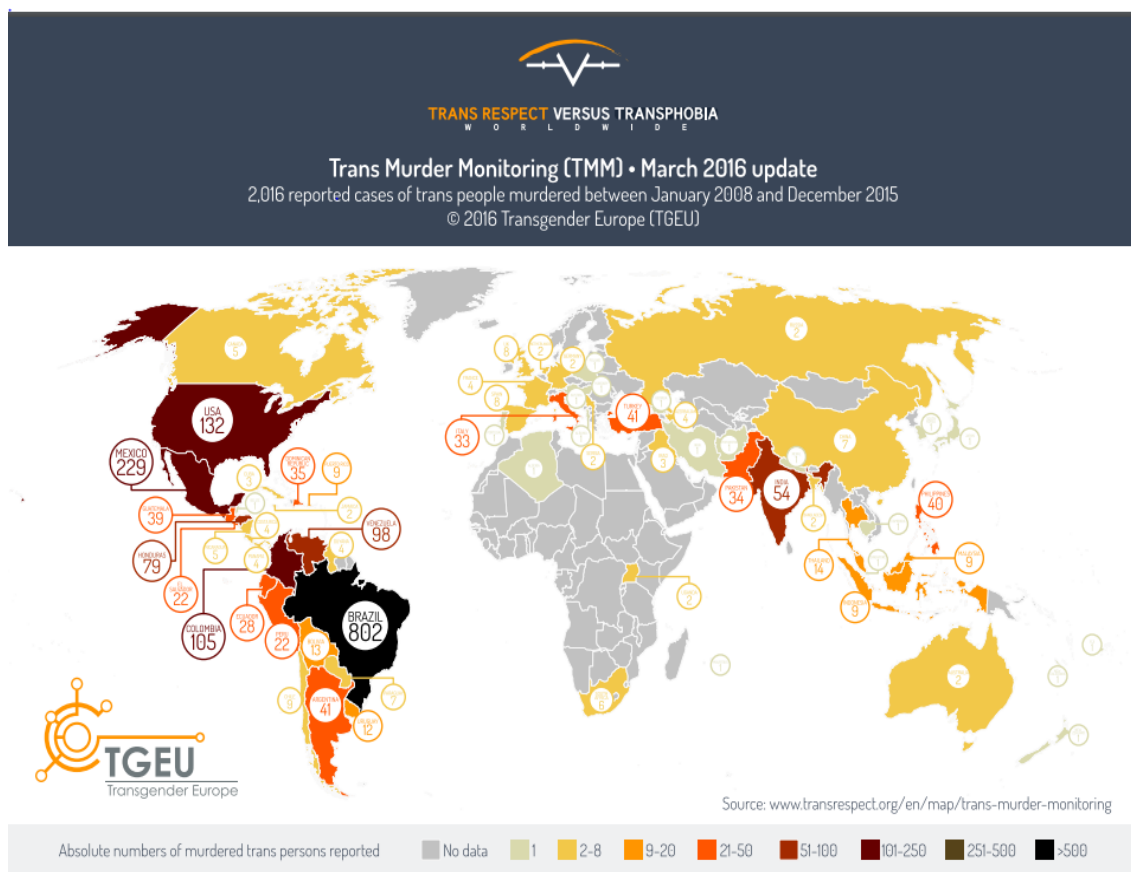
Así mismo se han asociado numerosos efectos para la salud de la LGTBfobia interiorizada (insomnio, depresión, enfermedad coronaria, hipertensión y trastornos de la alimentación) y en las relaciones interpersonales (soledad, aislamiento, incapacidad para mantener encuentros sexuales a nivel emocional, etc.). En relación a la salud mental, un estudio realizado por la FELGTB en 2015 encontró que tres de cada cuatro personas LGTB se habían sentido tristes o deprimidas en el último mes, teniendo peores resultados las mujeres frente a los hombres y las personas trans frente a las cissexuales, así como las personas bisexuales frente a gays y lesbianas. También se observó que un 15% habían tenido ideas suicidas en el último año, siendo en este caso peores los resultados para los hombres que para las mujeres y para las personas bisexuales. Entre los hombres bisexuales este porcentaje alcanzó el 38% y entre las mujeres trans el 28% (14).

En realidad, cuantificar la homofobia internalizada y sus efectos es una labor difícil porque muchas personas afectadas por ella no se reconocerían jamás como personas LGTBI y por tanto no participarían en estudios con suficiente representatividad. Sin embargo, y resumiendo, entre los efectos que han documentado trabajos de investigación y la labor de organizaciones y terapeutas podemos encontrar:

- Baja autoestima.
- Evitación de relaciones sociales y románticas.
- Falta de honestidad, que puede dificultar o destruir la confianza con amistades y familiares.

- Ocultamiento, que contribuye a la ansiedad y falta de auto-valor.
- Opresión horizontal (plumofobia, transfobia, actitudes negativas hacia quienes se sienten orgullosxs de ser LGTB...).
- Insatisfacción continuada con las relaciones íntimas físicas o emocionales.
- Agresiones verbales o físicas en las relaciones personales y de pareja.
- Sentimientos de profunda vergüenza ante las relaciones sexuales.
- Soledad y aislamiento.
- Incapacidad para tener encuentros sexuales íntimos a nivel emocional.
- Abstenerse de mantener relaciones sexuales a pesar de desearlas.

Por último, imposible obviar los efectos directos de la violencia sobre la salud y la vida de las personas LGTBI. En este sentido, a nivel global, las personas trans son mucho más susceptibles de sufrir violencia. La organización europea Transgender Europe (TGEU) contabilizaba 2016 casos denunciados de asesinatos a personas trans entre enero de 2008 y diciembre de 2015, en todos los países donde ha sido posible recoger datos.



5. Desigualdades de salud en población LGTBI.

Las condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales en las que nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen las personas determinan su nivel de salud. Los individuos ocupan distintos lugares en la sociedad de acuerdo a estas condiciones o determinantes sociales de la salud. Esa diferencia de posición hace que se generen desigualdades en el acceso a los recursos para la salud, lo que se conoce como desigualdades sociales en salud. Este término implica las diferencias innecesarias, injustas y evitables que se dan de manera sistemática en uno o más aspectos de la salud y que afectan a grupos definidos social, demográfica, cultural o económicamente.

La desigualdad y la discriminación tienen un carácter interseccional ya que los distintos ejes de desigualdad (clase social, etnia, territorio, diversidad funcional, orientación sexual e identidad de género o ideologías) pueden confluir de manera simultánea en una misma persona, además del género y la edad que atraviesan a toda la población.

Así, es más probable que una mujer trans, de zona rural y etnia gitana, por poner un ejemplo de interseccionalidad, tenga peores indicadores de salud y calidad de vida que un hombre gay, caucásico y de clase social acomodada. Existe evidencia de que estas intersecciones contribuyen a generar desigualdades en salud (15). Por ejemplo, vivir en zonas rurales implica a menudo un menor acceso a servicios salud y preventivos. Las personas mayores LGTBI pueden mostrar más problemas de salud mental a medida que envejecen, se hacen más dependientes de familias e instituciones que no siempre son abiertas a la diversidad sexual. Por último, se ha mostrado que las personas bisexuales tienen peores resultados en distintos ámbitos de la salud que gays y lesbianas y que las personas heterosexuales (16)

Aunque en España las desigualdades en salud en población LGTBI no ha sido un tema muy investigado, existe evidencia en otros países que muestran peores resultados de salud para la población LGTB en comparación con la población general (17).

Esas evidencias muestran que las personas LGB tienen mayor riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer a una edad más joven que la población general. También se sabe que las personas LGTBI tienen un mayor riesgo de padecer problemas de salud mental. Por ejemplo, las personas LGB tienen entre dos y tres veces más probabilidad de padecer problemas psicológicos o emocionales duraderos, incluyendo ideación suicida, abuso de sustancias o autoagresiones que la población general.

En el acceso a la atención sanitaria, es más probable que las personas LGTBI tengan experiencias negativas, como una mala comunicación con profesionales del ámbito sanitario y baja satisfacción con la atención y el trato recibido. En el caso de la población intersexual la falta de satisfacción es evidente cuando los y las profesionales no les comunican de manera abierta su condición intersexual o cuando hay falta de

consentimiento informado previo a tratamientos “normalizadores” como cirugías genitales (15).

En nuestro país, una encuesta realizada por FELGTB en 2014 apuntaba que un 7% de las personas LGTB consideraron haber sufrido discriminación en su uso de servicios sanitarios sólo en el último año. En el caso de las personas trans, el 41% indicó haber sufrido discriminación en el ámbito sanitario alguna vez en la vida y el 23% en el último año (14).

Por último, un informe de TGEU presentado en 2017 mostraba cómo las personas trans de Georgia, España, Polonia, Serbia y Suecia tenían una peor percepción de su estado de salud y bienestar. Más de la mitad de las personas encuestadas admitieron haber retrasado acudir a un centro sanitario a causa de su identidad de género. Los motivos más comunes citados (por cuatro de cada diez personas encuestadas) fueron el miedo al prejuicio de los y las profesionaes (44,1%) y la falta de confianza en los servicios prestados por el sistema sanitario (41,1%) (18).

6. Proceso de transición o afirmación y tratamiento hormonal en personas trans.

Como vimos en el primer apartado existe una diferencia entre personas transgénero, transexuales y otras personas trans en relación a la fuerza de la identificación con el otro género y al rechazo a sus caracteres sexuales secundarios. Esta diferencia va a determinar las distintas necesidades de las personas trans en relación al **proceso de transición o afirmación** por el que se adapta el sexo fenotípico a la identidad de género.

Lo más frecuente es que las personas transexuales sigan este proceso que puede incluir **tratamiento hormonal** para feminizar o masculinizar su fenotipo, e intervenciones quirúrgicas en sus genitales (conocida como cirugía de reasignación genital), pechos y otras zonas. Aunque algunas leyes autonómicas de transexualidad están eliminando este requisito en nuestro país, lo habitual es que el inicio del proceso de tránsito sea un **diagnóstico de disforia de género** por parte de profesionales de la psiquiatría o psicología clínica. Muchas personas trans se oponen a este requisito que califican de patologizante, y apuestan por una despatologización de la atención sanitaria a las personas trans.

En el caso de las personas transgénero, no necesariamente, o no en todas las ocasiones, requieren de tratamiento médico de tránsito o de reasignación, o éste puede tener menor importancia o seguirse sólo en parte ya que para ellas lo esencial es la identidad de género.

Es importante recordar que muchas personas trans rechazan asimilar sus identidades en el espectro binario de lo masculino y lo femenino aunque en términos de tratamiento hormonal, que es lo que vamos a estudiar a continuación, lo que nos interesa particularmente es la intención de masculinizar o feminizar su cuerpo, por lo que en los siguientes apartados hablaremos ocasionalmente de hombres trans (para referirnos a personas cuyo sexo de asignación fue mujer) y mujeres trans (sexo de asignación hombre), a pesar de que estas etiquetas puedan resultar reduccionistas y no expresar la realidad identitaria de algunas personas.



El hormonal suele ser el primer tratamiento clínico que buscan las personas trans y para muchas, el único que necesitan para sentirse más a gusto con su cuerpo y su expresión de género. El tratamiento se realiza con testosterona en el caso de hombres trans y con estrógenos para las mujeres trans. Testosterona y estrógenos son la base del tratamiento, que permite cambios corporales para transformarlo conforme a la identidad de género sentida. Además, el tratamiento hormonal puede incluir bloqueadores para interrumpir la producción hormonal del organismo en fases tempranas de la vida.

El objetivo del uso de bloqueadores es conseguir una mayor eficacia del tratamiento hormonal de tránsito cuando éste se inicie.

De cara a mantener los efectos feminizadores de los estrógenos y los masculinizadores de la testosterona, se debe mantener el tratamiento hormonal de por vida, aunque se puede reducir su dosis si en algún momento se decide extirpar quirúrgicamente los testículos (mujeres trans) o los ovarios (hombres trans). Incluso aunque se realicen cirugías de reasignación genital, el tratamiento hormonal debe continuarse para prevenir la osteoporosis y otras complicaciones cardiovasculares posteriores.

Cuando se sigue bajo control médico, el tratamiento hormonal de tránsito es completamente seguro y la mayoría de personas no experimentan ningún tipo de

problema, si bien, todo tratamiento crónico presenta potenciales efectos secundarios. De ahí la importancia de una adecuada monitorización del tratamiento, y de desaconsejar a las personas trans tanto la automedicación hormonal como la autoinyección de silicona líquida u otras sustancias (aceites, grasas), que entraña una serie de riesgos muy graves para la salud (obstrucción de vías sanguíneas, desplazamientos y grupos de la sustancia, generalmente hacia los tobillos o con deformación de las facciones de la cara, necrosis, quistes y ulceraciones). Todo ello poniendo el foco en las dificultades que muchas personas trans encuentran para obtener una atención sanitaria de calidad.



Viñeta de Aniel Ender, 2007

7. Personas trans con VIH. Tratamientos, interacciones y acumulación de efectos adversos.

Es difícil estimar cómo afecta el VIH a la población trans, ya que en la mayor parte de los sistemas de vigilancia epidemiológica, las mujeres trans son consideradas con frecuencia de manera errónea como HSH. Sin embargo, de acuerdo a distintos estudios con personas trans, se han encontrado prevalencias que van desde el 19% al 47% (19). En un estudio llevado a cabo en San Francisco mostraron un 35% de prevalencia de VIH entre mujeres trans frente al 2% en el caso de los hombres trans (20). Igualmente se aprecia el impacto de otros determinantes sociales de la salud como el empleo o el origen geográfico, siendo las trabajadoras del sexo las más afectadas, así como, en Estados Unidos, las de origen afroamericano para quienes un estudio mostró una prevalencia de más del 56% (21).

Aunque es importante que tanto el o la especialista en endocrinología como el personal clínico que monitoriza el tratamiento para el VIH estén informados/as, **tener VIH no es un motivo para no recibir tratamiento hormonal**. Las interacciones entre ambos tratamientos han sido muy escasamente estudiadas. Las pocas fuentes existentes sobre la interacción entre hormonas y tratamiento antirretroviral no vienen propiamente de estudios con personas trans, sino de mujeres en tratamiento con

anticonceptivos orales, generalmente con etinilestradiol y no con 17-beta estradiol que es el que se emplea en el tratamiento feminizador. Muchos profesionales de la clínica y activistas trans han señalado la falta de representación de personas trans en ensayos clínicos, ya que con frecuencia eran rechazadas si estaban en tratamiento hormonal.



En 2012 el Departamento de Salud de Nueva York desarrolló unas recomendaciones clínicas para la atención clínica a las personas trans con VIH (22). En 2016, el Dpto. de Familia y Medicina Comunitaria de la Universidad de California, S. Francisco publica a su vez una serie de recomendaciones a la infección por el VIH en la segunda edición de su guía de práctica clínica para la atención primaria y de reafirmación del proceso de tránsito de personas trans y de género no binario (23).

De acuerdo a estos documento de consenso, las personas trans con VIH que no están en tratamiento antirretroviral deberían recibir los mismos estándares de terapia hormonal que el resto de personas trans (22).

En el caso de los hombres trans, no hay documentada ninguna interacción entre TAR y andrógenos (testosterona) o anti andrógenos (espironolactona).

En el caso de las mujeres trans, según la información y estudios disponibles, se considera que la mayoría de los fármacos antirretrovirales pueden usarse de manera segura en combinación con el estrógeno salvo en dos excepciones: *Amprenavir* (Agenerase®) y *fosamprenavir* (Telzir®), ya que el tratamiento hormonal puede reducir la concentración del fármaco antirretroviral en el organismo. Por ello, su administración conjunta no está recomendada ya que puede llevar a un bajo control virológico y desarrollo de resistencias (23, 24).

Por su lado, se sabe que los potenciadores *ritonavir* y *cobicistat* pueden afectar el nivel de algunos tratamientos hormonales anticonceptivos. No se conocen interacciones entre etinilestradiol y los ITIN (24), inhibidores del CCR5, inhibidores de la fusión e inhibidores de la integrasa. Las interacciones podrían resultar en el incremento o descenso en nivel sanguíneo de etinilestradiol, noretindrona y norgestimado, lo que puede resultar potencialmente en un descenso de la eficacia del tratamiento hormonal o aumentar los efectos adversos del mismo.

Por otro lado, los no análogos de nucleósido (ITINAN) y los inhibidores de la proteasa (IP) afectan los niveles hormonales por lo que será necesario un seguimiento regular y continuado por parte del endocrino para evitar problemas. Esto es así porque ambos tratamientos emplean la misma vía hepática de metabolización, el citocromo P450. Por ello, conviene tener precaución al inicio del tratamiento antirretroviral con mujeres trans que ya están en tratamiento hormonal (25).

Por tanto, si la persona trans está ya recibiendo tratamiento antirretroviral, pero no ha empezado un tratamiento de tránsito, se debería elegir el tratamiento hormonal más adecuado.

Entre algunos de los efectos adversos acumulados para las personas trans que se encuentran recibiendo tratamiento hormonal y tratamiento antirretroviral, se deben tener en cuenta el mayor riesgo de diabetes y de cambios metabólicos (25).

Tanto los IP como la toma de algunos tratamientos hormonales con testosterona, etinilestradiol y de acetato de ciproterona se asocian con un mayor riesgo de diabetes. Llegado el caso, conviene tener en cuenta que algunos tratamientos para la diabetes pueden a su vez interactuar con el tratamiento hormonal.

En el caso de las mujeres trans, se ha visto que el tratamiento hormonal puede llevar a un aumento de triglicéridos, presión arterial, grasa visceral y subcutánea. La testosterona, en el caso de los hombres trans, incrementa igualmente los niveles de triglicéridos. Varios fármacos antirretrovirales también causan estos efectos adversos, por lo que el uso combinado de terapia antirretroviral y hormonal puede incrementar el riesgo de su aparición. Por ello, el o la especialista debería valorar la vía de administración de estrógenos más adecuada (por ejemplo, percutánea) de modo que las alteraciones metabólicas sean menores.

TENER EN CUENTA COMO EDUCADOR/A

Es clave trabajar con las usuarias trans la **importancia de la adherencia a las dosis hormonales prescritas** para mantener los efectos de tránsito deseados. Por último, se debe recomendar una **adherencia óptima al tratamiento antirretroviral para evitar niveles hormonales muy elevados** que pueden tener lugar por la interrupción del tratamiento y que podrían tener consecuencias nefastas, como trombosis, embolia pulmonar o ictus (22).

Si animar al cambio a estilos de vida más saludables es importante para toda la población, en el caso de las personas trans, el tabaquismo y la obesidad son factores que incrementan los riesgos asociados al tratamiento hormonal. Por ello es una oportunidad para buscar recursos para la deshabituación tabáquica o para realizar actividad física. En la página web de estilos de vida saludables puedes encontrar información, recursos y recomendaciones muy sencillas que te ayudarán a planificar estos cambios con tus usuarias trans: <http://www.estilosdevidasaludable.msssi.gob.es>

Referencias

- (1) OPS, Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la Acción. 19-22 de mayo 2000. Antigua. Disponible en http://www.flases.net/boletines/salud_sexual_ops.pdf
- (2) Serano, J. (2007). Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity. Ed Seal Press. Berkeley, 2007.
- (3) Fausto-Sterling, A. "Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad". Melusina. Barcelona. 2007
- (4) European Union Agency for Fundamental Rights. Being trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data. Luxembourg 2014.
- (5) Herrero, I. y Díaz de Argandoña, C. (2009). La situación de las personas transgénero y transexuales en Euskadi. Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco. Vitoria: Ararteko.
- (6) Kinsey, A.C., Pomery, W.B., & Martin, C. E. (1948) *Sexual Behavior in the Human Male*. Bloomington: Indiana University Press.

- (7) Kinsey, A.C., Pomery, W.B., Martin, C. E., & Gebhard, P.H. (1953) *Sexual Behavior in the Human Female*. Bloomington: Indiana University Press.
- (8) Serrano Vicéns, R. (1975). La sexualidad femenina. Una investigación estadística Ediciones Júcar, Gijón. 1975.
- (9) Gates, GJ. (2011) How many people are lesbian, gay, bisexual, and transgender?. The Williams Institute. Disponible en: <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Gates-How-Many-People-LGBT-Apr-2011.pdf> consultado el 19 de febrero de 2018.
- (10) Subdirección general para la igualdad de trato y no discriminación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015) *Abrazar la diversidad: propuestas para una educación libre de acoso homofóbico y transfóbico*. Madrid, 2015
- (11) Transgender Law Center (2016). 10 tips for working with transgender patients. An information and resource publication for health care providers. Disponible en: <http://transgenderlawcenter.org/wp-content/uploads/2011/12/01.28.2016-tips-healthcare.pdf>. Consultado el 12.02.2018
- (12) Area de Educación de FELGTB y Comisión de Educación de COGAM (2012) “Acoso escolar homofóbico y riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes LGB”. Madrid, 2012. Disponible en: <http://www.felgtb.org/rs/1584/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/91c/filename> Consultado el 12.02.2018.
- (13) Ryan C. Supportive Families, Healthy Children. The Family Acceptance Project. S. Francisco 2009.
- (14) Martín-Pérez A, González E, Marrero N, Rebollo J. LGBT people and discrimination in the area of health in Spain. FELGTB. Madrid, 2015.
- (15) Health4LGTBI. Reducing health inequalities experienced by LGBTI people. **State-of-the-Art Synthesis Report . Brussels, February 2018.**
- (16) Martín-Pérez A, Rebollo J, Castaño C, Rodríguez A. Estado de salud y experiencias de discriminación de las personas bisexuales en el ámbito de la salud. FELGTB. Madrid, 2017.
- (17) Gil-Borrelli CC, Velasco C, Iniesta C, De Beltrán P, Curto J y Latasa P. Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España. *Gac Sanit.* 2017;31(3):175–177
- (18) Transgender Europe (2017), *Overdiagnosed but Underserved, trans health care in Georgia, Poland, Serbia, Spain and Sweden*. Berlin, 2017.

- (19) Melendez RM and Pinto R, "It's a really hard life': Love, gender and HIV risk among male-to-female transgender persons." *Culture, Health and Sexuality*, 2007; Vol. 9, No. 3, 233-245.
- (20) Clements-Nolle K, Marx R; Guzman R; Katz M. HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention. *Am J Public Health*, 2001 Jun;91 (6):915-21.
- (21) Herbst JH, Jacobs ED, Finlayson TJ, et al. Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: A systematic review. *AIDS Behav* 2008;12:1-17.
- (22) New York State Department of Health AIDS Institute. Care of the HIV Infected transgender Patient. NY 2012. Disponible en <https://www.hivguidelines.org/adult-hiv/transgender/> consultado el 13 de enero de 2018.
- (23) Deutsch MB. Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Non Binary People. Center of Excellence for Transgender Health. Dept. of Family and & Community Medicine. University of California, San Francisco. June 17, 2016. Disponible en: <http://transhealth.ucsf.edu/protocols> Consultado el 13 de enero de 2018.
- (24) Connolly, E. & Kohler, L. (2006) Transgender Women and HIV. HIV Web Study, Special Populations, Case 4.
- (25) Tallada, J. Antirretrovirales y hormonas transexuales. Lo + Positivo. Número 37. Barcelona, 2007; p 47. Disponible en http://gtt-vih.org/files/active/0/LMP37_revista.pdf Consultado el 13 de enero de 2018.